

В. И. БОДЯЖИНА

УЧЕБНИК АКУШЕРСТВА

(ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ)

Управлением кадров и учебным заведением
Министерства здравоохранения СССР
Рекомендован для медицинских училищ

ВВЕДЕНИЕ

Акушерство и гинекология—две отрасли единой науки о физиологических и патологических процессах, происходящих в организме женщины.

Акушерство—наука о физиологических и патологических процессах, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом. Неотъемлемой частью акушерства является учение о новорожденном ребенке.



Н. М. Амбодик.



А. Я. Красовский.

Гинекология—наука о заболеваниях женских половых органов, о методах их распознавания, профилактики и лечения.

Акушерско-гинекологическая помощь организуется на принципах, общих для всего советского здравоохранения: профилактическое направление, бесплатность, общедоступность, связь науки с практикой и др. Однако акушерство имеет некоторые особенности, отличающие его от других дисциплин. Акушеры-гинекологи и акушерки оказывают помощь не только при заболеваниях (как терапевты, хирурги и др.), но также и при физиологических процессах, какими являются беременность и роды. Врачи и акушерки, работающие в области родовспоможения, ответственны за благополучие не одного человека, как представители других медицинских специальностей, а двух: матери и плода.

Акушерская помощь имеет массовый характер: медицинская помощь при родах оказывается ежегодно миллионам женщин нашей страны. Потребность в акушерской помощи часто возникает внезапно. Незамедли-

тельно акушерскую помощь приходится оказывать чаще, чем другие виды медицинской помощи.

Профилактика, лежащая в основе всех отраслей советской медицины, является фундаментом организации родовспоможения. Успехи лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, новорожденным и гинекологическим больным зависят от организационной работы. Врачи и акушерки, работающие в области охраны здоровья матери и ребенка, являются и организаторами здравоохранения.

Массовый характер лечебно-профилактической помощи женщинам, сложность и ответственность задач акушерства и гинекологии выдвигают эту медицинскую дисциплину в число основных.



В. А. Кашеварова-Руднева.



И. П. Лазаревич.

Коренной перелом в деле охраны здоровья женщины и детей в нашей стране наступил после Великой Октябрьской социалистической революции. Развитие акушерско-гинекологической науки и всего дела лечебно-профилактической помощи женщинам и детям связано с построением социализма в нашей стране.

Самодержавный строй дореволюционной России не обеспечивал охраны здоровья трудящихся женщин и детей (см. главу XXIX). До XVIII века в России родовспомогательных учреждений и квалифицированной акушерской помощи не было. Врачей акушеров-гинекологов не готовили, в существовавших единичных медицинских школах (в Москве и Петербурге) акушерство не преподавалось. Врачей, изучивших акушерство за границей, было чрезвычайно мало. Акушерских школ не было. Помощь при родах оказывали «повитухи» («повивать» — принимать младенца), или «принимальные бабки», опыт которых переходил из поколения в поколение. В многовековой практике «повитух» были некоторые полезные приемы, но их деятельность основывалась главным образом на суевериях и предрассудках. При осложненных родах бабки нередко прибегали к бесполезным или вредным обрядам и вмешательствам. Иногда приемы бабок представляли угрозу для здоровья и жизни роженицы и плода.

Отсутствие медицинской помощи при родах имело следствием высокую материнскую и детскую заболеваемость и смертность. Высокая смертность среди женщин и детей вызвала тревогу со стороны виднейших ученых-патриотов России.

Великий русский ученый М. В. Ломоносов первый поставил вопрос о борьбе с детской смертностью, о повышении рождаемости. В дальнейшем

гуманные идеи М. В. Ломоносова получили развитие в трудах Н. М. Максимо́вича-Амбодика и других ученых.

В 1754 г. по проекту доктора медицины П. З. Кондоиди сенатом был издан указ об учреждении школ для подготовки «присяжных повивальных бабок». Указом предусмотрена организация одной школы в Москве, другой в Петербурге. Акушерство в этих школах преподавали иностранцы (Эразмус, Линдеман и др.), не знавшие русского языка. Среди учащихся преобладали иностранки, количество учениц было ничтожным. За первые 20 лет существования московская школа выпустила всего 35 повивальных бабок (из них русских было только 5), в течение последующих 25 лет—еще 61. Такое



К. Ф. Славянский.



Н. Н. Феноменов.

незначительное количество повивальных бабок не удовлетворяло потребностей населения, и трудящиеся женщины продолжали пользоваться помощью неграмотных повитух.

В XIX веке в связи с развитием капитализма в России и быстрым увеличением рабочего класса в городах были созданы родильные приюты для бедных. В связи с этим потребовалось увеличение количества акушерских школ, число которых к 1864 г. достигло шести. Повивальные бабки, окончившие эти школы, назначались работать в городские родильные приюты. Для работы в сельских местностях стали готовить повивальных бабок второго разряда, обучение которых продолжалось только один год и происходило на низком уровне.

Преподавание акушерства на медицинских факультетах впервые было введено в 1765 г. Сведения по акушерству излагались вначале в курсе патологии, терапии, хирургии или судебной медицины. Самостоятельные кафедры акушерства были учреждены лишь в конце XVIII столетия в Московской и Петербургской медико-хирургической академиях. Эти кафедры акушерства родильных коек не имели, практические занятия со студентами проводились в родильных отделениях воспитательных домов. Условия для преподавания акушерства были неблагоприятны и в последующее столетие. Например, во второй половине XIX столетия харьковская акушерская клиника располагала 5 койками; количество родов на них за год не превышало 35—40. Киевская акушерская клиника была развернута в полуподвальном, темном, тесном помещении; всего в клинике было 8 коек. Эти примеры характеризуют неблагоприятные условия для преподавания акушерства и развития науки в дореволюционной России. Развитие акушерской

науки происходило за счет беззаветного труда талантливых ученых-патриотов, стремящихся облегчить тяжелую участь женщин и детей.

Первым крупным русским ученым-акушером был «медицины доктор повивальнго искусства профессор» Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744—1812)—выдающийся, широко образованный врач, талантливый ученый и педагог, горячо любящий свое дело. Н. М. Амбодика справедливо считают основоположником отечественного научного акушерства. Он написал первое русское руководство по акушерству, являющееся капитальным трудом. Это руководство «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» занимало почетное место среди мировой медицинской литературы той эпохи. По этому руководству обучались многие поколения русских акушеров.



В. Ф. Снегирев.



Д. О. Отт.

Н. М. Амбодик первый ввел преподавание акушерства на русском языке, создал русскую акушерскую терминологию. Он внес ценный вклад в развитие оперативного акушерства: одним из первых применил акушерские щипцы. В то же время Н. М. Амбодик выступал против чрезмерного увлечения ряда иностранных акушеров оперативными вмешательствами; он призывал к разумному применению оперативных методов родоразрешения, к ограничению их теми случаями, когда действительно возникают соответствующие показания.

Н. М. Амбодик боролся против иностранного засилья в русских медицинских учреждениях. Он был горячим патриотом, проявляющим заботу о росте населения России: «Здравый рассудок повелевает больше пещися о размножении народа прилежным соблюдением новорожденных детей, чем населением необработанной земли неизвестными чужеземными пришельцами».

Дальнейшее развитие акушерства связано с трудами Д. И. Левицкого, написавшего «Руководство к повивальной науке» (1821), и Г. И. Кораблева, изложившего «Курс акушерской науки и женских болезней» (1843).

Развитию акушерской науки в XIX столетии способствовали труды выдающихся ученых, определивших прогресс естествознания: Д. И. Менделеева, И. М. Сеченова, К. А. Тимирязева и др. Большое влияние на акушерскую науку оказали труды корифея отечественной хирургии Н. И. Пирогова.

Ценный вклад в отечественную акушерскую науку внес А. Я. Красковский (1823—1898)—руководитель кафедры акушерства Петербургской медико-хирургической академии. А. Я. Красковский был выдаю-

шимся врачом-клиницистом, талантливым ученым и педагогом. Его капитальное руководство по оперативному акушерству не потеряло значения и в наши дни. Крупнейшей заслугой А. Я. Крассовского является учение о механизме родов и об аномалиях таза. В 1862 г. А. Я. Крассовский впервые в России произвел операцию овариотомии, имевшую благополучный исход. Им написана книга «Об овариотомии», которая получила широкое распространение не только среди русских врачей, но и в зарубежных странах. А. Я. Крассовский воспитал много талантливых ученых (К. Ф. Славянский, М. И. Горвиц, Г. Е. Рейн и др.), способствовавших дальнейшему развитию отечественного акушерства.



В. В. Строганов.



К. П. Улезко-Строганова.

Заслуженной известностью в России и за границей пользовался профессор харьковской акушерской клиники И. П. Лазаревич (1824—1902). Им написан ряд монографий и учебных пособий; изданный автором курс акушерства имеет ценность и в настоящее время. И. П. Лазаревич—талантливый изобретатель акушерских инструментов; мировой известностью пользуются акушерские щипцы автора. И. П. Лазаревич дважды награжден золотой медалью (за усовершенствования инструментария), многократно избирался почетным членом на международных конгрессах. Большой интерес И. П. Лазаревич проявил к организации охраны материнства и младенчества, был сторонником высшего образования для женщин.

Царское правительство не давало возможности получить женщинам высшее образование. Только единичные женщины ценой больших жертв добивались его. К таковым относится В. А. Кашеварова-Руднева—первая женщина, получившая высшее медицинское образование в России. Преодолевая огромные трудности, В. А. Кашеварова-Руднева окончила школу повивальных бабок, а затем Медико-хирургическую академию (в 1868 г.). В 1876 г. она защитила диссертацию на степень доктора медицины. Работая врачом, В. А. Кашеварова-Руднева посвятила все свои знания и силы трудящимся женщинам России.

Крупным ученым-акушером был К. Ф. Славянский (1847—1898), успешно изучавший патологическую анатомию и гистологию женских половых органов и другие кардинальные вопросы акушерства.

Знаменитый русский акушер Н. Н. Феноменов (1855—1918) усовершенствовал методику многих акушерских операций и создал классическое руководство по оперативному акушерству. Н. Н. Феноменову принадлежит

большая заслуга в улучшении акушерской помощи, особенно при патологических родах.

Выдающаяся роль в развитии отечественной акушерско-гинекологической науки принадлежит В. Ф. Снегиреву (1847—1916). Он является основоположником русской гинекологии. Велики заслуги В. Ф. Снегирева в развитии оперативной гинекологии, методов исследования гинекологических больных, в разработке и введении в практику новых методов лечения гинекологических заболеваний. В. Ф. Снегирев был талантливым клиницистом, блестящим ученым и педагогом. Им высказаны передовые идеи об организации мер охраны здоровья женщин. Необходимо отметить,



В. С. Груздев.



Н. И. Побединский.

что предложение автора о профилактическом осмотре женщин с целью раннего выявления злокачественных опухолей осуществилось лишь после Великой Октябрьской социалистической революции.

Д. О. Отт (1855—1929), крупный акушер-гинеколог, в течение 35 лет был директором Повивального института в Петербурге (ныне Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР). Прекрасный организатор, клиницист и ученый, Д. О. Отт усовершенствовал методику многих гинекологических и акушерских операций, разработал проблемы асептики и антисептики, организации родовспоможения и ряд других важных вопросов.

Имя В. В. Строганова (1857—1938), автора метода лечения эклампсии, пользуется мировой известностью. Внедрение этого метода в практику способствовало резкому снижению смертности от этого опаснейшего заболевания. В. В. Строганов успешно работал и над другими вопросами акушерства (режим беременной и родильницы, разрыв матки, предлежание плаценты и др.).

Труды К. П. Улезко-Строгановой (1858—1934) по гистологическому изучению эрозий, поздних токсикозов беременных, опухолей и других патологических процессов женской половой сферы являются ценным вкладом в акушерско-гинекологическую науку.

В. С. Груздев (1866—1938)—талантливый ученый, выдающийся клиницист и педагог, руководитель акушерско-гинекологической клиники Казанского университета. Им написано капитальное руководство по акушерству и гинекологии и большое число научных трудов по анатомии,

физиологии и эмбриологии женских половых органов и по другим вопросам акушерства и гинекологии. В. С. Груздев уделял большое внимание подготовке кадров, многие ученики его стали профессорами.

Заслуженным авторитетом пользовались крупные ученые акушеры-гинекологи Н. И. Побединский (1861—1923), А. П. Губарев (1855—1931), Г. Г. Гентер (1881—1937), Г. И. Писемский (1862—1937), К. К. Скробанский (1874—1946) и ряд других деятелей в области охраны здоровья женщины.

История отечественного акушерства богата крупными научными открытиями. Однако в дореволюционный период достижения акушерско-гинекологической науки не были достоянием трудящегося народа. Лишь Великая



А. П. Губарев.



К. К. Скробанский.

Октябрьская социалистическая революция создала условия для быстрого развития всех отраслей науки и внедрения достижений науки в практику.

Советские акушеры-гинекологи успешно изучают анатомические и физиологические особенности организма женщины, взаимосвязь между функциями полового аппарата и других органов и систем целостного организма, физиологию беременности и родов. Находят свое решение вопросы регуляции родовой деятельности, профилактики асфиксии плода. Изучаются и внедряются в практику научно обоснованные меры профилактики и лечения бесплодия, недонашивания, токсикозов беременности, акушерских травм, кровотечений и других осложнений беременности и родов. Большое внимание уделяется профилактике и лечению послеродовых заболеваний, токсико-септических заболеваний новорожденных. В настоящее время эти важные проблемы близки к разрешению.

Весьма широкий размах получили исследования по обезболиванию родов медикаментозными средствами; в последние годы массовое применение нашел метод психопрофилактической подготовки к родам, признанный не только в нашей стране, но и за рубежом.

Изучаются методы диагностики, профилактики и лечения злокачественных опухолей, гонорей женщин, эндокринных расстройств и другие проблемы акушерства и гинекологии.

Широкому развитию научных исследований после Великой Октябрьской социалистической революции способствует ассигнование крупных средств для ведения научной работы и подготовки научных кадров, организация большого количества научно-исследовательских учреждений.

Важным условием развития акушерской науки является принцип коллективного обсуждения результатов научных исследований. Результаты научных трудов обсуждаются в научных обществах, на пленумах Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, на съездах акушеров-гинекологов. Широкое обсуждение способствует не только развитию науки, но и внедрению в практику здравоохранения новых методов профилактики и лечения. Научные общества, пленумы и съезды всегда уделяли особое внимание вопросам организации родовспоможения и гинекологической помощи в городах и сельских местностях. В результате коллективного



А. Н. Рахманов.



В. П. Лебедева.

труда были разработаны научные основы советского родовспоможения, а также содержание и методы работы родильных домов, женских консультаций, колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов и других учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь.

С установлением советской власти связано возникновение государственной системы охраны прав и здоровья женщин и детей. В нашей стране создана огромная сеть акушерско-гинекологических и детских учреждений, ведется усиленная подготовка врачей, акушеров, медицинских сестер.

Только после свержения самодержавия и капитализма смогли получить научное обоснование, развитие и внедрение в практику передовые идеи ученых акушеров-гинекологов, работавших в дореволюционное время. При советской власти был использован опыт научной организации родовспоможения передовых врачей-общественников: Г. Л. Грауэрмана (1861—1926), А. Н. Рахманова (1861—1921) и др. Серьезный вклад в дело охраны материнства и детства внесла В. П. Лебедева, являвшаяся первым руководителем отдела охраны материнства и младенчества в Наркомздраве, и другие организаторы здравоохранения.

Коренным образом изменились положение и обязанности акушеров. В дореволюционный период деятельность акушеров ограничивалась оказанием помощи при родах небольшому числу женщин. В настоящее время огромная армия городских и сельских акушеров выполняет многогранную и важнейшую работу. Кроме оказания медицинской помощи при родах, акушерки проводят широкую санитарно-просветительную работу, выполняют патронаж беременных, родильниц и детей раннего возраста, осуществляют меры профилактики осложнений беременности, родов и гинеколо-

гических заболеваний, участвуют в проведении массовых профилактических медицинских осмотров женщин, выполнении законодательства по защите прав и интересов женщин и детей

Методы научной организации медицинской помощи женщинам и детям широко внедряются в практику работы родовспомогательных и детских учреждений при активной поддержке партийных, профсоюзных и других общественных организаций. Охрана здоровья женщин и детей является важнейшей отраслью советского здравоохранения (см. главу XXIX) и гарантируется системой нашего государственного строя.

акusher-lib.ru

ГЛАВА I

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Учение о строении и функциях женских половых органов представляет собой научный фундамент акушерства и гинекологии. Поэтому курс акушерства всегда начинают с изучения анатомии и физиологии женских половых органов.

Женские половые органы принято делить на наружные и внутренние. Наружные половые органы являются главным образом органами полового чувства; внутренние половые органы выполняют функции деторождения.

НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (GENITALIA EXTERNA)

К наружным половым органам относятся: лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия—бартолиновы железы (рис. 1). Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева.

Лобок (*mons veneris*) представляет собой богатое подкожным жиром треугольное возвышение (лонный холмик), располагающееся спереди¹ и выше лонного сочленения.

Верхней границей лобка является поперечная кожная бороздка—надлобковая складка; справа и слева от лобка расположены паховые складки; сзади лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами. У взрослой женщины верхняя граница волосистого покрова лобка имеет вид горизонтальной линии. В противоположность этому у мужчин верхняя граница растительности заостряется по направлению кверху, распространяется по белой линии иногда до пупка. В детском возрасте на лобке волос нет, к старости они редуют.

Рост волос на лобке связан с деятельностью яичников и отчасти коры надпочечников. У некоторых женщин наблюдается мужской тип расположения волос на лобке, что чаще всего указывает на недоразвитие половых органов и недостаточную функцию яичников.

Большие половые губы (*labia pudenda majora*)—две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Под кожей залегает богатая

¹ Термины «спереди», «сзади», «сверху», «снизу» применяются по отношению к женщине, находящейся в вертикальном положении. Этими выражениями пользуются и в тех случаях, если женщина находится в других положениях, как если бы она находилась в вертикальном положении.

жиром клетчатка, в которой проходят сосуды, нервы и фиброзные волокна. Спереди большие губы переходят в кожу лобка, кзади они постепенно суживаются, становятся ниже и, соединяясь по средней линии, образуют заднюю спайку (*commissura labii posterior*). Кожа на наружной поверхности больших губ покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы. Внутренняя поверхность больших губ покрыта нежной розовой кожей, напоминающей слизистую оболочку. Пространство между большими губами называется половой щелью (*gima pudendi*).

В толще больших половых губ заложены большие железы преддверия—бартолиновы железы (*glandulae Bartholinii*). Это округлые, альвеолярно-трубчатые железы, величиной с боб. Альвеолы желез выстланы эпителием, вырабатывающим секрет. Секрет поступает в выводной проток, имеющий длину 1,5—2 см. Железы располагаются в толще задних отделов больших половых губ, их выводные протоки открываются в бороздке, образованной малыми половыми губами и девственной плевой (или ее остатками). Бартолиновы железы можно прощупать в основании больших губ, недалеко от задней спайки.

Секрет бартолиновых желез беловатый, щелочной реакции, с характерным запахом, обычно выделяется наружу при половом возбуждении. Секрет бартолиновых желез увлажняет поверхность преддверия и входа во влагалище и разжижает семенную жидкость, что способствует подвижности сперматозоидов.

Пространство между задней спайкой и заднепроходным отверстием называется промежностью (*perineum*)¹. Промежность представляет собой мышечно-фасциальную пластинку, покрытую снаружи кожей; на коже промежности заметна линия, идущая от задней спайки до заднего прохода—шов промежности (*raphe perinei*). Высота промежности снаружи (от задней спайки до заднего прохода) 3—4 см. По направлению кверху (вглубь) промежность суживается в связи с тем, что влагалище и прямая кишка приближаются друг к другу. Таким образом, мышечно-фасциальная прослойка промежности имеет форму клина, суживающегося кверху.

Малые половые губы (*labia pudenda minora*)—вторая пара продольных кожных складок. Они располагаются кнутри от больших половых губ вдоль основания последних. Обычно малые губы видны только при разведении больших губ, но иногда они бывают высокими и выступают наружу. Спереди малые губы раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара ножек соединяется по средней линии над клитором, образуя здесь складочку—крайнюю плоть клитора (*praeputium clitoridis*). Вторая пара ножек, соединяясь под клитором, образует уздечку последнего (*frenulum clitoridis*).

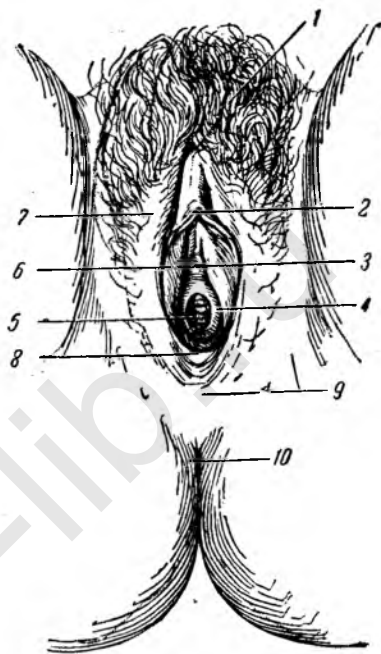


Рис. 1. Наружные половые органы женщины.

1—лобок; 2—клитор; 3—наружное отверстие мочеиспускательного канала; 4—девственная плева; 5—вход во влагалище; 6—малая половая губа; 7—большая половая губа; 8—задняя спайка; 9—промежность; 10—заднепроходное отверстие.

¹ Точнее, это будет передняя, или акушерская, промежность. Задней промежностью называют пространство между заднепроходным отверстием и копчиком.

Кзади малые половые губы становятся ниже и сливаются с большими примерно на уровне средней трети последних. Малые половые губы богато снабжены сосудами и нервными окончаниями, что дает основание считать их органами полового чувства.

Клитор (clitoris)—небольшое конусовидное образование (аналог мужскому пенису), состоящее из двух слившихся пещеристых тел. В этих пещеристых телах содержатся сообщающиеся полости, где циркулирует кровь, поступающая из сосудов. Клитор выдается в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели, между слившимися ножками малых губ. В клиторе различают головку, тело, состоящее из пещеристых тел, и ножки, которые прикрепляются к надкостнице лобковых и седалищных костей. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами; в коже клитора очень много нервных окончаний. В функциональном отношении клитор является органом полового чувства. При половом возбуждении происходит увеличение и уплотнение (эрекция) клитора вследствие усиления притока артериальной крови и более медленного оттока венозной.

Преддверие влагалища (vestibulum vaginae)—пространство, ограниченное спереди клитором, сзади—задней спайкой половых губ, с боков—внутренней поверхностью малых половых губ. Сверху, со стороны влагалища, границей преддверия является девственная плева (или ее остатки).

В преддверии открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки бартолиновых желез. В преддверии влагалища много маленьких гроздьевидных желез и слепо оканчивающихся углублений (крипты, или лакуны), высланных многослойным плоским эпителием.

Мочеиспускательный канал (urethra). Наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено на 2—3 см кзади от клитора, имеет округлую, реже щелевидную, звездчатую или полулунную форму. Длина мочеиспускательного канала у женщин 3—4 см, ширина изменчива, просвет довольно легко растягивается (до 1 см в диаметре и больше). Ход канала почти прямой, с незначительным изгибом кверху. Уретра на всем протяжении соединена с передней стенкой влагалища. Этот участок стенки влагалища немного выпячивается в виде валика.

Внутренняя поверхность уретры выстлана слизистой оболочкой, которая образует продольные складки. Слизистая оболочка уретры покрыта цилиндрическим эпителием, за исключением нижнего отдела, где эпителий многослойный плоский. В слизистой располагаются углубления (крипты) и железы. Мышечный слой состоит из продольного и циркулярного пластов гладкой мускулатуры.

Циркулярные мышечные волокна у внутреннего конца уретры, близ пузыря, образуют внутренний жом (сфинктер), который расслабляется во время мочеиспускания. Вокруг наружного отверстия уретры располагается наружный сфинктер. Наружный сфинктер уретры образуется из волокон поперечнополосатой мускулатуры, входящей в состав мочеполовой диафрагмы, т. е. мышечно-фасциальной пластинки, заполняющей лонную дугу.

Сбоку от наружного отверстия уретры располагаются трубчатые ветвящиеся образования—парауретральные ходы, или скинневы железы, имеющие длину 1—2 см. Наружные отверстия этих ходов открываются на слизистой уретры недалеко от наружного отверстия. Секрет этих ходов увлажняет наружное отверстие уретры.

Девственная плева (hymen)—соединительнотканная перепонка, которая закрывает вход во влагалище у девственниц. Девственная плева снаружи и со стороны влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, в соединительнотканной основе ее имеются мышечные элементы, эластические волокна и кровеносные сосуды и нервы. В девственной плеве есть отверстие, имеющее различную форму и расположение. В соответствии с этим плева

бывает кольцевидной, полулунной, зубчатой, лопастной и трубчатой формы. Иногда девственная плева имеет два или несколько мелких отверстий, изредка наблюдается сплошная плева (без отверстия). Отсутствие отверстия в плевле может быть врожденным или вторичным, связанным с воспалением вульвы в детском возрасте.

После первого полового сношения происходит разрыв девственной плевы, сопровождающийся кровотечением из разрушенных сосудов. От плевы остаются гименальные сосочки (*carunculae hymenalis*) (рис. 2). После родов сохраняются отдельные обособленные друг от друга лоскутки плевы, которые называются миртовидными сосочками (*carunculae myrtiformes*). Форма девственной плевы и изменения в ней в связи с половой жизнью и родами имеют большое значение в судебно-медицинской практике.

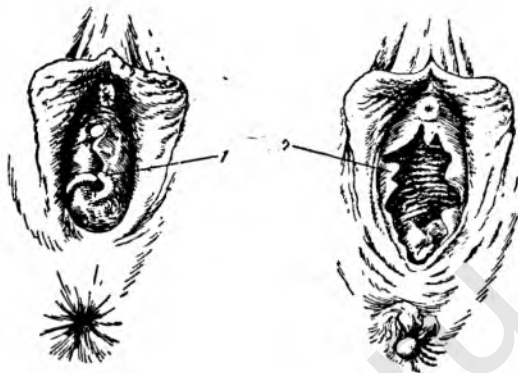


Рис. 2. Изменения в девственной плевле, связанные с половой жизнью и родами.
1—гименальные сосочки; 2—миртовидные сосочки.

В редких случаях девственная плева бывает настолько растяжимой, что она не нарушается при половом сношении; в исключительных случаях очень растяжимая плева сохраняется даже при родах.

ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (GENITALIA INTERNA)

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники (рис. 3 и 4).

Влагалище (*vagina s. colpos*)—трубчатый, мышечно-эластический орган, расположенный в середине малого таза. Влагалище идет спереди и снизу, кзади и кверху. Оно начинается от девственной плевы и заканчивается у места прикрепления к шейке матки.

Длина и ширина влагалища подвержены значительным колебаниям. В среднем передняя стенка влагалища имеет длину 7—8 см, задняя—на 1,5—2 см длиннее. Ширина влагалища колеблется в связи с его растяжимостью, в среднем она равняется 2—3 см, причем в нижнем отделе влагалища уже, в верхнем—шире. Передняя и задняя стенки влагалища обычно соприкасаются, просвет влагалища на поперечном сечении имеет форму буквы Н. Сверху в просвет влагалища выступает влагалищная часть шейки матки (*portio vaginalis*). Вокруг влагалищной части шейки стенки влагалища образуют сводчатое углубление—своды влагалища. Различают четыре свода: передний (впереди шейки), задний (сзади шейки), правый и левый. Задний свод значительно глубже переднего, в нем скопляется семенная жидкость при половом сношении, из заднего свода семенная жидкость попадает в наружное отверстие канала шейки, а затем в полость матки. Передняя стенка влагалища в верхнем отделе соприкасается с основанием мочевого пузыря, а в нижнем—с мочеиспускательным каналом; к верхней части влагалища спереди подходят и мочеточники (у места их впадения в мочевой пузырь).

Задняя стенка влагалища прилегает к прямой кишке, в нижней части между ними располагаются ткани промежности. С боков влагалище отделено от таза мышечными пучками и клетчаткой. Стенка влагалища состоит из трех слоев: слизистой оболочки, мышечного слоя и окружающей клетчатки.

В околослагалищной клетчатке проходят кровеносные и лимфатические сосуды и нервы.

Под клетчаткой располагается мышечный слой влагалища, состоящий из двух пластов: наружного продольного и внутреннего циркулярного. Внутренний слой мышц развит сильнее наружного и содержит большое количество эластических волокон. К мышечному слою примыкает слизистая оболочка влагалища, имеющая бледно-розовый цвет. На передней и задней стенках слизистой находятся два продольных валика, состоящих из множества поперечных складок (*columnae rugatum*).

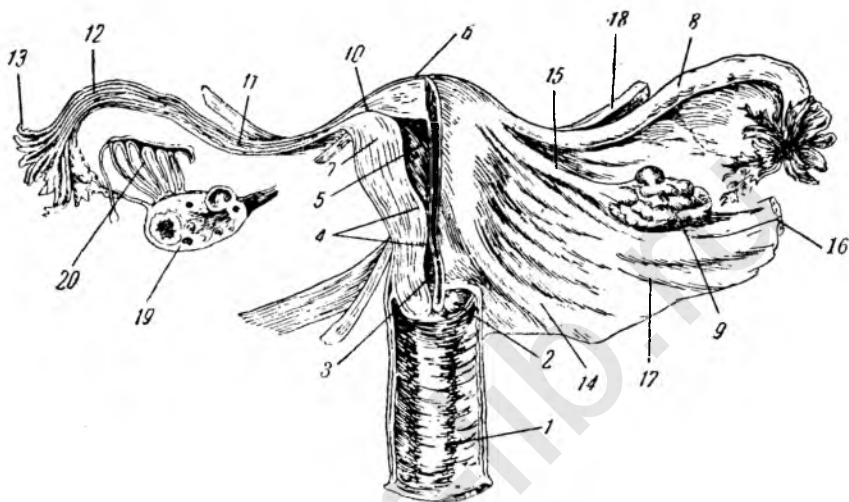


Рис. 3. Внутренние половые органы (фронтальный разрез).

1—влагалище; 2—влагалищная часть шейки матки; 3—шеечный канал; 4—перешеек; 5—полость матки; 6—дно матки; 7—стенка матки; 8—маточная труба; 9—яичник; 10—интерстициальная часть трубы; 11—истмическая часть трубы; 12—ампулярная часть трубы; 13—фимбрии трубы; 14—крестцово-маточная связка; 15—собственная связка яичника; 16—воронко-тазовая связка; 17—широкая связка; 18—круглая связка; 19—яичник (разрез) с фолликулами и желтым телом; 20—паровариум.

Эти складки определяют очень большую растяжимость стенок влагалища, что имеет значение во время родов. После родов, особенно повторных, эти складки постепенно сглаживаются; у многорожавших женщин слизистая оболочка влагалища гладкая. У девственниц складки выражены особенно хорошо, в старческом возрасте они сглаживаются даже у нерожавших в связи с постепенной атрофией половых органов.

Слизистая влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, в котором откладывается гликоген. Процесс образования гликогена связан с фолликулярным гормоном яичника.

В слизистой влагалища желез нет. Жидкая часть содержимого влагалища образуется за счет пропотевания жидкости из кровеносных и лимфатических сосудов; к ней примешиваются отторгающиеся клетки влагалищного эпителия, микроорганизмы и лейкоциты. Содержимое влагалища беловатое, с характерным запахом, количество его небольшое, но достаточное для увлажнения слизистой. Здоровая женщина выделений из влагалища не ощущает. Содержимое влагалища в период половой зрелости имеет кислую реакцию вследствие примеси молочной кислоты. Молочная кислота образуется из гликогена, содержащегося в клетках эпителия влагалища, под влиянием продуктов жизнедеятельности влагалищных бактерий (*bacillus vaginalis*). Эти влагалищные бактерии (палочки Додерлейна) являются

постоянными обитателями (нормальная флора) влагалища здоровых женщин. Молочная кислота, образующаяся во влагалище, не оказывает отрицательного влияния на влагалищные бактерии и слизистую; в то же время молочная кислота губит патогенные микроорганизмы, которые попадают во влагалище из внешней среды. Таким образом, у взрослой здоровой женщины происходит процесс «самоочищения влагалища».

В старческом возрасте, а также при тяжелых общих и гинекологических заболеваниях деятельность яичников ослабевает, количество гликогена

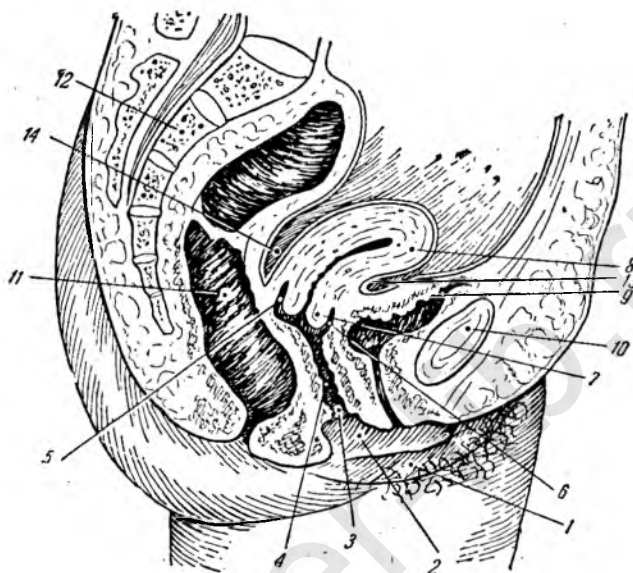


Рис. 4. Тазовые органы женщины (сагиттальный разрез).
 1—большая половая губа; 2—малая половая губа; 3—вход во влагалище; 4—влагалище; 5—задний свод влагалища; 6—передний свод влагалища; 7—шейка матки; 8—тело матки; 9—мочевого пузыря; 10—симфиз; 11—прямая кишка; 12—крестец; 13—пузырно-маточное пространство; 14—прямокишечно-маточное (дугласово) пространство.

в слизистой уменьшается. Молочной кислоты вырабатывается мало, реакция влагалищного содержимого может перейти в щелочную. При этих условиях во влагалище начинают развиваться патогенные бактерии, попадающие извне, а нормальная микрофлора (палочки) вытесняется.

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища (рис. 5).

Первая степень чистоты. В содержимом влагалища находят только влагалищные бактерии и эпителиальные клетки; реакция кислая.

Вторая степень чистоты. Влагалищных бактерий меньше, появляются единичные лейкоциты и бактерии типа *сотта variabile* (анэробные изогнутые палочки), много эпителиальных клеток. Реакция кислая.

Первая и вторая степени чистоты считаются нормальными.

Третья степень чистоты. Влагалищных бактерий мало, преобладают другие виды бактерий (особенно кокки), много лейкоцитов. Реакция слабо щелочная.

Четвертая степень чистоты. Влагалищных бактерий нет, очень много патогенных микробов (кокки, *сотта variabile*, трихомонады и др.) и лейкоцитов; реакция щелочная.

Третья и четвертая степени чистоты обычно сопутствуют патологическим процессам.

Матка (uterus)—гладкомышечный полый орган, имеющий грушевидную форму, слегка уплощенную в переднезаднем направлении.

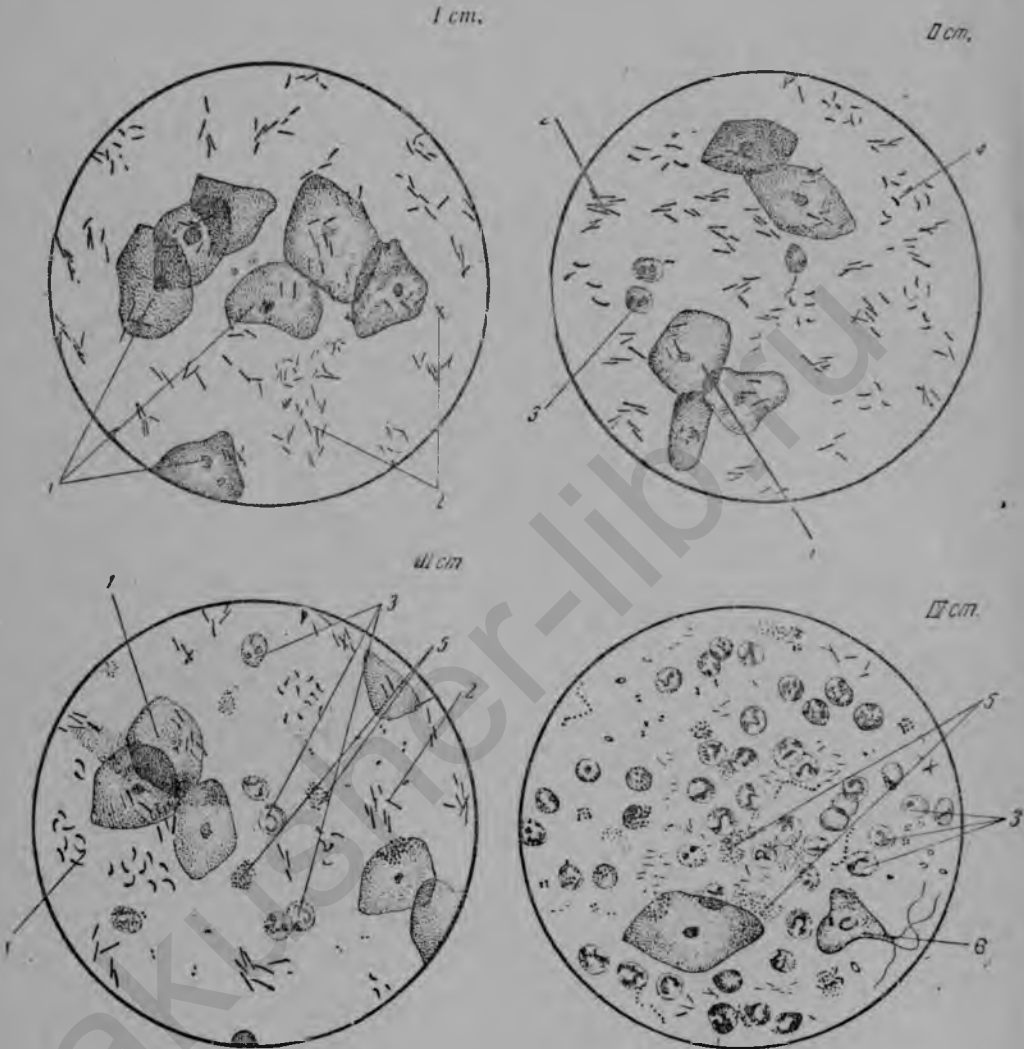


Рис. 5. Степень чистоты влагалищного содержимого.

Первая степень чистоты. Видны эпителиальные клетки (1) и влагалищные палочки (2). Вторая степень чистоты. Видны эпителиальные клетки (1), влагалищные палочки (2), единичные лейкоциты (3) и *сomma variabile* (4). Третья степень чистоты. Влагалищных палочек меньше (2), много лейкоцитов (3), *сomma variabile* (4) и кокков (5). Четвертая степень чистоты. Влагалищные палочки исчезли. Много лейкоцитов (3). Многочисленные кокки (5), *trichomonas vaginalis* (6).

Различают следующие отделы матки: 1) тело (*corpus*), 2) перешеек (*isthmus*) и 3) шейку (*cervix, collum*) (рис. 3).

Телом матки называют верхнюю, наиболее массивную часть. Куполообразно возвышающаяся часть тела, располагающаяся выше линии прикрепления труб, называется дном матки.

Перешеек — часть матки длиной около 1 см, находящаяся между телом и шейкой. Внутри перешейка расположен канал, который сверху

переходит в полость матки, снизу—в канал шейки матки. По строению слизистой перешеек приближается к телу матки, по строению стенок—к шейке матки.

Перешеек вместе с частью нижнего отдела тела матки во время беременности и родов образует нижний сегмент матки. Верхней границей нижнего сегмента является место плотного прикрепления брюшины к передней стенке матки, нижняя граница—гистологический внутренний зев канала шейки матки.

Шейка—узкий, нижний конец матки, вставленный во влагалище. В шейке различают: а) влагалищную часть (portio vaginalis), выступающую в просвет влагалища, и б) надвлагалищную часть (portio supravaginalis), располагающуюся выше места прикрепления к шейке стенок влагалища (рис. 6). Шейка матки имеет цилиндрическую форму или слегка суживается по направлению к наружному зеву (цилиндро-коническая форма). В детском возрасте и у взрослых женщин, имеющих недоразвитие половых органов, шейка конической формы.

Внутри шейки матки расположен узкий канал, выстланный слизистой оболочкой. Канал шейки имеет веретенообразную форму: в верхнем и нижнем конце он несколько уже, чем в середине. Верхний конец шеечного канала—внутренний зев—переходит в канал перешейка; наружный зев открывается в центре влагалищной части шейки. У нерожавших женщин

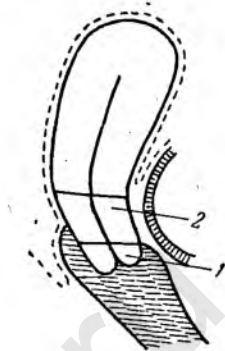


Рис. 6. Части шейки матки.

1—влагалищная часть;
2—надвлагалищная часть.

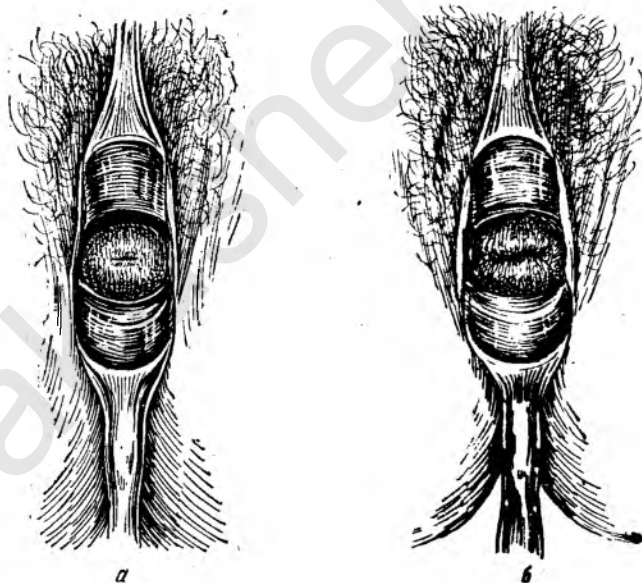


Рис. 7. Наружный зев канала шейки матки.

а—у нерожавшей женщины; б—у рожавшей женщины.

наружный зев шеечного канала имеет округлую или овальную форму (рис. 7, а), у рожавших—форму поперечно расположенной щели (рис. 7, б). Изменение формы наружного зева происходит вследствие боковых надрывов его во время родов.

Длина всей матки 8 см, $\frac{2}{3}$ длины приходится на тело и $\frac{1}{3}$ —на шейку. Ширина матки в области дна 4—5,5 см, толщина стенок 1—2 см. Вес небеременной здоровой матки колеблется от 50 до 100 г.

Полость матки имеет форму треугольника, вершина которого обращена к шеечному каналу, а основание—ко дну матки; нижний угол соответствует внутреннему отверстию канала шейки, два верхних—маточным концам труб.

Стенки матки состоят из трех слоев: а) слизистая оболочка, б) мышечная оболочка, в) серозный (брюшинный) покров.

Слизистая оболочка матки (endometrium) покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого

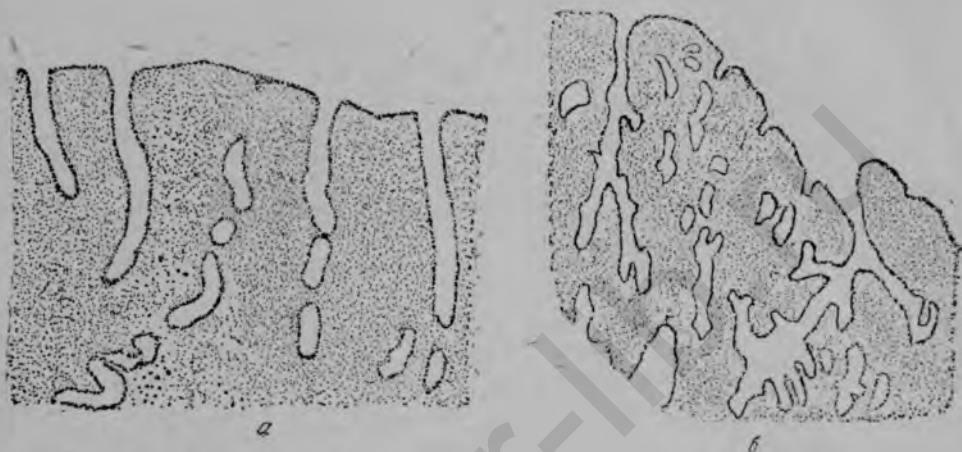


Рис. 8. Железы слизистой оболочки тела и шейки матки.

а—железы слизистой оболочки тела матки; б—железы слизистой оболочки шейки матки.

при колебаниях направляют жидкость вниз, к наружному отверстию канала шейки. Под покровным эпителием располагается соединительнотканная основа слизистой оболочки, содержащая сосуды, нервы и множество желез.

Железы тела матки выстланы цилиндрическим эпителием, вырабатывают водянистый секрет, который увлажняет поверхность слизистой. Форма желез трубчатая, концы их иногда вилкообразно раздваиваются (рис. 8, а).

Железы шейки выстланы цилиндрическим эпителием, многократно ветвятся (обладают формой оленьих рогов) (рис. 8, б). Секрет желез шейки имеет вид густой прозрачной слизи, она заполняет цервикальный канал наподобие пробки.

Слизистая тела матки гладкая, а в шеечном канале образует складки, напоминающие пальмовый лист (*plica palmata*). В слизистой оболочке тела матки существует два слоя, нерезко отграниченных друг от друга. Поверхностный слой, обращенный в полость матки, подвергается ритмическим изменениям, связанным с менструальным циклом. Этот слой называется функциональным. Слой слизистой, прилегающий к мышечной оболочке, циклическим изменениям не подвергается; этот слой называется базальным.

Мышечная оболочка (myometrium)—наиболее мощный слой матки. Представляет собой густое сплетение пучков гладких мышечных волокон, между которыми залегают прослойки соединительной ткани. Мышечная оболочка богата снабжена кровеносными сосудами. В ней существуют три слоя мышечных пластов: 1) наружный (подбрюшинный), продольный, 2) средний, циркулярный (круговой), 3) внутренний (подслизистый), продольный (рис. 9).

В теле матки наиболее сильно развит циркулярный слой, в шейке— продольный. Наружный слой мускулатуры матки связан с мышечными элементами труб и связок. В шейке матки и в области перешейка мышечный слой тоньше, соединительной ткани здесь больше, чем в теле матки. В шейке матки много эластических волокон.

Серозный (брюшинный) покров матки (perimetrium)— наружный слой матки. Брюшина с внутренней поверхности передней брюшной стенки переходит на мочевой пузырь, а затем на переднюю поверхность матки и труб. Между пузырем и маткой образуется углубление, выстланное брюшиной—пузырно-маточное пространство (excavatio vesico-uterina). Передняя поверхность матки покрыта брюшиной не вся, а выше уровня перешейка (ниже между шейкой и пузырем залегает рыхлая клетчатка). С дна матки и труб брюшина спускается по задней поверхности матки, выстилая здесь шейку и задний свод влагалища, а затем переходит на переднюю поверхность прямой кишки. Между задней поверхностью матки и прямой кишкой образуется глубокий карман—прямокишечно-маточное (дугласово) пространство (excavatio recto-uterina).

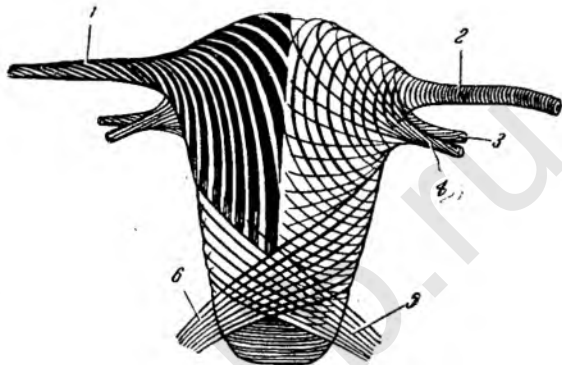


Рис. 9. Расположение мышечных пучков в матке (схема).

1—наружный слой мускулатуры трубы; 2—внутренний слой мускулатуры трубы; 3—круглая связка; 4—собственная яичниковая связка; 5 и 6—крестцово-маточные связки.

Матка находится в центре малого таза, на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца, от правой и левой стенок таза. Тело матки располагается в широкой части полости таза, влагалищная часть шейки и наружный зев—на уровне седалищных остей. Матка наклонена кпереди (anteversio uteri), дно ее направлено к симфизу, шейка—кзади, наружный зев канала шейки примыкает к стенке заднего свода влагалища. Между телом и шейкой матки существует тупой угол, открытый кпереди (anteflexio uteri).

Матка обладает физиологической подвижностью. При наполнении мочевого пузыря матка смещается кзади, при переполнении прямой кишки—кпереди, беременная матка поднимается кверху. После устранения причины, вызвавшей смещение, матка вновь занимает исходное, типическое положение в центре малого таза.

Матка выполняет функцию деторождения. В течение всего периода половой зрелости в слизистой оболочке матки взрослой женщины совершаются сложные, правильно повторяющиеся изменения, создающие благоприятные условия для беременности. В период беременности матка является плодоместилищем: в ней прививается оплодотворенная яйцеклетка и развивается внутриутробный плод. Когда плод созревает и становится способным к внеутробному существованию, матка изгоняет его наружу, способствует рождению на свет.

Маточные трубы (tubae uterinae, salpinges) называются также яйцеводами, или фаллопиевыми трубами.

Трубы начинаются от верхних углов матки (у дна), идут по верхнему краю широкой связки в сторону боковых стенок таза, заканчиваются воронкой (ampulla tubae) (см. рис. 3). Длина труб 10—12 см, ширина неодинаковая—уже у угла матки, шире к свободному концу. Просвет труб сооб-

щается с полостью матки; диаметр отверстия трубы в этом месте 0,5—1 мм. Далее просвет труб становится шире, в области воронок диаметр их достигает 6—8 мм. Воронка трубы открывается в брюшную полость. Свободный край воронки имеет вид бахромок (фимбрии). Полагают, что эти бахропки способствуют попаданию яйцевой клетки, вышедшей из яичника, в полость трубы.

В трубе различают следующие отделы: 1) интерстициальная часть (*pars interstitialis*)—отдел трубы, проходящий в толще стенки матки, 2) перешеечная, или истмическая, часть (*pars isthmica*)—средний отдел трубы, 3) ампулярная часть (*pars ampullaris*)—расширенная часть трубы, заканчивающаяся воронкой (см. рис. 3).

Стенки труб состоят из трех слоев: слизистой оболочки, мышечной оболочки и серозного (брюшинного) покрова.

Слизистая оболочка образует на внутренней поверхности трубы продольные складки. Величина и количество этих складок увеличиваются по направлению к ампулярному концу трубы. Слизистая покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в сторону от матки.

Мышечный слой трубы состоит из трех пластов гладкой мускулатуры. Наружный пласт продольный, средний—циркулярный, внутренний (подслизистый)—тоже продольный.

Серозный покров трубы представляет собой самый верхний отдел широкой связки; брюшина покрывает трубу сверху и с боков, к нижнему отделу ее прилегают клетчатка, через которую проходят к трубе сосуды и нервы.

В раннем детском возрасте трубы узкие и извилистые, с возрастом они выпрямляются и просвет их становится шире. Иногда узость и извилистость труб остаются до периода половой зрелости (инфантильные трубы). Подобное строение труб задерживает передвижение оплодотворенной яйцеклетки в матку и может быть причиной прививки яйца в трубе (внематочная беременность).

В ампулярной части трубы обычно происходит оплодотворение (встреча и слияние яйцевой клетки со сперматозоидом). Перемещение яйцеклетки от ампулярного конца к матке совершается главным образом за счет сокращения мускулатуры труб. При сокращении продольной мускулатуры труба укорачивается, при сокращении циркулярной—суживается. Последовательное сокращение продольных и круговых мышц создает перистальтические движения труб, в результате которых яйцеклетка передвигается в сторону матки. Вспомогательное значение в передвижении яйца имеет мерцание ресничек эпителия трубы, направленное в сторону матки. Транспорту яйца способствуют также продольные складки слизистой, по ним яйцо скользит в сторону матки, как по рельсам. 22

Сократительная деятельность труб зависит от фазы менструального цикла (А. Н. Осякина-Рождественская). В период созревания фолликула в яичнике возбудимость и тонус трубы повышены; во время развития желтого тела тонус и возбудимость труб понижаются, перистальтика труб становится ритмичной, что способствует передвижению яйца.

Яичники (ovaria)—парная женская половая железа. Яичник имеет миндалевидную форму, длина его 3,5—4 см, ширина 2—2,5 см, толщина 1—1,5 см, вес 6—8 г. В старческом возрасте яичники плотнеют, уменьшаются в размерах, в них развивается рубцовая ткань.

Яичник вставлен одним краем в задний листок широкой связки; вся остальная поверхность яичника брюшиной не покрыта, свободно выдается в брюшную полость малого таза. Яичник удерживается в свободно подвешенном состоянии: 1) широкой маточной связкой, 2) собственной связкой яичника, 3) воронко-тазовой связкой (стр. 25). Сосуды и нервы подходят к яич-

нику в том месте, где он вставлен в задний листок широкой связки—ворота яичника (hylus ovarii).

В яичнике различают: 1) эпителий, покрывающий свободную поверхность, 2) белочную оболочку, 3) корковый слой, 4) мозговой слой (рис. 10).

Эпителий яичника («зародышевый эпителий») в период внутриутробного развития и раннего детства принимает участие в образовании первичных фолликулов; в дальнейшем он становится недействительным.

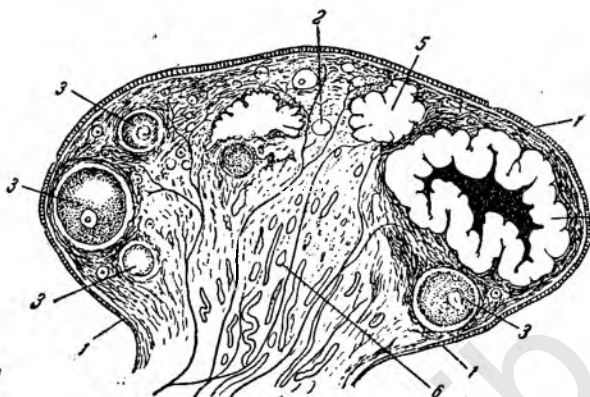


Рис. 10. Вид яичника на разрезе (схема).
1—зародышевый эпителий; 2—корковый слой; 3—фолликулы в разных стадиях развития; 4—желтое тело; 5—остаток желтого тела; 6—мозговой слой.

Белочная оболочка располагается под эпителием, она состоит из соединительной ткани, волокна которой расположены параллельно поверхности яичника.

Корковый слой яичника прилегает к белочной оболочке. В соединительно-тканной основе коркового слоя находятся многочисленные первичные фолликулы, а также фолликулы в разной стадии развития, желтые тела и их остатки.

Мозговой слой яичника состоит из соединительнотканной стромы с примесью мышечных волокон; в строме проходят многочисленные сосуды и нервы.

Яичники выполняют важнейшие функции. В течение всего периода половой зрелости в них происходит ритмически повторяющийся процесс созревания яйцеклеток. В яичнике вырабатываются гормоны (половые гормоны), воздействующие на весь организм и половые органы женщины. Гормоны яичника способствуют развитию черт, специфических для организма женщины. Сюда относятся особенности телосложения, обмена веществ, развитие грудных желез, волосистого покрова и др. Под влиянием гормонов яичника происходит развитие половых органов (труб, матки, влагалища, наружных половых органов) во время половой зрелости. В период половой зрелости эти гормоны участвуют в циклических процессах, подготавливающих организм к беременности.

СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Нормальное, типическое положение в малом тазу матки с трубами и яичников зависит главным образом от связочного аппарата и мышц тазового дна.

В нормальном положении матку с трубами и яичники удерживает подвешивающий аппарат (связки), закрепляющий аппарат (связки, фикси-

рующие подвешенную матку), опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно).

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки.

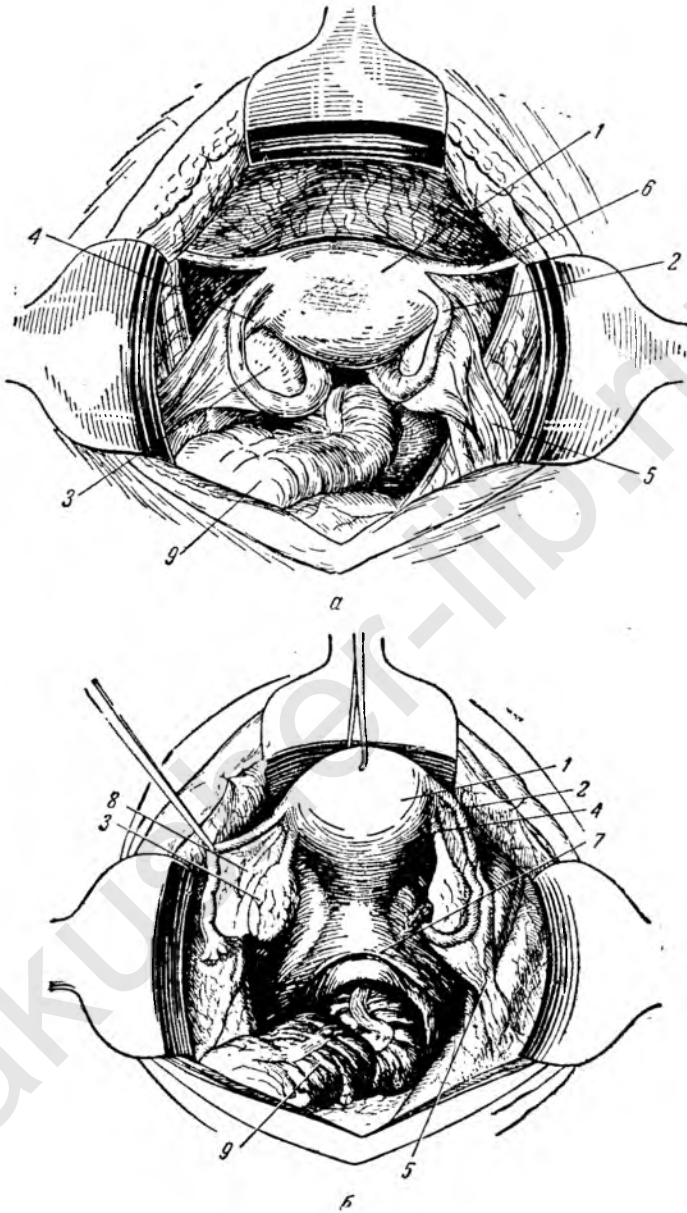


Рис. 11. Связочный аппарат половых органов. а—вид сверху и б—вид сзади.

1—матка; 2—маточная труба; 3—яичник; 4—собственная связка яичника; 5—воронкотазовая связка; 6—круглая связка; 7—крестцово-маточная связка; 8—широкая связка; 9—прямая кишка.

1. Круглые связки (lig. rotundum) состоят из гладких мышц и соединительной ткани, имеют вид шнуров, длина их 10—12 см. Круглые

связки отходят от углов матки (немного кпереди и ниже места отхождения труб), идут под передним листком широкой связки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки веерообразно разветвляются, прикрепляются к клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди); во время беременности круглые связки утолщаются и удлиняются (рис. 11,а).

2. Широкие связки (*lig. latum*), двойные листки брюшины, идущие от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок проходят трубы, в задних листках вставлены яичники, между листками находится клетчатка, сосуды и нервы (рис. 11,б).

3. Крестцово-маточные связки (*lig. sacro-uterinum*) отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, идут кзади, охватывают с двух сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади. Во время родов круглые и крестцово-маточные связки способствуют удержанию матки на месте (рис. 11,б).

4. Собственные связки яичников (*lig. ovarii proprium*) начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения труб и идут к яичникам (рис. 11, а и б).

5. Воронко-тазовые связки (*lig. infundibulo-pelvicum*) являются продолжением широких связок, идут от трубы до стенки таза (рис. 11, а и б).

Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительнотканнные тяжи с примесью гладкомышечных волокон; они идут от нижнего отдела матки: а) кпереди, к пузырю и далее к симфизу, б) к боковым стенкам таза—основные связки (*lig. cardinale*), в) кзади, составляя соединительнотканнный остов крестцово-маточных связок.

Опорный, или поддерживающий, аппарат составляют мышцы и фасции тазового дна (стр. 47).

Тазовое дно играет огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления (натуживание, подъем тяжести, кашель и др.) шейка опирается в тазовое дно, как на подставку; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей.

КЛЕТЧАТКА МАЛОГО ТАЗА

Под брюшинным покровом органов малого таза располагается тазовая клетчатка, которая прилегает к внутренним половым органам в разных их отделах. Клетчатка заполняет все свободные промежутки между органами малого таза в той части, которая не покрыта брюшиной и располагается выше фасции таза. В рыхлой тазовой клетчатке выделяются области, где преобладает плотная, волокнистая соединительная ткань. Эти участки уплотнения составляют, в частности, закрепляющий аппарат внутренних половых органов.

В тазовой клетчатке различают следующие отделы.

Околоматочная (параметральная) клетчатка (*parametrium*) занимает пространство между листками широких связок от боковых отделов (ребер) матки до боковых стенок таза.

Околопузырная (паравезикальная) клетчатка выполняет свободное пространство вокруг мочевого пузыря, ее больше спереди и сзади от пузыря.

Околовагалищная (паравагинальная) клетчатка окружает влагалище, располагается преимущественно в пространстве, идущем от боковых отделов влагалища до стенок таза.

Около прямой кишки (параректальная) клетчатка располагается вокруг прямой кишки.

Все указанные отделы тазовой клетчатки не отграничены, а связаны друг с другом многочисленными соединительнотканными элементами.

Тазовая клетчатка имеет большое значение. Рыхлая клетчатка способствует физиологической подвижности и правильному функционированию внутренних половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки, позволяет органам менять объем (наполнение и опорожнение пузыря и прямой кишки, изменение величины матки в связи с беременностью и родами и др.). Плотные отделы тазовой клетчатки закрепляют тазовые органы в подвижно-подвешенном состоянии, участвуют в удержании матки и других отделов полового аппарата в нормальном положении. Клетчатка таза образует ложе для мочеточников, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, нервных стволов и сплетений.

КРОВЕНОСНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кровоснабжение наружных половых органов осуществляется преимущественно за счет срамной артерии, частично веточками бедренной артерии.

Срамная артерия (*a. pudenda*) берет начало от подчревной артерии, идет вниз, выходит из полости таза, отдает ветви, идущие к наружным половым органам, промежности, влагалищу и к прямой кишке.

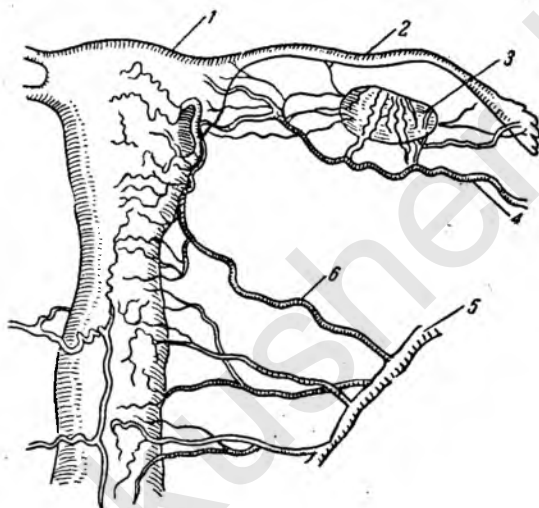


Рис. 12. Кровоснабжение половых органов.
1—матка; 2—маточная труба; 3—яичник; 4—яичниковая артерия; 5—подчревная артерия; 6—маточная артерия.

Веточка бедренной артерии (*a. spermatica externa*) вместе с круглой связкой выходит из пахового канала, участвует в кровоснабжении больших половых губ и лобка.

Главными источниками кровоснабжения внутренних половых органов являются маточные и яичниковые артерии (рис. 12).

Маточная артерия (*a. uterina*)—парный сосуд, отходит от подчревной артерии, идет к матке по околوماتочной клетчатке, располагаясь в основании широких связок, по пути перекрещивается с мочеточником, подходит к боковой поверхности матки на уровне внутреннего зева. В этом месте от маточной артерии отходит довольно крупная ветвь, снабжающая шейку и верхний отдел влагалища—шеечно-вагинальная ветвь (*ramus cervico-vaginalis*).

Основной ствол маточной артерии (*ramus ascendens*) поднимается, извиваясь по ребру матки, вверх, отдает по пути многочисленные веточки, питающие стенки матки, и доходит до дна матки, где отдает веточку, идущую к трубе. После этого конечные ветви маточной артерии соединяются с веточками яичниковой артерии, идущими в верхнем отделе широкой связки.

Артериальные ветви, отходящие от основного, восходящего, ствола маточной артерии, образуют густую сеть тонких кровеносных

сосудов, обильно снабжающих кровью мышечную и слизистую оболочки и брюшинный покров матки.

Яичниковая артерия (a. ovarica)—парный сосуд, отходит от брюшной аорты, несколько ниже почечной артерии, спускается вместе с мочеточником вниз, проходит по воронко-тазовой связке к верхнему отделу широкой связки, отдает ветви к яичнику и трубе; конечный ствол яичниковой артерии анастомозирует с концевым отделом маточной артерии.

В кровоснабжении влагалища, кроме маточной и срамной артерии, участвуют также ветви пузырной и геморроидальной артерий.

Артерии половых органов сопровождаются одноименными венами, причем каждую артерию обычно сопровождают две вены. Вены внутренних половых органов образуют сплетения (маточно-яичниковое, пузырное и др.).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В учение о нервной системе половых органов ценный вклад внесли отечественные авторы: Г. Е. Рейн, Н. В. Ястребов, Г. И. Писемский, Т. Ф. Сеницин, А. П. Морковитин, А. П. Гавронский и др.

В иннервации половых органов женщины участвуют симпатическая и парасимпатическая нервная система, а также спинномозговые нервы (рис. 13).

Волокна симпатической нервной системы, иннервирующие половые органы, берут начало от аортального и солнечного сплетений, направляются вниз и на уровне V поясничного позвонка образуют верхнее подчревное сплетение. От указанного сплетения отходят волокна, которые идут книзу и в стороны и образуют правое и левое нижние подчревные сплетения. Нервные волокна от этих сплетений направляются к мощному маточно-влагалищному, или тазовому, сплетению (plexus utero-vaginalis, s. pelvici). Маточно-влагалищное сплетение располагается в параметральной клетчатке, сбоку и сзади от матки, на уровне внутреннего зева шейного канала. К этому сплетению подходят ветви тазового нерва (n. pelvici), относящиеся к парасимпатической нервной системе. Симпатические и парасимпатические волокна, отходящие от маточно-влагалищного сплетения, иннервируют влагалище, матку, внутренние отделы маточных труб, мочевой пузырь.

Тело матки иннервируется главным образом симпатическими волокнами, а шейка и влагалище—преимущественно парасимпатическими.

Яичник иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами из яичникового сплетения (plexus ovaricus). К яичниковому сплетению

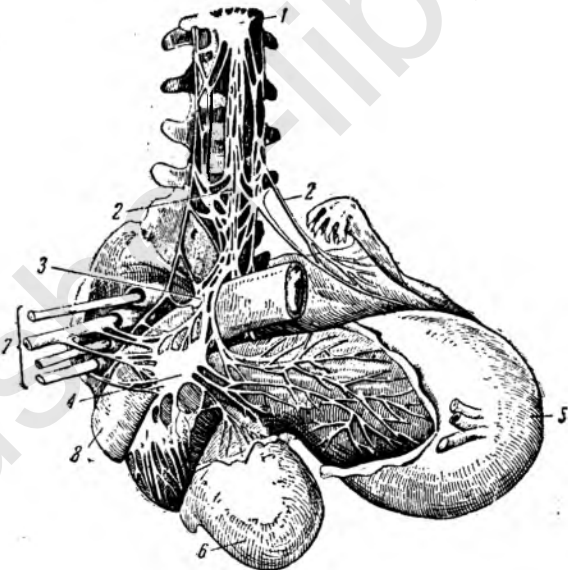


Рис. 13. Иннервация внутренних половых органов.

1—аортальное сплетение; 2—верхнее подчревное сплетение; 3—нижнее подчревное сплетение; 4—маточно-влагалищное сплетение; 5—матка; 6—мочевой пузырь; 7—крестцовые (I—IV) нервы; 8—прямая кишка.

подходят нервные волокна из аортального и почечного сплетений. От яичникового сплетения отходят веточки к наружным отделам труб и к маточно-влагалищному сплетению. Наружные половые органы и тазовое дно в основном иннервируются срамным нервом (n. pudendus). Таким образом, нервы внутренних половых органов связаны через аортальное, солнечное, почечное и другие сплетения с нервами внутренних органов.

В стенках матки, труб и в мозговом слое яичника образуются густые нервные сплетения. Тончайшие нервные веточки, отходящие от этих сплетений, направляются к мышечным волокнам, покровному эпителию и всем другим клеточным элементам. В слизистой оболочке матки концевые нервные веточки направляются также к железам, в яичнике—к фолликулам и желтым телам. Тончайшие концевые нервные волокна заканчиваются в виде пуговок, колбочек и т. д. Эти нервные окончания воспринимают химические, механические, термические и другие раздражения.

Нервные окончания внутренних половых органов относятся к интерорецепторам, которые воспринимают раздражения из внутренних органов¹. Раздражения, воспринимаемые чувствительными нервными окончаниями, передаются по нервным волокнам в вышележащие отделы нервной системы, где располагаются центры, регулирующие деятельность внутренних половых органов. Импульсы из этих центров передаются по двигательным и секреторным нервным волокнам в половые органы и направляют их деятельность (сокращение мускулатуры, секреция желез, продукция гормонов и др.).

Нервные центры, регулирующие деятельность половых органов, располагаются на разных уровнях центральной нервной системы: в спинном мозгу и в подкорковой области головного мозга, а также в коре головного мозга.

Еще И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочин, И. М. Сеченов отмечали зависимость функций половых органов женщины от психических моментов. Клинические наблюдения показывают, что сильные психические потрясения могут привести к временному прекращению менструаций, к выкидышу, к преждевременным родам и к нарушению родовой деятельности. Установлено, что благоприятное воздействие на психику роженицы способствует правильному течению родов, устранению или снижению болевых ощущений. Это положение за последние годы использовано в системе психопрофилактической подготовки к родам.

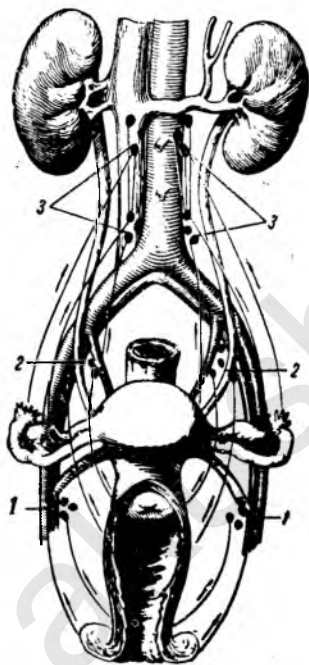


Рис. 14. Схема лимфатической системы половых органов.

1—паховые узлы; 2—подчревные узлы; 3—поясничные узлы.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Лимфатическая система половых органов состоит из густой сети извилистых лимфатических сосудов и множества лимфатических узлов. Лимфатические пути и узлы располагаются преимущественно по ходу кровеносных сосудов (рис. 14).

¹ Нервные окончания, воспринимающие раздражения из внешнего мира, называются экстерорецепторами. Сюда относятся нервные окончания кожи и органов чувств (глаз, ухо, слизистая оболочка носа).

Лимфатические сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам. Лимфатические пути, отходящие от средней и верхней трети влагалища и шейки матки, идут к лимфатическим узлам, располагающимся по ходу подчревных и подвздошных кровеносных сосудов.

Из тела матки, труб и яичников лимфа отводится по сосудам, располагающимся вдоль яичниковой артерии, и идет к лимфатическим узлам, лежащим на аорте и нижней полой вене. Между указанными системами лимфатических путей половых органов существуют связи—лимфатические анастомозы.

МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Молочные железы (mammae) имеют гроздьвидное строение (рис. 15, а). Паренхима молочной железы состоит из множества пузырьков (альвеолы). Они располагаются вокруг мелкого выводного протока (ductus lactiferus)

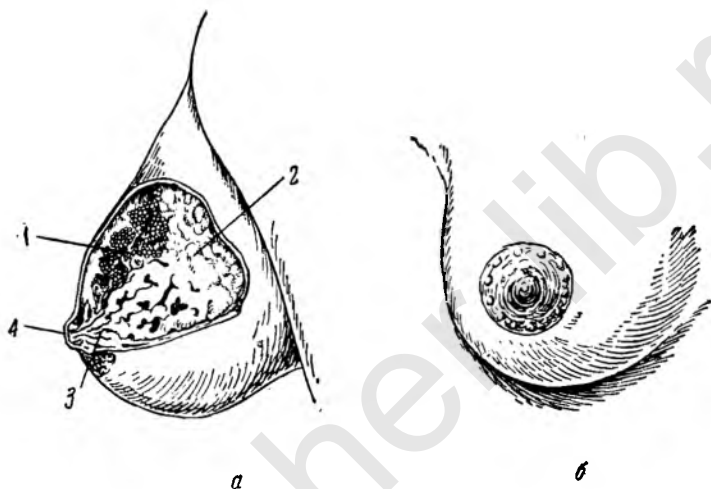


Рис. 15. Молочная железа.

а—схема строения молочной железы: 1—дольки молочной железы; 2—жировая ткань; 3—молочные протоки; 4—сосок; б—околососковый кружок (ареола) и сосок.

и сообщаются с его просветом. Такие очаги железистой ткани соединяются вместе и образуют крупные отдельные дольки. Эпителий желез обладает секреторной функцией.

Между дольками располагается волокнистая соединительная ткань, в которой залегают эластические волокна и жир.

Количество долек в молочной железе достигает 15—20, каждая долька имеет выводной проток, куда поступает секрет из всех мелких протоков, связанных с альвеолами. Проток каждой дольки открывается на поверхности соска самостоятельно, не сливаясь с другими; на поверхности соска имеются 15—20 отверстий (по числу протоков долек)—молочные поры. Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска под околососковым кружком образует расширение (молочный мешочек). На выпуклой поверхности железы располагается сосок (papilla mammae) (рис. 15, б), покрытый нежной, морщинистой, пигментированной кожей. Соски имеют цилиндрическую или коническую форму, величина их различна. Иногда соски бывают плоские и даже втянутые, что затрудняет процесс кормления грудью. Кожа вокруг соска пигментирована (ареола, околососковый кружок), здесь располагаются монтгомеровы железы, которые являются руди-

ментарными молочными железами. Сосок и околососковый кружок содержат гладкие мышечные волокна, располагающиеся близко к коже, и большое количество нервных рецепторов.

Паренхима молочной железы начинает усиленно развиваться в период полового созревания; на развитие молочных протоков влияет фолликулярный гормон яичника, на развитие альвеол—гормон желтого тела.

Полного развития молочная железа достигает в период половой зрелости. У пожилых женщин происходит постепенная атрофия паренхимы молочных желез.

Кровоснабжение молочной железы происходит за счет соответствующей артерии (а. mammae) и веточек, отходящих от подмышечной артерии. Лимфатические сосуды идут к подмышечным лимфатическим узлам.

Функция молочных желез сводится к продукции молока. Секреторная деятельность молочных желез начинается во время беременности, а полного развития достигает после родов.

Секреция молока происходит под влиянием лактогенного гормона передней доли гипофиза, деятельность которого регулируется центральной нервной системой. При кормлении грудью происходит раздражение нервных элементов молочной железы и поступление соответствующих импульсов в центральную нервную систему. Под влиянием сдвигов, возникающих в нервной системе, усиливается продукция лактогенного гормона гипофиза, который активирует секреторную функцию молочных желез.

По данным М. М. Миронова, перерезка нервов, идущих к молочной железе, приводит к уменьшению продукции молока и к изменению его состава.

Л. Н. Воскресенский установил усиление выделения молока под влиянием раздражителей, имеющих условнорефлекторный характер (показ ребенка, звуковые раздражители, ранее сочетавшиеся с кормлением). О связи функции молочных желез с корой головного мозга свидетельствуют также факты прекращения продукции молока под влиянием сильных психических моментов.

Процесс секреции молочных желез вкратце сводится к следующему. В протоплазме железистого эпителия функционирующей молочной железы образуются округлые молочные шарики, которые затем поступают в полость альвеол. Жидкая часть секрета молочных желез образуется также железистым эпителием, а не является простым фильтратом жидкой части крови.

Процесс выделения молока происходит под влиянием раздражения рецепторов соска и околососкового кружка при кормлении грудью (сосании). Раздражение нервных окончаний приводит к сокращению мышечных элементов соска и околососкового кружка; в связи с этим происходит увеличение и уплотнение соска (эрекция), что способствует захвату соска ребенком и выделению молока из железы (о составе молока и технике кормления см. главу XI и XII).

ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

В жизни женщины различают несколько периодов, характеризующихся возрастными анатомо-физиологическими особенностями: 1) детство, 2) период полового созревания, 3) период половой зрелости, 4) переходный период, 5) старость.

Д е т с т в о. В детском возрасте специфическая функция яичников отсутствует, наружные и внутренние половые органы сформированы, но еще не развиты. Волосистый покров на наружных половых органах отсутствует, влагалище узкое, короткое, тело матки небольшое, шейка длинная, коническая, маточные трубы извилистые.

П е р и о д п о л о в о г о с о з р е в а н и я. Половое созревание происходит в возрасте от 12 до 16 лет. В этот период в яичниках образуется

небольшое количество фолликулярного гормона. Под влиянием этого гормона происходит развитие вторичных половых признаков (молочные железы, волосистый покров и др.) и половых органов (рост влагалища и матки, развитие труб и др.). В этом периоде жизни наступает первая менструация (menarche), которая в дальнейшем обычно повторяется через правильные промежутки времени. На время наступления полового созревания и первой менструации влияют условия внешней среды (климат, питание и др.). В наших условиях менструации появляются у большинства девочек в 14—15 лет. Половое созревание полностью завершается к 18—20 годам. При неполноценном питании, после истощающих заболеваний половое созревание запаздывает, и первая менструация приходит позднее.

Период половой зрелости. Этот период наступает после полового созревания и продолжается 30—35 лет.

Он характеризуется активностью всех функций полового аппарата, направленных на деторождение. В данном периоде совершаются такие важные процессы, как беременность и роды.

Переходный (климактерический) период. В этом периоде, который начинается в среднем в 45—47 лет и продолжается 2—3 года, происходит постепенное угасание функции яичников и изменение менструальной функции. Менструации обычно запаздывают, иногда бывают обильными и продолжительными и, наконец, прекращаются совсем. Прекращение менструаций после окончания переходного периода называют менопаузой. Нередко появляются сосудистые расстройства: приливы к голове, внезапное ощущение жара, повышение артериального давления, головокружение. Бывают жалобы на утомляемость, раздражительность, нарушение сна и др. У многих женщин, особенно уравновешенных и здоровых, сосудисто-нервные нарушения в климактерическом периоде отсутствуют.

Старость. Это физиологическое состояние характеризуется постепенным угасанием всех жизненных функций. В старческом возрасте происходит постепенная атрофия половых органов. Влагалище суживается, складчатость слизистой оболочки сглаживается, своды становятся мелкими, матка резко уменьшается в размерах, яичники сморщиваются и уплотняются.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

В организме половозрелой небеременной женщины происходят правильно повторяющиеся сложные изменения, подготовляющие организм к беременности. Эти биологически важные, ритмически повторяющиеся изменения называют **менструальным циклом**.

Продолжительность менструального цикла различна. У большинства женщин цикл продолжается 28 дней (4 недели), иногда он укорачивается до 21 дня (3 недели), изредка встречаются женщины, у которых отмечается 30—35-дневный цикл.

Необходимо помнить, что менструация означает не начало, а конец физиологических процессов, продолжающихся 3—4 недели; менструация свидетельствует о затухании процессов, подготовляющих организм к беременности, о гибели неоплодотворенной яйцеклетки. Вместе с тем менструальное выделение крови является наиболее ярким, заметным проявлением циклических процессов, поэтому практически удобно начинать исчисления цикла с первого дня последней менструации.

Циклические изменения, происходящие в организме женщины, проявляются наиболее ярко в половом аппарате, именно в яичниках и слизистой оболочке матки. Однако изменения в половых органах составляют частное проявление общих волнообразно протекающих изменений в организме

женщины. Ритмически повторяющиеся изменения при менструальном цикле происходят: а) во всем организме, б) в яичнике—яичниковый цикл, в) в матке—маточный цикл. Циклические изменения наблюдаются и в других отделах полового аппарата, но они выражены значительно меньше, чем в яичнике и в матке.

Циклические изменения во всем организме. Циклические изменения в яичниках и матке влияют на центральную нервную систему. Это осуществляется не только рефлекторным (нервным) путем. На функции нервной системы влияют также гормоны яичника, количество которых в крови меняется в разные фазы менструального цикла.

В связи с периодическими колебаниями деятельности нервной системы у многих женщин перед менструацией наблюдается раздражительность, утомляемость и сонливость, сменяющиеся после менструации ощущением бодрости и прилива сил. Перед менструацией наблюдаются также повышение сухожильных рефлексов, потливость и другие явления, исчезающие после менструации.

Имеются наблюдения, что во время менструации в коре головного мозга происходит быстрая смена процессов возбуждения и торможения, заканчивающаяся более широким распространением тормозного процесса.

Исследованиями последних лет установлено, что при нормальном менструальном цикле изменения в нервной системе происходят в пределах физиологических колебаний и не снижают трудоспособности женщин. Во время менструации женщины успешно выполняют сложные трудовые процессы, требующие напряженной деятельности коры головного мозга.

В течение менструального цикла происходят волнообразные сдвиги в кровообращении, терморегуляции и обмене веществ, связанные с физиологическим колебанием функций нервной системы, что впервые было отмечено отечественными авторами Д. О. Оттом, С. С. Жихаревым и др. В предменструальном периоде наблюдается небольшое учащение пульса, повышение кровяного давления, повышение температуры тела на несколько десятых градуса. Во время менструации пульс несколько замедляется, кровяное давление и температура немного понижаются. После менструации все эти сдвиги выравниваются. Имеются наблюдения, что в связи с менструальным циклом изменяется количество эритроцитов, тромбоцитов и белковых фракций крови.

Заметные циклические изменения происходят в молочных железах. В предменструальном периоде наблюдается некоторое увеличение их объема, напряжение, иногда—чувствительность. После менструации эти явления исчезают.

Эти изменения связаны с тем, что в предменструальном периоде под влиянием половых гормонов появляются новые очажки железистой ткани, которые с появлением менструации подвергаются обратному развитию.

Особо важную роль в менструальном цикле играет передняя доля гипофиза. В ней образуется ряд гормонов и в том числе гормоны, активирующие деятельность яичников. Гормоны передней доли гипофиза, стимулирующие функции яичника, называются гонадотропными¹ гормонами, или проланом.

В гипофизе вырабатываются два гормона, действующих на яичник: гонадотропный гормон А и гонадотропный гормон Б. Гонадотропный гормон А стимулирует рост и созревание фолликулов в яичнике и называется поэтому фолликулостимулирующим. Гонадотропный гормон Б называется лютеинизирующим: он стимулирует развитие и деятельность желтого тела (corpus luteum) яичника. В первую половину менструального цикла пре-

¹ От слова «гонады»—половые железы.

имуущественно вырабатывается фолликулостимулирующий гормон, во вторую—лютеинизирующий.

Яичниковый цикл. Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза в яичнике совершаются ритмически повторяющиеся изменения, которые проходят три фазы:

- а) развитие фолликула—фолликулярная фаза,
- б) разрыв созревшего фолликула—фаза овуляции,
- в) развитие желтого тела—лютеиновая фаза.

а) Развитие фолликула. Первичный (примордиальный) фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, которая окружена одним слоем эпителиальных клеток (зернистая оболочка); снаружи фолликул окружен

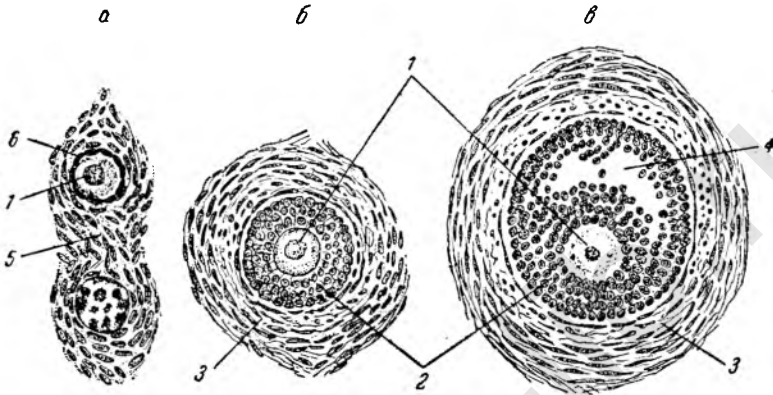


Рис. 16. Начальные стадии развития фолликула.

а—первичные (примордиальные) фолликулы; б—начало созревания фолликула; в—начальная стадия образования полости в зреющем фолликуле. 1—яйцеклетка; 2—зернистая оболочка фолликула; 3—соединительнотканная оболочка фолликула; 4—полость фолликула; 5—строма яичника; 6—эпителий первичного фолликула.

соединительнотканной оболочкой. Примордиальные фолликулы образуются в период внутриутробной жизни и раннего детства. К периоду половой зрелости из 400 000—500 000 первичных фолликулов остается 35 000—40 000, остальные подвергаются обратному развитию. Из оставшихся 35 000—40 000 первичных фолликулов полностью созревает 450—500, остальные подвергаются физиологической атрезии. Сущность физиологической атрезии, которую впервые описал К. Ф. Славянский, сводится к тому, что фолликул начинает расти, но погибает, не достигнув полного развития; яйцеклетка и зернистая оболочка распадаются; погибший фолликул замещается соединительной тканью.

Процесс созревания фолликула занимает первую половину менструального цикла, т. е. при 28-дневном цикле—14 дней, при 21-дневном—10—11 дней.

В процессе развития фолликула существенные изменения претерпевают все составные части фолликула: яйцеклетка, зернистая оболочка, соединительнотканная оболочка (рис. 16).

Яйцеклетка увеличивается в размерах в 5—6 раз, на ее поверхности образуется стекловидная оболочка (*zona pellucida*), в протоплазме происходят сложные изменения. Окончательное созревание яйцеклетки происходит после двукратного деления. Первое деление созревательное, при нем образуются две неравные клетки. Основная большая клетка остается на месте (маленькая выбрасывается) и вскоре подвергается второму делению, при котором из яйцеклетки выбрасывается половина хромосом. После

второго деления, называемого редукционным, яйцеклетка становится зрелой и пригодной для оплодотворения.

Фолликулярный эпителий (зернистая оболочка) в процессе созревания подвергается пролиферации (размножение клеток), из однослойного становится многослойным, превращается в так называемую зернистую оболочку фолликула (*membrana granulosa folliculi*). Вначале клетки зернистой оболочки сплошной массой заполняют все пространство между яйцеклеткой и соединительнотканной оболочкой. Затем в центре скопления клеток обра-

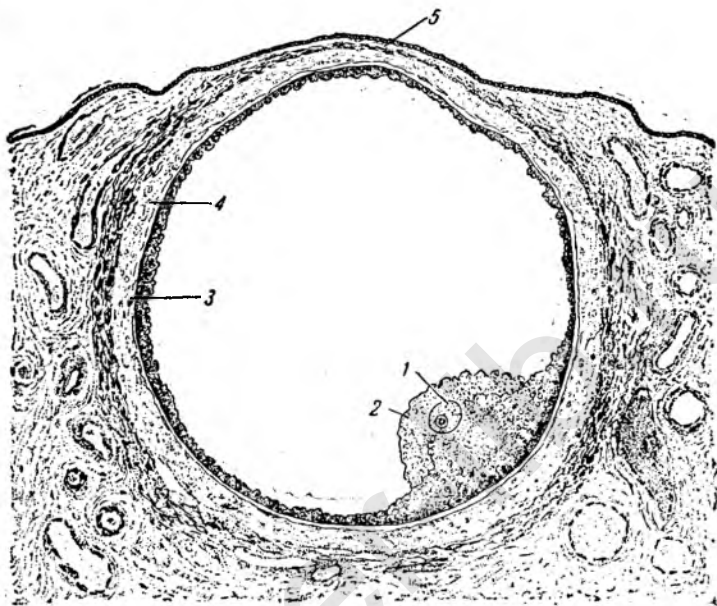


Рис. 17. Зрелый фолликул.

1—яйцеклетка; 2—яйценосный холмик; 3—зернистая оболочка фолликула; 4—соединительнотканная оболочка фолликула; 5—истончение ткани яичника в месте будущего разрыва фолликула.

зуются пустоты, заполненные жидкостью; впоследствии пустоты сливаются в одну полость, заполненную прозрачной жидкостью—фолликулярной жидкостью (*liquor folliculi*). С момента возникновения полости фолликул называется графовым пузырьком.

По мере накопления фолликулярной жидкости клетки зернистой оболочки отодвигаются к яйцу и к стенке фолликула. Клетки зернистой оболочки, окружающие яйцеклетку, носят название лучистого венца (*corona radiata*). Яйцеклетка, окруженная этим лучистым венцом, помещается на скоплении пристеночно расположенных клеток зернистой оболочки. Это скопление клеток называется яйценосным холмиком (*cumulus ovigerus*) (рис. 17). К моменту созревания фолликула зрелая яйцевая клетка отходит от яйценосного бугорка и находится в фолликулярной жидкости.

Фолликулярная жидкость содержит гормон, который называется фолликулярным, или эстрогенным, гормоном. Эстрогенный гормон оказывает на организм разностороннее, сложное действие.

1. В период полового созревания эстрогенный гормон вызывает рост и развитие матки, влагалища, наружных половых органов, а также появление вторичных половых признаков.

2. В период половой зрелости эстрогенный гормон, продуцируемый периодически созревающими фолликулами, вызывает пролиферацию (размножение) клеток слизистой оболочки матки.

3. Эстрогенный гормон повышает тонус мускулатуры матки, усиливает ее возбудимость и чувствительность к веществам, сокращающим матку.

4. Этот гормон способствует развитию и функции молочных желез, а также усиливает половое чувство.

По мере созревания фолликула развивается соединительнотканная оболочка его. Вместо одной соединительнотканной оболочки образуются две: внутренняя оболочка, богатая клеточными элементами и капиллярами (*theca interna*), и наружная волокнистая оболочка (*theca externa*), содержащая более крупные сосуды.

Созревающий фолликул увеличивается в размере, его полюс начинает выпячиваться над поверхностью яичника. Ткань яичника в этом месте истончается.

б) Фаза овуляции. Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей, годной к оплодотворению яйцеклетки (рис. 18). Яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, вместе с фолликулярной жидкостью попадает в брюшную полость, а в дальнейшем—в маточную трубу.

Овуляция при 28-дневном цикле происходит на 14—15-й день от первого дня менструального цикла (при 21-дневном цикле—раньше). Это время является наиболее благоприятным для оплодотворения.

в) Развитие желтого тела (лютеиновая фаза). На месте разорвавшегося фолликула образуется новая, очень важная железа внутренней секреции—желтое тело (*corpus luteum*), продуцирующая гормон—прогестерон¹. Процесс прогрессивного развития желтого тела происходит при 28-дневном цикле в течение 14 дней (при 21-дневном—меньше) и занимает вторую половину цикла—от овуляции до очередной менструации.

Процесс развития желтого тела из лопнувшего фолликула осуществляется следующим образом. Фолликул, освободившийся от фолликулярной жидкости и яйцеклетки, спадается, стенки его ложатся в складки, место разрыва зарастает, в полости образуется небольшой сгусток крови. Клетки зернистой оболочки, выстилающей полость фолликула, усиленно размножаются, увеличиваются в размере, в их протоплазме накапливается липоидное вещество (лютеин), придающее вновь образованной железе внутренней секреции желтый цвет (отсюда название «желтое тело»). Клетки зернистой оболочки превращаются в лютеиновые клетки желтого тела.

Одновременно с развитием клеток зернистой оболочки происходит обильное разрастание сосудистой сети. Сосуды, проникающие из соединительнотканной оболочки, образуют в разросшемся слое лютеиновых клеток

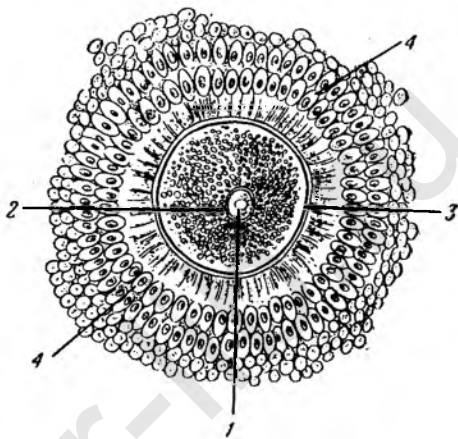


Рис. 18. Зрелая яйцеклетка.

1—ядро; 2—протоплазма; 3—прозрачная оболочка (*zona pellucida*); 4—лучистый венец.

¹ От слова «gestatio»—продолжение рода: прогестерон—гормон, подготовляющий организм к беременности, продолжению рода.

богатую сеть капилляров, которая окружает каждую клетку. Развитие сосудов способствует резорбции кровяного сгустка из полости фолликула.

Желтое тело в фазе наивысшего развития (рис. 19) достигает величины лесного ореха и выступает одним полюсом над поверхностью яичника. Если яйцеклетка, вышедшая из фолликула, оплодотворяется, то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности. Это будет желтое тело беременности (*corpus luteum graviditatis*). Если беременность не наступает, то с 28-го дня цикла (при трехнедельном цикле с 21-го дня) начинается обратное развитие желтого тела. При этом происходит гибель лютеиновых клеток, запустевание сосудов и разрастание соединительной ткани; в итоге на месте желтого тела образуется рубец, который впоследствии также исчезает.

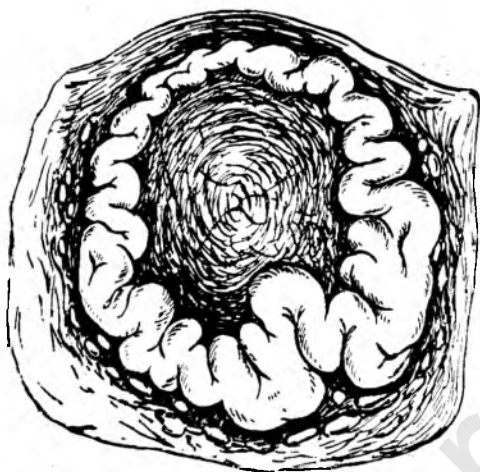


Рис. 19. Желтое тело в стадии расцвета.

Желтое тело образуется при каждом менструальном цикле; если беременность не наступает, оно носит название желтого тела менструации (*corpus luteum menstruationis*).

Гормон желтого тела оказывает на организм разнообразное действие:

1) под влиянием прогестерона в слизистой оболочке матки происходят сложные превращения, подготовляющие ее к беременности (фаза секреции);

2) прогестерон снижает возбудимость и сократительную деятельность матки, что способствует развитию беременности;

3) вместе с гормоном фолликула прогестерон способствует подготовке молочных желез к секреции молока.

С момента обратного развития желтого тела продукция прогестерона прекращается. В яичнике созревает новый фолликул, снова происходит овуляция и образование желтого тела.

Маточный цикл. Под влиянием гормонов яичника, образующихся в фолликуле и желтом теле, возникают циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения матки. Однако наиболее существенные циклические изменения наблюдаются в функциональном слое эндометрия.

Сущность этих циклических изменений сводится к правильно повторяющемуся процессу пролиферации, последующему качественному изменению, отторжению и восстановлению функционального слоя эндометрия.

Маточный цикл, так же как и яичниковый, продолжается 28 дней (реже 21 или 30—35 дней). В нем различают следующие фазы: а) десквамации, б) регенерации, в) пролиферации и г) секреции (рис. 20).

а) Фаза десквамации проявляется менструальным кровевыделением, продолжающимся обычно 3—5 дней; это есть собственно менструация. Функциональный слой слизистой оболочки распадается, отторгается и выделяется наружу вместе с содержимым маточных желез и кровью из вскрывшихся сосудов. Фаза десквамации эндометрия совпадает с началом гибели желтого тела в яичнике.

б) Регенерация (восстановление) слизистой оболочки начинается еще в период десквамации и заканчивается к 5—6-му дню от начала менструации. Восстановление функционального слоя слизистой оболочки

происходит за счет разрастания эпителия остатков желез, располагающихся в базальном слое, и пролиферации других элементов этого слоя (стромы, сосуды, нервы).

в) Фаза пролиферации эндометрия совпадает с созреванием фолликула в яичнике и продолжается до 14-го дня цикла (при 21-дневном цикле до 10—11-го дня). Под влиянием эстрогенного (фолликулярного) гормона происходит пролиферация (разрастание) стромы и рост желез слизистой

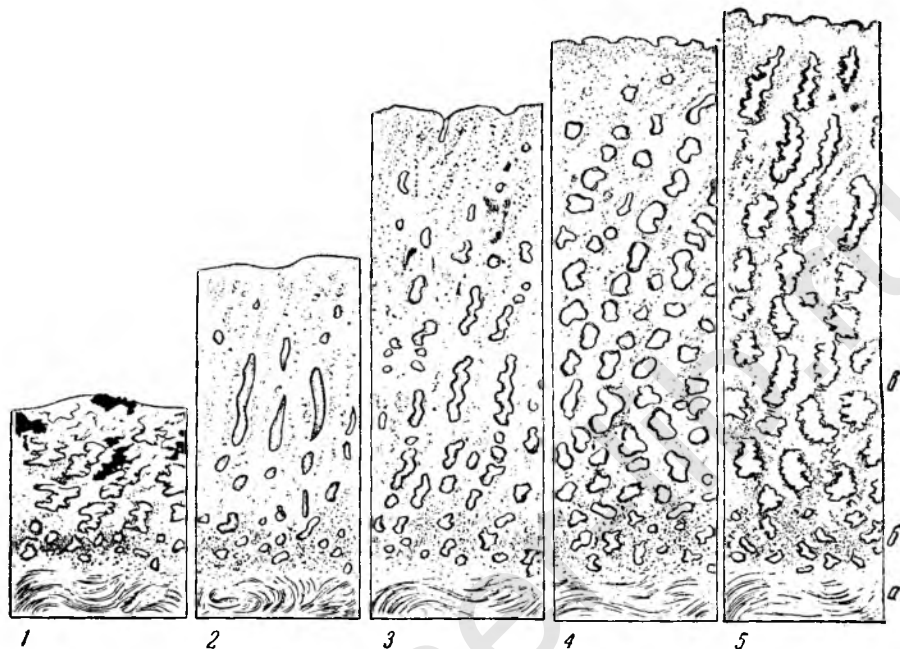


Рис. 20. Слизистая оболочка матки в разные фазы менструального цикла. 1—фаза десквамации; 2 и 3—фаза пролиферации; 4—5—фаза секреции; а—мышечный слой; б—базальный слой слизистой; в—функциональный слой слизистой матки.

оболочки. Железы вытягиваются в длину, затем штопорообразно извиляются, но секрета не содержат. Слизистая оболочка матки утолщается в этот период в 4—5 раз.

г) Фаза секреции совпадает с развитием и расцветом желтого тела в яичнике и продолжается с 14—15-го дня до 28-го, т. е. до конца цикла.

Под влиянием гормона желтого тела в слизистой оболочке матки происходят важные качественные преобразования. Железы начинают вырабатывать секрет, полость их расширяется; в стенках образуются бухтообразные выпячивания. Клетки стромы увеличиваются, слегка округляются, напоминают децидуальные клетки, образующиеся при беременности. В слизистой оболочке откладывается гликоген, фосфор, кальций и другие вещества.

В результате указанных изменений в слизистой оболочке создаются условия, благоприятные для развития зародыша, если произойдет оплодотворение.

Если беременность не наступает, желтое тело погибает, функциональный слой эндометрия, достигший фазы секреции, отторгается, возникает менструация.

После этого наступает новая волна циклических изменений во всем организме, яичнике и в матке (рис. 21). Вновь повторяется созревание

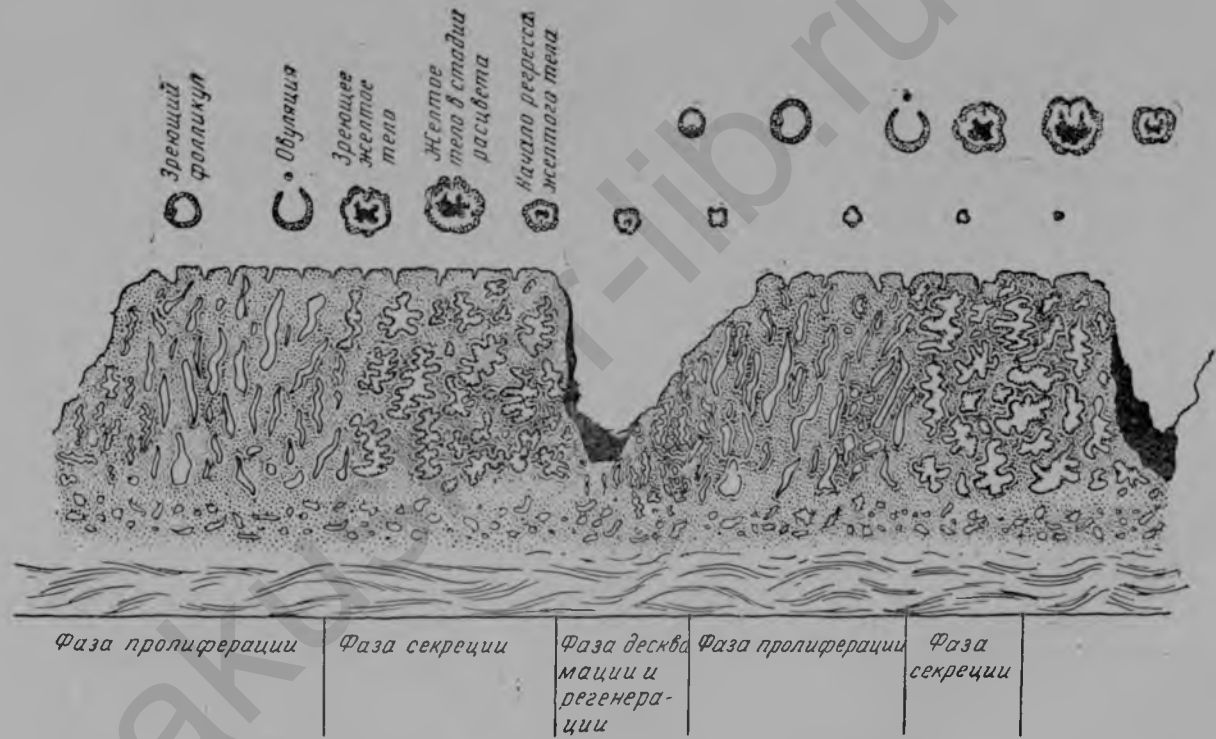


Рис. 21. Схема циклических изменений в яичниках и эндометрии.

фолликула, овуляция и развитие желтого тела в яичнике и соответствующие превращения в слизистой оболочке матки. Наблюдаются циклические изменения в шейке матки, влагалище и других отделах полового аппарата, но они выражены менее отчетливо по сравнению с изменениями в яичниках и эндометрии.

Указанные циклические изменения повторяются через правильные промежутки времени в течение половой зрелости женщины. Прекращение циклических процессов происходит в связи с такими физиологическими процессами, как беременность и кормление грудью. Нарушение менструальных циклов наблюдается и при патологических условиях (тяжелые заболевания, психические воздействия, неполноценное питание и др.).

ГИГИЕНА МЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Продолжительность нормальной менструации—3—5 дней, не более 7 дней. Во время каждой менструации теряется 50—150 мл крови.

Менструальная кровь содержит значительную примесь секрета маточных желез и распадающиеся частицы функционального слоя эндометрия. Менструальная кровь обычно не свертывается, что объясняется наличием в ней ферментов, имеет более темный цвет, чем кровь, циркулирующая в сосудах.

Менструация—явление нормальное, но изменения, наблюдаемые в этом периоде в организме, требуют тщательного соблюдения правил гигиены.

Во время менструации женщина может выполнять обычную работу, но должна избегать переутомления, значительного физического напряжения, охлаждения и перегревания тела.

Перед менструацией и во время нее не нужно употреблять острую, пряную пищу и спиртные напитки, чтобы не вызвать прилива крови к внутренним и тазовым органам. Прилив крови к половым органам при менструации может усилить кровопотерю.

Во время менструации в связи с отторжением функционального слоя в матке образуется «раневая поверхность». Занесение патогенных микроорганизмов и инфицирование этой раны могут привести к воспалению матки, труб, яичников и брюшины таза. Поэтому следует особенно тщательно следить за чистотой всего тела и наружных половых органов.

Менструальная кровь должна стекать свободно и впитываться специальными гигиеническими ватно-марлевыми прокладками. Наружные половые органы необходимо 2—3 раза в день обмывать теплой кипяченой водой. Во время менструации запрещаются половые сношения и спринцевания, потому что при этом возможно инфицирование раневой поверхности матки.

Во время менструации рекомендуется принимать душ, а не ванну, так как загрязненная вода из ванны может попасть во влагалище.

На производствах имеются специальные кабинеты, где существуют приспособления для выполнения гигиенических процедур, что особенно важно в период менструации.

Г Л А В А II

ЖЕНСКИЙ ТАЗ

Костный таз представляет собой прочное вместилище для внутренних половых органов женщины, прямой кишки, мочевого пузыря и окружающих их тканей. Кроме того, таз женщины образует родовой канал, по которому продвигается рождающийся плод. Строение женского таза имеет исключительно важное значение в акушерстве.

КОСТИ ТАЗА

Таз состоит из четырех костей: двух безымянных (или тазовых) костей, крестца и копчика. Безымянные кости образуют переднюю и боковые стенки костного таза, крестец и копчик—заднюю.

Безымянная кость (*os innominatum*) до 16—18 лет состоит из трех костей, соединенных хрящами: подвздошной, лонной и седалищной. После окостенения хрящей указанные кости срастаются между собой, образуя безымянную кость (рис. 22).

Три кости, образующие безымянную, соединяются в области вертлужной впадины (*acetabulum*). Подвздошная кость располагается кверху от вертлужной впадины, лонная—кпереди, седалищная—книзу.

Подвздошная кость (*os ileum*) состоит из двух частей: тела и крыла. Тело составляет короткую, утолщенную часть подвздошной кости, оно участвует в образовании вертлужной впадины. Крыло подвздошной кости представляет собой довольно широкую пластинку с вогнутой внутренней и выпуклой наружной поверхностью. Крыло подвздошной кости в центре тонкое, по краям утолщается. Наиболее утолщенный свободный верхний край крыла образует гребень подвздошной кости (*crista ilei*), на котором заметны три параллельные шероховатые линии—места прикрепления брюшных мышц. Спереди гребень начинается выступом, который называется передневерхней подвздошной остью (*spina iliaca anterior superior*), ниже располагается второй выступ—передненижняя подвздошная ость (*spina iliaca anterior inferior*). Под передненижней остью, на месте соединения с лонной костью, имеется третье возвышение—подвздошно-лонный бугорок. Между передневерхней и передненижней подвздошной остью находится малая подвздошная вырезка, между передненижней остью и подвздошно-лонным бугром—большая подвздошная вырезка.

Гребень подвздошной кости сзади заканчивается задневерхней подвздошной остью (*spina iliaca posterior superior*), ниже которой располагается второй выступ—задненижняя подвздошная ость (*spina iliaca posterior inferior*). Под задненижней остью находится большая седалищная вырезка (*incisura ischiadica major*).

На внутренней поверхности подвздошной кости, в области перехода крыла в тело, располагается гребневидный выступ, который образует дугообразную пограничную, или безымянную, линию (*linea innominata*) (рис. 23). Эта линия идет от крестца поперек всей подвздошной кости, спереди переходит на верхний край лонной кости.

На внутренней поверхности заднего отдела подвздошной кости имеется так называемая ушковидная поверхность—шероховатая площадка, соединяющаяся с крестцом.

Седалищная кость (*os ischii*) имеет тело, участвующее в образовании вертлужной впадины, и две ветви: верхнюю и нижнюю. Верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром (*tuber ischii*). На задней поверхности нижней ветви имеется выступ—седалищная ость (*spina ischii*). Нижняя ветвь направляется кпереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лонной кости.

Лонная кость, или лобковая (*os pubis*), расположена кпереди и книзу от подвздошной кости и образует переднюю стенку таза. Лонная кость состоит из тела и двух ветвей: верхней (горизонтальной) и нижней (нисходящей). Короткое тело лонной кости составляет часть вертлужной впадины, нижняя ветвь соединяется с соответствующей ветвью седалищной кости.



Рис. 22. Безымянная кость.

А—подвздошная кость; Б—лонная кость; В—седалищная кость; 1—гребень подвздошной кости; 2—передневерхняя ость; 3—передненижняя ость; 4—вертлужная впадина; 5—запирательное отверстие; 6—седалищный бугор; 7—малая седалищная вырезка; 8—седалищная ость; 9—большая седалищная вырезка; 10—задненижняя ость; 11—задневерхняя ость.

Короткое тело лонной кости составляет часть вертлужной впадины, нижняя ветвь соединяется с соответствующей ветвью седалищной кости.

На верхнем крае верхней (горизонтальной) ветви лонной кости проходит острый гребень, который спереди заканчивается лонным бугорком (*tuberculum pubicum*).

Верхние и нижние ветви обеих лонных костей спереди соединяются друг с другом посредством малоподвижного лонного сочленения—симфиза (*symphysis*). Нижние ветви лонных костей образуют под симфизом угол, который называется лонной дугой (см. рис. 23).

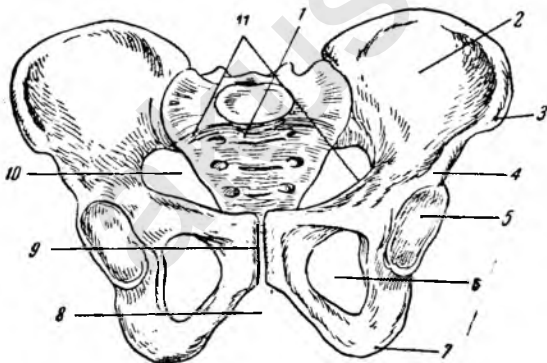


Рис. 23. Женский таз.

1—крестец; 2—крыло подвздошной кости; 3—передневерхняя ость; 4—передненижняя ость; 5—вертлужная впадина; 6—запирательное отверстие; 7—седалищный бугор; 8—лонная дуга; 9—симфиз; 10—вход в малый таз; 11—безымянная линия.

Соединяющиеся ветви лонной и седалищной костей ограничивают довольно обширное запирательное отверстие (*foramen obturatorium*).

Крестец (*os sacrum*) состоит из пяти сросшихся позвонков (см. рис. 23). Величина крестцовых позвонков уменьшается по направлению книзу, поэтому крестец имеет форму усеченного конуса. Широкая часть его—основание крестца—обращена вверх, узкая часть—верхушка крестца—вниз. Задняя поверхность крестца выпуклая, передняя вогнутая, она образует крестцовую впадину. На передней поверхности крестца (на впадине) заметны четыре поперечные шероховатые линии, соответствующие окостеневшим хрящевым соединениям крестцовых позвонков. У концов этих линий находятся передние крестцовые отверстия, через которые проходят нервные волокна из спинного мозга к половым органам.

Выпуклая, задняя поверхность крестца неровная, по ней проходят три продольных гребня. Средний крестцовый гребень состоит из сросшихся остистых отростков позвонков; боковые, менее заметные гребни образованы из сросшихся суставных отростков крестцовых позвонков. По бокам от среднего крестцового гребня располагаются четыре пары задних крестцовых отверстий. Внутри крестца сверху вниз проходит крестцовый канал, являющийся продолжением спинномозгового канала. Нижнее отверстие крестцового канала открывается на задней поверхности нижнего отдела крестца.

Основание крестца (поверхность I крестцового позвонка) сочленяется с V поясничным позвонком; на середине передней поверхности основания крестца образуется выступ—крестцовый мыс (*promontorium*). Между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня удается прощупать впадину (надкрестцовую ямку), которой пользуются при измерении таза. На верхнебоковых поверхностях крестца располагаются шероховатые суставные площадки, которыми крестец соединяется с подвздошной костью. Верхушка крестца соединяется с копчиком.

Копчик (*os coccygis*) состоит из 4—5 неразвитых сросшихся позвонков, представляет собой небольшую кость, суживающуюся книзу.

СОЧЛЕНЕНИЯ ТАЗА

Кости таза соединяются посредством симфиза, крестцово-подвздошных и крестцово-копчикового сочленений. В сочленениях таза располагаются хрящевые прослойки. Все сочленения таза укреплены прочными связками.

С и м ф и з является малоподвижным сочленением, полусуставом. Обе лонные кости соединяются в симфизе промежуточным хрящом, в котором нередко бывает маленькая щелевидная полость, заполненная жидкостью; при беременности эта щель увеличивается.

По верхнему краю симфиза натянута верхняя лонная связка, на нижнем крае—дугобразная связка, на наружной и внутренней поверхности симфиза находятся передняя и задняя лонные связки.

К р е с т ц о в о - п о д в з д о ш н ы е сочленения имеют узкую щелевидную полость, они являются почти неподвижными суставами. Почти полное отсутствие движений в этих сочленениях обусловлено неровной поверхностью суставных площадок и весьма прочными связками.

Большое значение имеют две пары связок: крестцово-остистые связки (*lig. sacro-spinosum*), натянутые между нижней частью крестца и седалищными остями и крестцово-бугристые связки (*lig. sacro-tuberosum*), идущие от нижней части крестца и копчика к седалищным буграм. Эти связки замыкают обе седалищные вырезки, образуя большое и малое седалищные отверстия, через которые проходят из полости таза мускулы, сосуды и нервы.

К р е с т ц о в о - к о п ч и к о в о е сочленение является довольно подвижным. Во время родов при прохождении плода через таз копчик отгибается кзади, и расстояние от нижнего края симфиза до верхушки копчика увеличивается на 1,5—2 см.

БОЛЬШОЙ ТАЗ

Различают два отдела таза: верхний—большой таз и нижний—малый таз. Границами между большим и малым тазом являются: спереди—верхний край симфиза и лонных костей, с боков—безымянные линии, сзади—крестцовый мыс. Плоскость, лежащая между большим и малым тазом, является плоскостью входа в малый таз; эта плоскость имеет важнейшее значение в акушерстве.

Большой таз значительно шире малого, он ограничен с боков крыльями подвздошных костей, сзади—последними поясничными позвонками, спереди—нижним отделом брюшной стенки.

Объем большого таза может меняться в соответствии с сокращением или расслаблением мышц живота.

Большой таз доступен для исследования, его размеры определяются легко и довольно точно. По размерам большого таза судят о размерах малого таза, который непосредственному измерению недоступен. Между тем определение размеров малого таза имеет исключительно важное значение, так как через неподатливый костный канал малого таза проходит рождающийся плод (размеры большого таза см. стр. 52).

МАЛЫЙ ТАЗ

Плоскости и размеры малого таза. Малый таз представляет собой костную часть родового канала. Задняя стенка малого таза состоит из крестца и копчика, боковые образованы седалищными костями, передняя—лонными костями и симфизом. Задняя стенка малого таза в три раза длиннее передней. Верхний отдел малого таза представляет собой сплошное неподатливое костное кольцо. В нижнем отделе стенки малого таза не сплошные; в них имеются запирательные отверстия и седалищные вырезки, ограниченные двумя парами связок (крестцово-остистые и крестцово-бугристые).

В малом тазу существуют следующие отделы: вход, полость и выход. В полости таза различают широкую и узкую часть. В соответствии с этим рассматривают четыре плоскости малого таза: I—плоскость входа в таз, II—плоскость широкой части полости таза, III—плоскость узкой части полости таза, IV—плоскость выхода таза.

I. Плоскость входа в таз имеет следующие границы: спереди—верхний край симфиза и лонных костей, с боков—безымянные линии, сзади—крестцовый мыс. Плоскость входа имеет форму почки или поперечно расположенного овала с выемкой, соответствующей крестцовому мысу.

Во входе в таз различают три размера: прямой, поперечный и два косых (рис. 24).

1. Прямой размер—расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающегося пункта на внутренней поверхности лонного сочленения. Этот размер

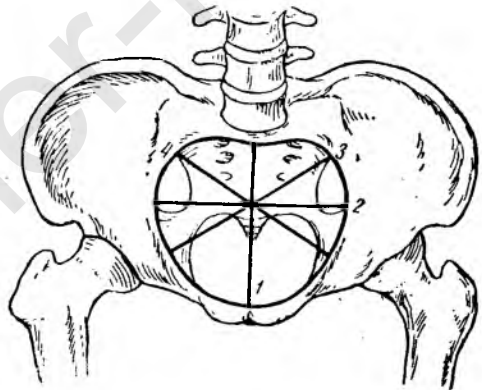


Рис. 24. Размеры входа в таз.

1—прямой размер (истинная конъюгата) — 11 см;
2—поперечный размер—13 см; 3—левый косой размер—12 см; 4—правый косой размер—12 см.

называется акушерской, или истинной, конъюгатой (*conjugata vera*). Различают еще анатомическую конъюгату—расстояние от мыса до середины верхнего края симфиза; анатомическая конъюгата немного (на 0,3—0,5 см) больше акушерской конъюгаты.

Акушерская, или истинная, конъюгата равняется 11 см.

2. Поперечный размер—расстояние между наиболее отдаленными пунктами безымянных линий. Размер этот равен 13 см.

3. Косых размеров два: правый и левый, которые равны 12 см.

Правый косой размер—расстояние от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку, левый косой размер



Рис. 25. Прием для определения косых размеров таза. Плоскость левой руки совпадает со стреловидным швом, стоящим в левом косом размере таза.

от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку. Для того чтобы легче ориентироваться в направлении косых размеров таза у роженицы, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир предлагают следующий прием (рис. 25). Кисти обеих рук складывают под прямым углом, причем ладони обращены кверху; концы пальцев приближают к выходу таза лежащей женщины. Плоскость левой руки будет совпадать с левым косым размером таза, плоскость правой с правым.

II. Плоскость широкой части полости таза имеет следующие границы: спереди—середина внутренней поверхности симфиза, по бокам—середина вертлужных впадин, сзади—место соединения II и III крестцовых позвонков. В широкой части полости таза различают два размера: прямой и поперечный.

1. Прямой размер—от середины внутренней поверхности симфиза до соединения II и III крестцовых позвонков; равен 12,5 см.

2. Поперечный размер—между верхушками вертлужных впадин; равен 12,5 см.

Косых размеров в широкой части полости таза нет, потому что в этом месте таз не образует сплошного костного кольца. Косые размеры в широкой части таза допускают условно (длина 13 см).

III. Плоскость узкой части полости таза ограничена спереди нижним краем симфиза, с боков—остями седалищных костей, сзади—крестцово-копчиковым сочленением. Здесь два размера: прямой и поперечный.

1. Прямой размер идет от крестцово-копчикового сочленения до нижнего края симфиза (вершина лонной дуги); равен 11 см.

2. Поперечный размер соединяет ости седалищных костей; равен 10,5 см.

IV. Плоскость выхода таза имеет следующие границы: спереди—нижний край симфиза, с боков—седалищные бугры, сзади—копчик. Плоскость выхода таза состоит из двух треугольных плоскостей, общим основанием которых является линия, соединяющая седалищные бугры. В выходе таза различают два размера: прямой и поперечный (рис. 26).

1. Прямой размер выхода таза идет от верхушки копчика до нижнего края симфиза; он равен 9,5 см. При прохождении плода через малый таз копчик отходит на 1,5—2 см и прямой размер увеличивается до 11,5 см.

2. Поперечный размер выхода таза соединяет внутренние поверхности седалищных бугров; равен 11 см.

Таблица 1

Плоскости таза	Размер в сантиметрах		
	прямой	поперечный	косой
Вход в таз	11	13	12
Широкая часть полости таза . .	12,5	12,5	13
Узкая часть полости таза	11	10,5	(условно)
Выход таза	9,5—11,5	11	—

Таким образом, во входе в таз наибольшим размером является поперечный. В широкой части полости прямой и поперечный размеры равны; наибольшим размером будет условно принятый косой размер. В узкой части полости и в выходе прямые размеры больше поперечных.

Проводная ось (линия) таза. Все плоскости малого таза спереди грани-

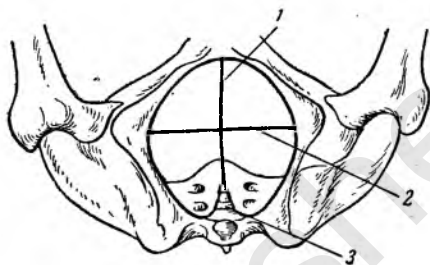


Рис. 26. Размеры выхода таза.
1—прямой размер 9,5—11,5 см; 2—поперечный размер—11 см; 3—копчик.

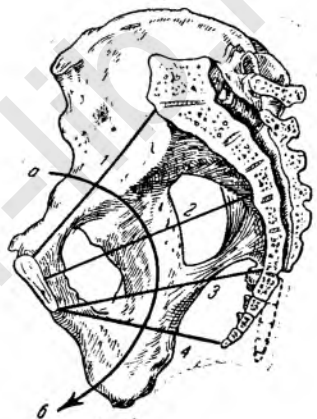


Рис. 27. Прямые размеры таза.
1—входа (истинная конъюгата); 2—широкой части полости; 3—узкой части полости; 4—выхода; а—б—проводная ось таза.

чат с тем или иным пунктом симфиза, а сзади—с разными точками крестца или копчика. Симфиз значительно короче, чем крестец с копчиком, поэтому плоскости таза сходятся по направлению кпереди и веерообразно расходятся кзади.

Если соединить середину прямых размеров всех плоскостей таза, то получится не прямая, а вогнутая кпереди (к симфизу) линия (рис. 27). Эта линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза, называется **проводной осью таза**.

Проводная ось таза вначале прямая, она изгибается в полости таза, соответственно вогнутости внутренней поверхности крестца.

По направлению проводной оси таза проходит через родовый канал рождающийся плод.

Наклонение таза. При вертикальном положении женщины верхний край симфиза находится ниже крестцового мыса; истинная конъюгата образует с плоскостью горизонта угол, который в норме равен 55—60°. **О т н о**

шение плоскости входа в таз к горизонтальной плоскости называется наклоном таза (рис. 28).

Степень наклона таза зависит от особенностей телосложения. Наклонение таза может меняться у одной и той же женщины в зависимости от физической нагрузки и положения тела. Так, к концу беременности в связи с перемещением центра тяжести тела угол наклона таза увеличивается на 3—4°. Большой угол наклона таза предрасполагает при беременности к отвисанию живота вследствие того, что подлежащая часть долго не фиксируется во входе в таз. Роды при этом протекают медленнее, чаще наблюдаются неправильные вставления головки и разрывы промежности.



Рис. 28. Наклонение таза.

Угол наклона можно несколько увеличить или уменьшить путем подкладывания валика под поясницу и крестец лежащей женщины. При подкладывании валика под крестец наклонение таза немного уменьшается, приподняtie поясницы способствует некоторому увеличению угла наклона таза.

Влияние положения женщины на размеры таза.

Во время беременности в сочленениях таза происходят изменения. Симфизарный хрящ подвергается серозному пропитыванию и разрыхлению, щелевидная полость в нем увеличивается. Суставные сумки и связки симфиза и крестцово-подвздошных сочленений становятся также более

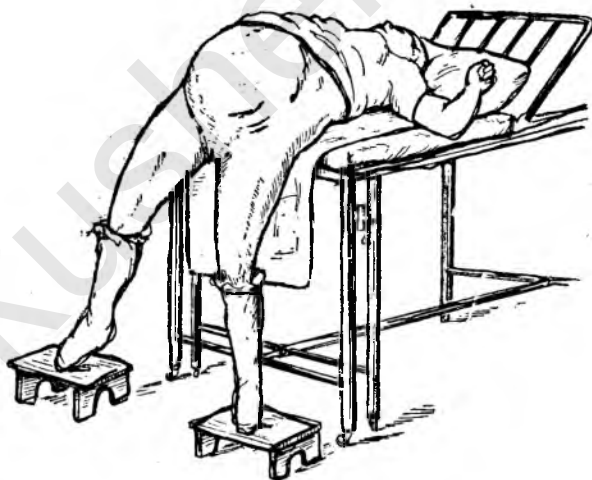


Рис. 29. Вальхеровское положение.

сочными и растяжимыми. В связи с этими изменениями в сочленениях тазового кольца возникает некоторая подвижность, способствующая нормальному течению родов.

Изменения в суставах таза при беременности создают возможность изменять до некоторой степени размеры таза путем создания определенного положения женщины.

Вальхеровское положение (рис. 29). Роженицу укладывают так, что область копчика находится на краю высокой кровати или стола. Ноги свободно свисают, не касаясь пола. При этом прямой размер входа в таз (истинная конъюгата) увеличивается на 0,3—0,5 см, а прямой размер выхода таза соответственно уменьшается. Если согнуть ноги в тазобедренных и коленных суставах и прижать их к животу, то несколько увеличивается прямой размер выхода таза.

К указанным положениям иногда прибегают при ведении родов у женщин с узким тазом.

РАЗВИТИЕ ТАЗА

Зачаток таза, как и всего скелета туловища, в раннем эмбриональном периоде имеет хрящевое строение, затем хрящевая ткань постепенно замещается костной. Окостенение крестцовых позвонков начинается в период внутриутробной жизни, срастание их происходит на 17—25-м году; окостенение копчиковых позвонков продолжается с 1-го по 20-й год жизни.

Окостенение хрящей, соединяющих лонную, подвздошную и седалищную кости в одну безымянную кость, завершается к периоду полового созревания.

Таз новорожденной девочки резко отличается от таза взрослой женщины не только по величине, но и по форме. Крестец прямой и узкий, располагается отвесно, мыс почти отсутствует, область его располагается выше плоскости входа в таз. Вход в малый таз имеет овальную форму. Крылья подвздошных костей стоят круто, таз значительно суживается к выходу.

По мере развития организма происходит изменение объема и формы таза.

Развитие таза, как и всего организма в целом, определяется условиями среды и наследственными факторами. На формирование таза в детском возрасте особое влияние оказывают воздействия, связанные с сидением, стоянием, ходьбой. Когда ребенок начинает сидеть, давление туловища передается на таз через позвоночный столб. При стоянии и ходьбе к давлению на таз сверху присоединяется давление со стороны нижних конечностей. Под влиянием давления сверху крестец несколько вдвигается в таз. Происходит постепенное увеличение таза в поперечном направлении и относительное уменьшение переднезадних размеров. Кроме того, крестец под влиянием давления сверху поворачивается вокруг своей горизонтальной оси так, что мыс опускается и начинает выступать во вход в таз. В связи с этим вход в таз постепенно приобретает форму поперечного овала с выемкой в области мыса. При повороте крестца вокруг горизонтальной оси верхушка его должна была бы отойти кзади, но она удерживается натяжением крестцово-остистых и крестцово-бугристых связок. В результате взаимодействия этих сил образуется изгиб крестца (крестцовая впадина), типичный для таза взрослой женщины.

Процесс развития таза может быть нарушен при неблагоприятных условиях внутриутробного развития, связанных с заболеваниями, неправильным питанием и другими нарушениями в организме матери. К задержке развития таза могут привести тяжелые истощающие заболевания и неблагоприятные условия жизни в детстве и в периоде полового созревания. В подобных случаях черты, свойственные детскому и юношескому тазу, могут сохраниться до периода половой зрелости женщины.

Некоторые заболевания, перенесенные в детстве или в периоде полового созревания, вызывают неправильности в развитии таза. К таким заболеваниям относятся рахит, воспаление костей и суставов, процессы, способствующие искривлению позвоночника. К нарушению формы таза ведут

вывихи бедра, переломы нижних конечностей и костей таза, ампутация нижней конечности и др.

Задержка развития таза и нарушение его формообразования могут представить затруднения или даже препятствия для течения родов.

ОТЛИЧИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА ОТ МУЖСКОГО

Таз взрослой женщины значительно отличается от мужского таза (рис. 30). Кости женского таза тоньше, нежнее, глаже, менее массивны, чем кости мужского таза.

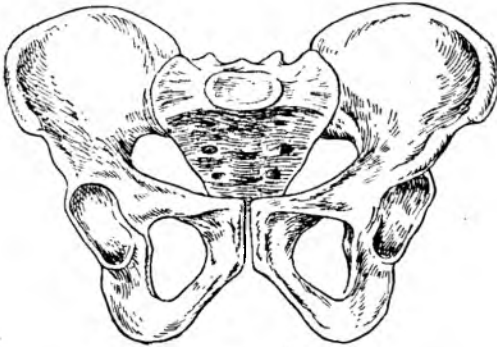
Женский таз шире и ниже, мужской уже и выше. Крестец у женщин шире и не так сильно вогнут, как в мужском тазу; крестцовый мыс у женщин выступает вперед меньше, чем у мужчин; симфиз женского таза короче и шире.

Вход в малый таз у женщин обширнее, форма входа поперечно-овальная, с выемкой в области мыса; вход в мужской таз напоминает карточное сердце, что связано с более резким выступом мыса.

Полость малого таза у женщин обширнее, по своим очертаниям приближается к цилиндру, изогнутому кпереди; полость мужского таза меньше, она воронкообразно суживается книзу.

Выход женского таза шире потому, что: а) расстояние между седалищными буграми больше, б) лонный угол шире ($90-100^\circ$), чем у мужчин ($70-75^\circ$), в) копчик выдается вперед меньше, чем в мужском тазу.

Все указанные особенности женского таза имеют важнейшее значение для родов, от них зависит возможность прохождения плода по родовым путям.



а



б

Рис. 30. Женский и мужской таз.
а—женский таз; б—мужской таз.

МЫШЦЫ ТАЗА

Различают пристеночные мышцы таза и мышцы тазового дна.

Пристеночные мышцы таза расположены так, что они почти не уменьшают размера большого и малого таза.

В полости большого таза проходят две пары пристеночных мышц: внутренняя подвздошная мышца и большая поясничная мышца. Внутренняя подвздошная мышца (*m. iliacus internus*)—широкая мышца; начинается она на подвздошном гребне, выполняет подвздошную впадину, соединяется здесь с большой поясничной мышцей.

Большая поясничная мышца (*m. psoas major*)—длинная мышца; начинается она от боковой поверхности XII грудного и четырех верхних поясничных позвонков, спускается в большой таз, соединяется с внутренней подвздошной мышцей. Из двух соединившихся мышц образуется единая подвздошно-поясничная мышца (*m. ileo-psoas*); эта мышца проникает под пупартову связку и прикрепляется к малому вертелу бедренной кости.

Вход в малый таз только отчасти прикрывается краями подвздошно-поясничных мышц. Пристеночные мышцы (грушевидные и внутренние запираательные) выстилают боковые стенки малого таза, не уменьшая размеров его полости.

Грушевидная мышца (*m. piriformis*) имеет форму вытянутого треугольника, начинается от передней поверхности крестца, идет в поперечном направлении, выходит из таза через большое седалищное отверстие и прикрепляется к большому вертелу бедренной кости.

Внутренняя запираательная мышца (*m. obturator internus*) начинается по окружности запираательного отверстия, выходит из таза через малое седалищное отверстие, прикрепляется между вертелами бедренной кости.

Тазовое дно. Выход таза закрыт снизу мощным мышечно-фасциальным пластом, который называется тазовым дном. Часть тазового дна, расположенная между задней спайкой половых губ и заднепроходным отверстием, называется акушерской, или передней, промежностью (задняя промежность—часть тазового дна, располагающаяся между заднепроходным отверстием и копчиком).

Тазовое дно состоит из трех слоев мышц, одетых фасциями (рис. 31).

I. Нижний (наружный) слой состоит из мышц, сходящихся в сухожильном центре промежности; форма расположения этих мышц напоминает восьмерку, подвешенную к костям таза.

1. Луковично-пещеристая мышца (*m. bulbo-cavernosus*) обхватывает вход во влагалище, прикрепляется к сухожильному центру и клитору; при сокращении эта мышца сжимает влагалищный вход.

2. Седалищно-пещеристая мышца (*m. ischio-cavernosus*) начинается от нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

3. Наружный жом заднего прохода (*m. sphincter ani externus*)—мышца, окружающая конец прямой кишки. Глубокие пучки мышц наружного жома заднего прохода начинаются от верхушки копчика, обхватывают заднепроходное отверстие и оканчиваются в сухожильном центре влагалища.

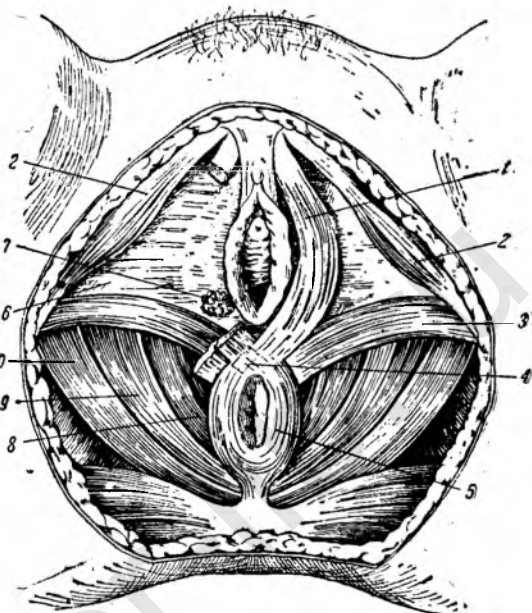


Рис. 31. Мышцы тазового дна.

1—луковично-пещеристая мышца; 2—седалищно-пещеристая мышца; 3—поверхностная поперечная мышца промежности; 4—сухожильный центр промежности; 5—сфинктер прямой кишки; 6—мочеполовая диафрагма; 7—бартолинова железа; 8—10—диафрагма таза (*m. levator ani*).

4. Поверхностная поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*) начинается от сухожильного центра, идет вправо и влево, прикрепляется к седалищным буграм.

II. Средний слой мышц таза — мочеполовая диафрагма (*diaphragma urogenitale*) занимает переднюю половину выхода таза. Мочеполовая диафрагма представляет собой треугольную мышечно-фасциальную пластинку, расположенную под симфизом, в лонной дуге. Через эту пластинку проходят мочеиспускательный канал и влагалище. В переднем отделе мочеполовой диафрагмы мышечные пучки окружают мочеиспускательный канал и образуют его наружный сфинктер; в заднем отделе заложены мышеч-

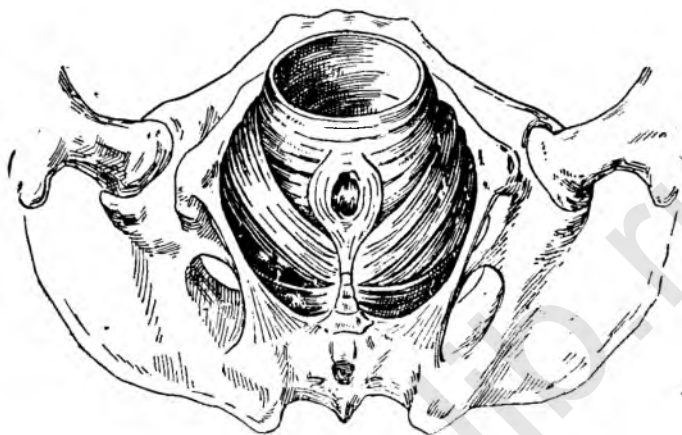


Рис. 32. Расположение мышц тазового дна в периоде изгнания.

ные пучки, идущие в поперечном направлении к седалищным буграм. Эта часть мочеполовой диафрагмы называется глубокой поперечной мышцей промежности (*m. transversus perinei profundus*).

III. Верхний (внутренний) слой мышц промежности называется диафрагмой таза (*diaphragma pelvis*).

Диафрагма таза состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

Обе широкие мышцы, поднимающие задний проход, образуют купол, верхушка которого обращена вниз и прикрепляется к нижнему отделу прямой кишки (немного выше заднепроходного отверстия). Широкое основание купола обращено вверх и прикрепляется к внутренней поверхности стенок таза. В переднем отделе диафрагмы таза, между пучками мышц, поднимающих задний проход, имеется продольно расположенная щель, через которую выходят из таза мочеиспускательный канал и влагалище (*hiatus genitilis*).

Мышцы, поднимающие задний проход, состоят из отдельных мышечных пучков, начинающихся от разных отделов стенок таза; этот слой мышц таза является самым мощным.

Все мышцы тазового дна покрыты фасциями.

Мышцы тазового дна, подкреплённые фасциями, выполняют следующие важнейшие функции.

1. Тазовое дно является опорой для внутренних половых органов, способствует сохранению их нормального положения. Особое значение имеют мышцы, поднимающие задний проход. При сокращении этих мышц происходит замыкание половой щели, сужение просвета прямой кишки и влагалища.

Повреждение мышц тазового дна ведет к опущению и выпадению половых органов, а также мочевого пузыря и прямой кишки.

2. Тазовое дно представляет собой опору не только для половых органов, но и для внутренностей. Мышцы тазового дна участвуют в регуляции внутрибрюшного давления совместно с грудобрюшной преградой и мускулатурой брюшной стенки.

3. Во время родов при изгнании плода все три слоя мышц тазового дна растягиваются и образуют широкую трубку, являющуюся продолжением костного родового канала (рис. 32). После рождения плода мышцы тазового дна вновь сокращаются и принимают прежнее положение.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗА

Исследование таза имеет огромное значение в акушерстве потому, что строение таза и его размеры оказывают решающее влияние на течение и исход родов. Нормальный таз является одним из главных условий правильного течения родов. Отклонения в строении таза, особенно уменьшение его размеров, затрудняют течение родов или представляют непреодолимые препятствия для них.

Исследование таза производится путем осмотра, ощупывания и измерения его размеров.

При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особое значение придают пояснично-крестцовому ромбу (ромб Михаэлиса).

Ромб Михаэлиса (рис. 33) представляет собой площадку на задней поверхности крестца: верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня, боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей, нижний—верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничен выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи—выступами ягодичных мышц.

При нормальном тазе, у хорошо сложенных женщин, ромб приближается к квадрату и хорошо виден при осмотре.

При неправильном телосложении и форме таза ромб выражен недостаточно отчетливо и форма его изменяется.

При исследовании большого таза производится ощупывание остей и гребней подвздошных костей, симфиза и вертлюгов бедренных костей. При внутреннем исследовании тщательно прощупывают внутреннюю поверхность крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза, пытаются дойти до мыса, если он доступен. При прощупывании таза выясняют приблизительно вместимость и форму таза.

Измерение таза. Из всех методов исследования таза наиболее важное значение имеет измерение таза. Зная размеры таза, можно судить о течении родов, о возможных осложнениях при них, о допустимости самопроизвольных родов при данном тазе.

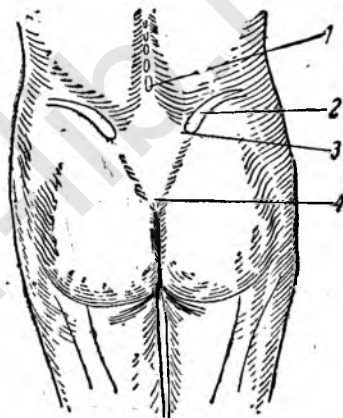


Рис. 33. Пояснично-крестцовый ромб Михаэлиса.

1—остистый отросток V поясничного позвонка; 2—гребень подвздошной кости; 3—задневерхняя ость; 4—верхушка крестца.

Большинство внутренних размеров таза недоступны для измерения. Поэтому обычно измеряют наружные размеры таза и по ним приблизительно судят о величине и форме малого таза.

Измерение таза производится специальным инструментом—тазомером (рис. 34). Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговицы; их прикладывают к местам, расстояние между которыми подлежит измерению. Для измерения поперечного размера выхода таза сконструирован тазомер с перекрещивающимися ветвями.

При измерении таза становятся справа от женщины, которая лежит на спине с обнаженным животом, лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами прощупывают пункты, расстояние между которыми измеряют, прижимают к ним пуговицы раздвинутых ветвей тазомера и отмечают по шкале величину искомого размера (рис. 35).



Рис. 34. Тазомер.

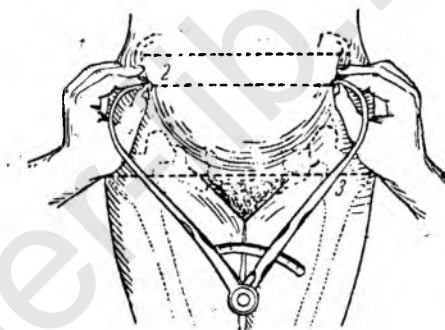


Рис. 35. Измерение поперечных размеров таза.

1—*distantia cristarum*; 2—*distantia spinarum*;
3—*distantia trochanterica*.

Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой. К поперечным относятся следующие размеры.

1. *Distantia spinarum*—расстояние между передневерхними остями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Размер этот обычно равняется 25—26 см.

2. *Distantia cristarum*—расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. После измерения *distantia spinarum* пуговицы с остей передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшего расстояния; это расстояние будет *distantia cristarum*, оно в среднем равняется 28—29 см.

3. *Distantia trochanterica*—расстояние между большими вертелами бедренных костей. Женщина продолжает лежать на спине, ноги вытянуты и сдвинуты друг к другу. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. Этот размер равен 30—31 см.

У тучных женщин прощупыванию вертелов мешает подкожножировой слой. В подобных случаях предлагают женщине поворачивать ступни внутрь и наружу; этот прием облегчает нахождение вертелов.

По величине поперечных размеров можно с известной осторожностью судить о размерах малого таза. Имеет значение также соотношение между поперечными размерами. Например, в норме разница между *distantia spinae* и *distantia cristarum* 3 см; если разница меньше, то это указывает на ненормальность в строении таза.

4. *Conjugata externa*—наружная конъюгата—прямой размер таза.

Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на верхненаружном крае симфиза, конец другой ветви прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (надкрестцовая ямка совпадает с верхним углом ромба Михаэлиса). Наружная конъюгата в норме равна 20 см (рис. 36).

Верхненаружный край симфиза определяется легко; для уточнения расположения надкрестцовой ямки скользят пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков по направлению к крестцу; ямка легко определяется осязанием под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка.

У тучных женщин прощупать надкрестцовую ямку трудно или даже невозможно. В подобных случаях соединяют боковые углы ромба Михаэлиса (соответствуют задневерхним остям) и отступают от центра этой поперечной линии вверх на 2 поперечных пальца (3—4 см). Это место соответствует надкрестцовой ямке. Сюда устанавливают пуговку тазомера.

Наружная конъюгата имеет важное значение, по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты.

Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Например, при наружной конъюгате, равной 20 см, истинная конъюгата равна 11 см, при наружной конъюгате 18 см истинная равна 9 см и т. д.

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размерами наружной и истинной конъюгатой не всегда точно соответствует 9 см.

Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (*conjugata diagonalis*) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца.

Диагональная конъюгата определяется при влагалищном исследовании женщины (рис. 37), которое производится с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Указательный и средний пальцы вводят во влагалище, безмянный и мизинец сгибают, тыл их упирается в промежность. Введенные во влагалище пальцы продвигают к мысу; если мыс достигим, то кончик среднего пальца фиксируют на его верхушке, а ребро ладони упирают в нижний край симфиза. После этого указательным пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем

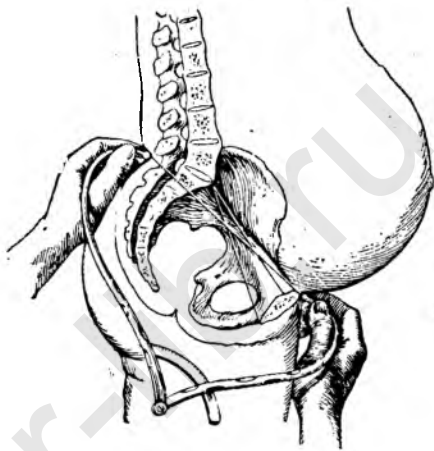


Рис. 36. Измерение наружной конъюгаты (схема).

симфиза. Не отнимая указательного пальца от отмеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают из него и измеряют при помощи другого лица расстояние от верхушки среднего пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза. Измерение производят тазомером или сантиметровой лентой.

Размер диагональной конъюгаты при нормальном тазе равняется в среднем 12,5—13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5—2 см.

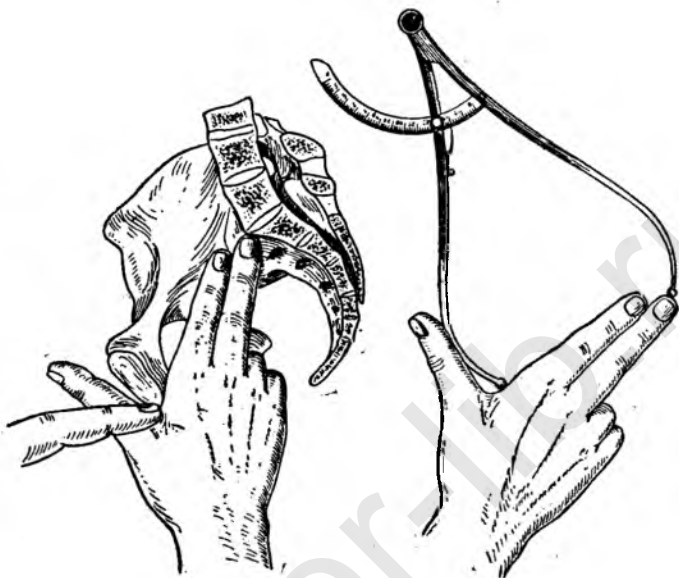


Рис. 37. Измерение диагональной конъюгаты.

Диагональную конъюгату измерить удастся не всегда потому, что при нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом. Если концом вытянутого пальца мыс не достигается, то объем данного таза можно считать нормальным или близким к норме.

Поперечные размеры таза и наружная конъюгата измеряются у всех без исключения беременных и рожениц.

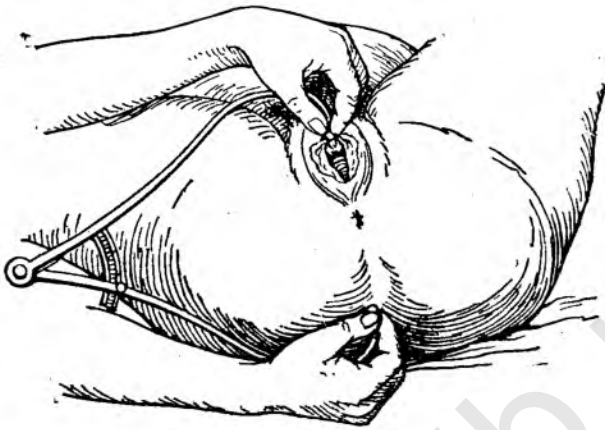
Если при исследовании женщины возникает подозрение о сужении выхода таза, то производят определение размеров данной плоскости.

Определение размеров выхода таза производят следующим образом (рис. 38). Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, отведены в стороны и подтянуты к животу. Прямой размер выхода измеряют обычным тазомером. Одну пуговку тазомера прижимают к нижнему краю симфиза, другую—к верхушке копчика.

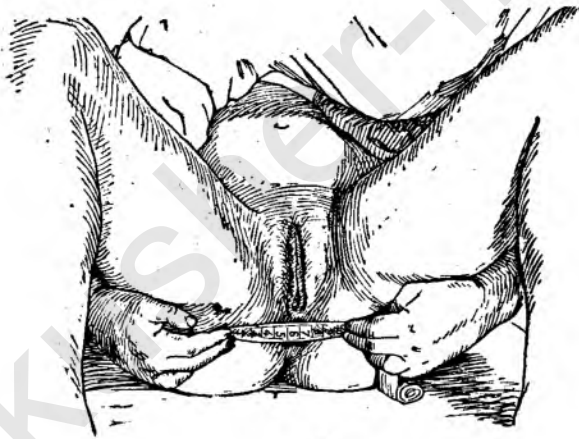
Поперечный размер выхода измеряют сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями. Прощупывают внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними. К полученной величине нужно прибавить 1—1,5 см, учитывая толщину мягких тканей, находящихся между пуговками тазомера и седалищными буграми.

Известное клиническое значение имеет определение формы лонного угла. При нормальных размерах таза лонный угол равен 90—100°; уменьшение или увеличение лонного угла указывает на ненормальность таза.

Форма лонного угла определяется следующим приемом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу. Ладонной стороной большие



a



b

Рис. 38. Измерение выхода таза.

a—измерение прямого размера выхода таза; *b*—измерение поперечного размера выхода таза.

пальцы прикладывают вплотную к нижним ветвям лонных и седалищных костей; соприкасающиеся концы пальцев прижимают к нижнему краю симфиза. Расположение пальцев позволяет судить о величине угла лонной дуги (рис. 39).

Косые размеры таза приходится измерять при кососуженных тазах.

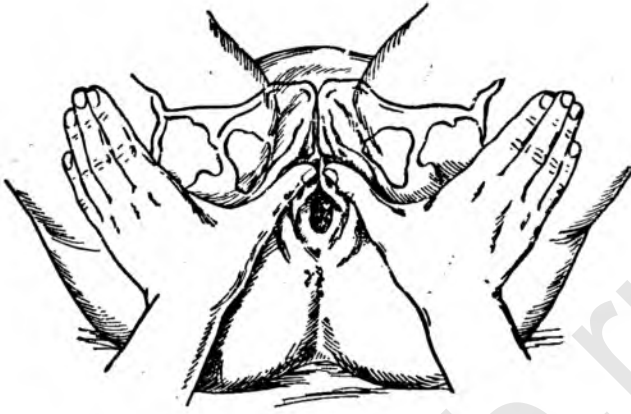


Рис. 39. Определение формы и величины лонной дуги.

Для выявления асимметрии таза измеряются следующие косые размеры.

1. Расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот.
2. Расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхней ости.
3. Расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхней ости.

Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой стороны. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Г Л А В А III

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ, РАЗВИТИЕ ЗАРОДЫШЕВЫХ ОБОЛОЧЕК И ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской (сперматозоид) и женской половых клеток, в результате которого образуется одна клетка, являющаяся началом нового организма.

Процесс созревания яйцевой клетки (стр. 33) и сперматозоида сложен, он завершается редукционным делением, в результате которого количество хромосом в ядрах обеих клеток уменьшается вдвое. Ядро новой клетки, образовавшейся в результате оплодотворения, содержит полное число хромосом.

С п е р м а т о з о и д ы образуются в извитых канальцах мужских половых желез. Сперматозоид состоит из головки, шейки и тонкого длинного хвостика (рис. 40). Головка представляет собой ядро клетки, окруженное тонким слоем протоплазмы, хвостик и шейка состоят из протоплазмы.

Сперматозоиды обладают самостоятельной подвижностью, которая зависит от колебательных движений хвостика. Способность двигаться сперматозоиды приобретают после попадания в секрет семенных пузырьков и предстательной железы. Эта смесь сперматозоидов с секретом семенных пузырьков и предстательных желез называется семенной жидкостью, или спермой.

При половом сношении во влагалище извергается 5—8 мл спермы, в которой содержится 200—500 млн. сперматозоидов. Сперма попадает главным образом в задний свод влагалища, куда обращена влагалищная часть шейки матки. Наружное отверстие канала шейки матки соприкасается со

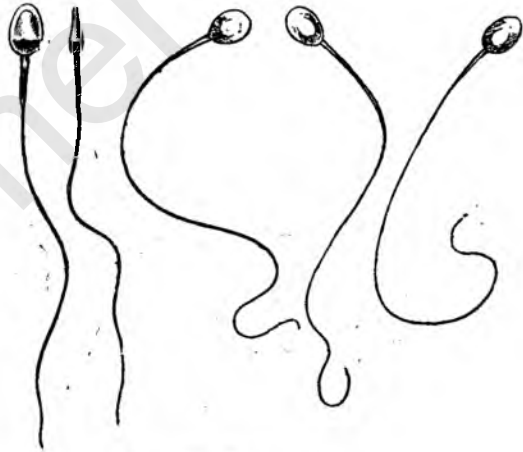


Рис. 40. Сперматозоиды.

спермой, скопившейся в заднем своде, что благоприятствует проникновению сперматозоидов в матку.

Во время полового возбуждения мускулатура матки сокращается, наружный зев шейки приоткрывается, слизистая пробка выступает из шейки и обволакивается спермой, попавшей в задний свод. После полового сношения слизистая пробка со сперматозоидами втягивается в шейку матки обратно. Однако главным условием проникновения сперматозоидов в матку является их способность к самостоятельному передвижению. Они устремляются из влагалища, имеющего кислую среду, в шейку матки. Щелочная среда в шейке и теле матки является наиболее благоприятной для жизнедеятельности сперматозоидов. В щелочной среде матки и маточных труб сперматозоиды сохраняют способность к движению и оплодотворению в течение нескольких дней.

Сперматозоиды совершают движения со скоростью 3—3,5 мм в минуту; через 1—1½ часа сперматозоиды достигают полости матки, через 2—3 часа попадают в маточные трубы, где они встречаются с яйцеклеткой.

Оплодотворение обычно происходит в ампулярной части маточной трубы.

Яйцеклетки самостоятельной подвижностью не обладают. Зрелая яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, попадает из лопнувшего фолликула в брюшную полость, а затем в трубу. Попаданию яйцеклетки в трубу способствуют присасывающие перистальтические движения трубы и ее бахромок, мерцание ресничек эпителия трубы, создающее ток жидкости от воронки к маточному концу трубы.

Яйцеклетки самостоятельной подвижностью не обладают. Зрелая яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, попадает из лопнувшего фолликула в брюшную полость, а затем в трубу. Попаданию яйцеклетки в трубу способствуют присасывающие перистальтические движения трубы и ее бахромок, мерцание ресничек эпителия трубы, создающее ток жидкости от воронки к маточному концу трубы.

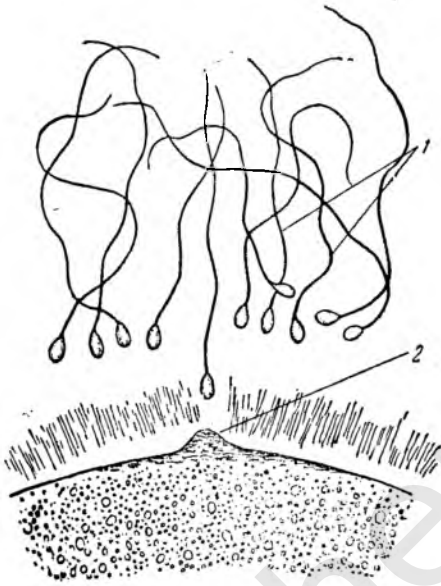


Рис. 41. Проникновение сперматозоидов в яйцеклетку.

1—сперматозоиды; 2—воспринимающий бугорок, образующийся навстречу сперматозоидам.

По мнению К. К. Скробанского, попаданию яйцеклетки в трубу способствует рефлекторное сокращение брюшного пресса, происходящее во время овуляции.

К яйцеклетке, попавшей в ампулярный конец трубы, устремляются многие миллионы сперматозоидов. Однако только несколько сперматозоидов проникают через прозрачную оболочку (*zona pellucida*¹) и попадают в протоплазму яйцеклетки (рис. 41).

Все остальные сперматозоиды погибают, распадаются и всасываются слизистой оболочкой труб.

Из нескольких сперматозоидов, проникших в протоплазму яйцеклетки, только один участвует в оплодотворении; ядро этого сперматозоида продвигается навстречу ядру яйцеклетки и сливается с ним. Это и есть оплодотворение.

С момента оплодотворения начинается беременность.

¹ Проникновению сперматозоидов в яйцеклетку способствует выделяемый ими фермент—гиалуронидаза, растворяющий прозрачную оболочку (*zona pellucida*) яйца.

ДРОБЛЕНИЕ И ПЕРЕДВИЖЕНИЕ ОПЛОДОТВОРЕННОГО ЯЙЦА В МАТКУ

Оплодотворенное яйцо отличается усиленным обменом веществ. Сразу после слияния ядер начинается процесс его дробления (рис. 42). В результате кариокинетического деления яйцо сначала делится на две дочерних клетки—бластомеры, которые также подвергаются делению. В результате быстро протекающего деления бластомеров образуется скопление клеток, напоминающее по внешнему виду тутовую ягоду (morula).

Дробящееся яйцо одновременно передвигается по трубе и попадает в полость матки на 8—10-й день от момента оплодотворения. Передвижение яйца осуществляется главным образом за счет ритмичных перистальтических движений мускулатуры трубы. Вспомогательное значение имеет мерцание ресничек эпителия трубы, направленное в сторону матки.

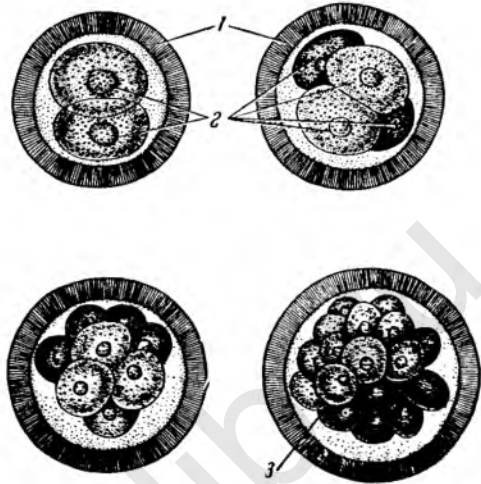


Рис. 42. Схема дробления оплодотворенной яйцеклетки с образованием морулы.
1—прозрачная оболочка; 2—бластомеры; 3—стадия морулы.

ПРИВИВКА ЯЙЦА В МАТКЕ—ИМПЛАНТАЦИЯ

Наряду с дроблением в клетках оплодотворенного яйца происходят и качественные изменения. Еще в трубе дробящееся яйцо освобождается от

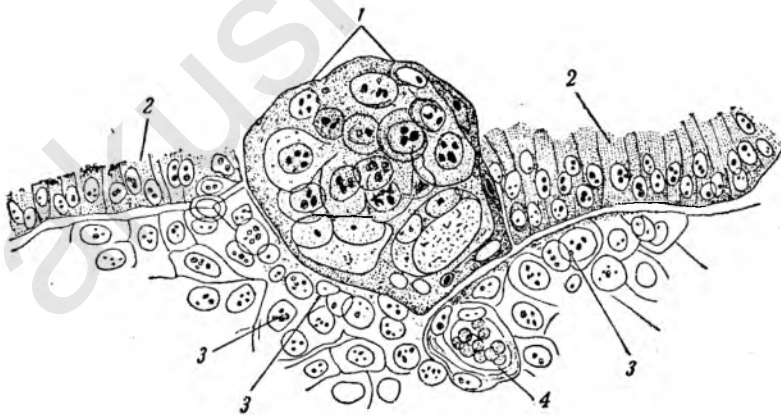


Рис. 43. Начало имплантации яйца в слизистую оболочку матки.
1—дробящееся яйцо; 2—покровный эпителий слизистой оболочки матки; 3—децидуальные клетки; 4—кровеносный сосуд.

прозрачной оболочки (zona pellucida). К моменту проникновения в матку наружный слой клеток морулы превращается в трофобласт, внутренние клетки—в эмбриобласт. Из эмбриобласта образуется зародыш. Трофобласт

представляет собой оболочку, которая осуществляет прививку яйца и питание зародыша, образуящегося из эмбриобласта.

Клетки трофобласта выделяют ферментоподобные вещества, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки. Яйцо оседает на поверхности слизистой оболочки матки (обычно на передней или задней стенке на уровне труб), трофобласт расплавляет покровный эпителий, железы, клетки стромы и сосуды слизистой оболочки матки и постепенно погружается в глубину функционального слоя слизистой (рис. 43). Когда яйцо полностью внедряется в слизистую, отверстие над ним зарастает, и с этого момента процесс имплантации заканчивается (рис. 44).

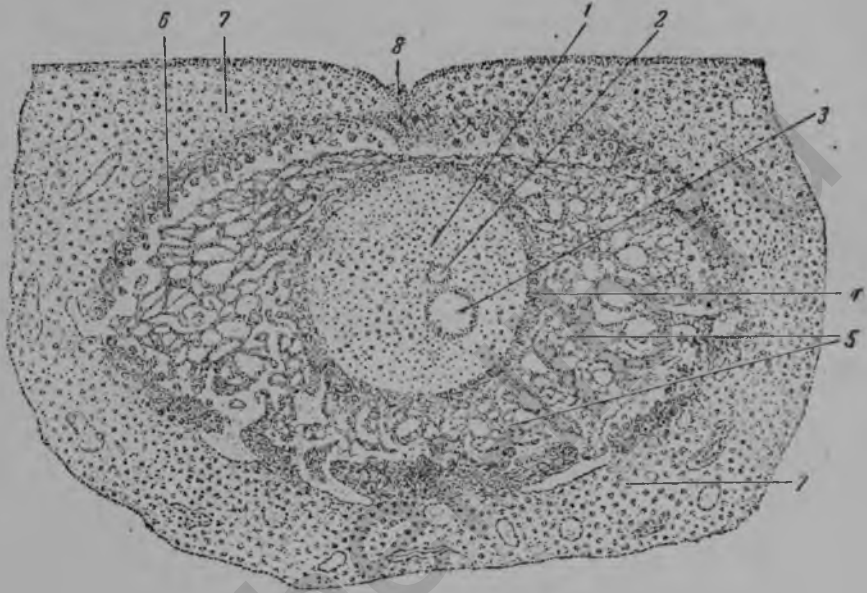


Рис. 44. Имплантация яйца закончена.

1—мезобласт; 2—эктобластический пузырек; 3—энтобластический пузырек; 4—трофобласт (цитотрофобласт); 5—синцитий; 6—распадающиеся клетки слизистой оболочки матки; 7—слизистая (дсцидуальная) оболочка; 8—заросшее место внедрения яйца.

Слизистая оболочка к моменту имплантации яйца находится в стадии секреции, она содержит все вещества, необходимые для питания зародыша.

Когда слизистая расплавляется трофобластом, вокруг яйца образуется тканевой распад, являющийся питательной средой для зародыша (эмбриотроф).

РАЗВИТИЕ ЗАРОДЫШЕВЫХ ОБОЛОЧЕК

После имплантации яйцо быстро растет и развивается. На трофобласте образуются выросты (ворсинки), которые вначале не имеют сосудов и называются первичными ворсинками (рис. 45). Наружная оболочка яйца теперь называется ворсистой оболочкой—хорионом. Между ворсинками и слизистой оболочкой матки находится тканевой распад и циркулирует материнская кровь, излившаяся из разрушенных сосудов слизистой. Пространство между ворсинками и окружающей слизистой оболочкой называется первичным межворсинчатом пространством; первичное межворсинчатое пространство располагается вокруг всего яйца; в более поздние стадии развития межворсинчатое пространство

остаётся только в области плаценты и называется вторичным межворсинчатым пространством.

Одновременно с трофобластом развиваются и внутренние клетки яйца—эмбриобласт; развитие эмбриобласта начинается ещё в трубе, но происходит особенно усиленно после имплантации в матку.

В середине эмбриобласта между клетками местами образуются полости, заполненные жидкостью. Эти полости впоследствии сливаются в одну полость (экзоцелом), и яйцо переходит из стадии морулы в стадию бластоциста. Клетки, окружающие полость бластоциста, составляют мезобласт.

В одном сегменте бластоциста образуется скопление клеток, в котором выделяются два узелка: эктобластический (эктобласт) и энтобластический (энтобласт). В центре этих узелков вскоре образуются полости, вследствие чего эктобластический узелок превращается в эктобластический пузырек, а энтобластический узелок—в энтобластический пузырек (см. рис. 45).

Эктобластический пузырек связан при помощи ножки с трофобластом, из него образуется амниотическая полость. Стенка этой полости превращается в амнион—в одну оболочку.

Энтобластический пузырек расположен ближе к центру. Он превращается в желточную полость.

Клетки эктобласта и энтобласта, расположенные между амниотическим и желточным пузырьками, образуют зачаток зародыша—зародышевый щиток.

По мере увеличения полости экзоцелома клетки мезенхимы оттесняются с одной стороны к хориону (трофобласту), с другой—к амниотическому и желточному пузырькам и к зародышу, расположенному между ними. Стенки пузырьков и хорион становятся двуслойными; зародышевый зачаток состоит из трех зародышевых листков: эктодермы, мезодермы и энтодермы. Из этих трех листков образуются все ткани и органы плода.

Амниотический пузырек быстро увеличивается вследствие накопления в нем прозрачной жидкости, стенка его (амнион) приближается к ворсистой оболочке и, наконец, примыкает к ней. Полость бластоциста (экзоцелом) при этом исчезает. Зародыш, располагавшийся между амнионом и желточным пузырьком, начинает вворачиваться в полость амниона и постепенно полностью погружается в него (рис. 46).

По мере увеличения амниотической полости желточный пузырек уменьшается и подвергается атрофии (рис. 46 и 47).

Одновременно с развитием оболочек из заднего конца первичной кишки зародыша образуется вырост—аллантоис (колбасовидная оболочка).



Рис. 45. Ранние стадии развития трофобласта и эмбриобласта.

1—первичные ворсинки; 2—первичные межворсинчатые пространства; 3—эктобластический пузырек; 4—брюшная ножка; 5—энтобластический пузырек; 6—децидуальные клетки; 7—место образования зародышевого зачатка; 8—мезобласт.

Аллантоис проходит к ворсистой оболочке по той ножке, которая соединяла амниотический пузырек с трофобластом (см. рис. 46 и 47). По аллантаису

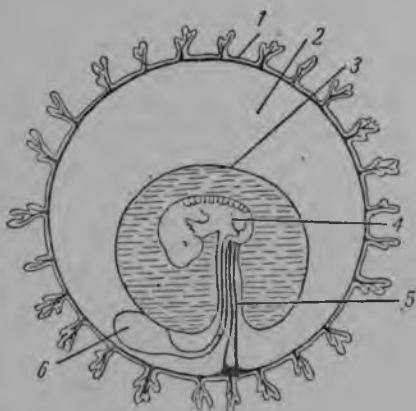


Рис. 46. Схема образования оболочек. 1—ворсистая оболочка; 2—экзоцелом; 3—водная оболочка; 4—зародыш; 5—аллантаис с брюшной ножкой; 6—желточный пузырек.

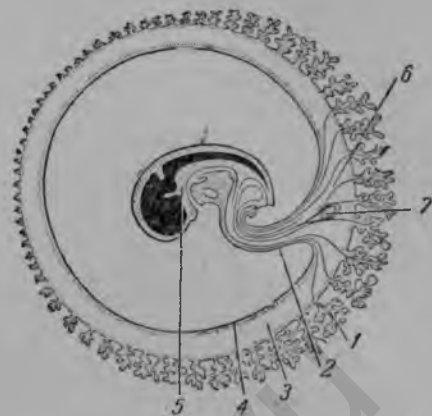


Рис. 47. Схема образования оболочек (более поздняя стадия).

1—ворсистая оболочка; 2—зачаток пуповины; 3—экзоцелом; 4—водная оболочка; 5—зародыш; 6—аллантаис; 7—остаток желточного пузыря.

идут сосуды из тела зародыша к ворсистой оболочке; эти сосуды врастают в каждую ворсинку хориона (см. рис. 47). С этого момента развивается аллантаидное кровообращение зародыша.



Рис. 48. Слизистая (децидуальная) оболочка на III месяце беременности. 1—мышечная оболочка; 2—базальный слой слизистой; 3—спонгиозный слой; 4—компактный слой.

После завершения начальных стадий развития плод окружен амниотической жидкостью и тремя оболочками: децидуальной, хорионом и амнионом. Децидуальная оболочка материнская, образуется из слизистой оболочки матки, ворсистая и водная оболочки—плодовые.

Децидуальной оболочкой называется видоизмененный в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки; децидуальная оболочка называется также отпадающей оболочкой потому, что она во время родов отторгается и изгоняется из полости матки вместе с другими оболочками и плацентой.

К моменту имплантации слизистая оболочка находится в секреторной фазе: железы заполнены секретом, клетки стромы окружены секретом и содержат гликоген, функциональный слой разделяется на спонгиозный и компактный (рис. 48). Спонгиозный слой состоит главным образом из желез, компактный—из округлившихся клеток стромы—децидуальных клеток (рис. 49), между которыми проходят выводные протоки желез.

После имплантации яйца слизистая утолщается, становится сочной, железы еще больше наполняются секретом, клетки стромы увеличиваются, количество гликогена в них нарастает. Эти изменившиеся клетки стромы называются децидуальными клетками беременности.

Яйцо, внедренное в компактный слой, со всех сторон окружено элементами децидуальной оболочки. В соответствии с положением яйца децидуальная оболочка делится на три части (рис. 50):

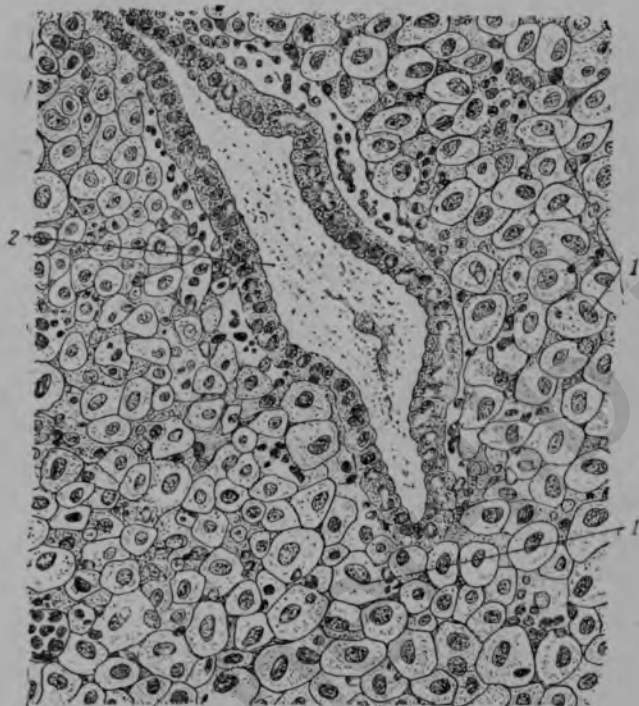


Рис. 49. Компактный слой слизистой (децидуальной) оболочки.

1—децидуальные клетки; 2—железа.

1) *decidua capsularis*—часть, покрывающая яйцо со стороны полости матки;

2) *decidua basalis*—часть, расположенная между яйцом и стенкой матки;

3) *decidua parietalis*—вся слизистая (децидуальная) оболочка, выстилающая полость матки.

По мере роста плодного яйца *decidua capsularis* и *decidua parietalis* растягиваются, истончаются и приближаются друг к другу. На IV месяце плодное яйцо занимает уже всю полость матки. Оба эти отдела децидуальной оболочки сливаются вместе и истончаются еще больше. *Decidua basalis*, наоборот, утолщается, в ней развиваются многочисленные сосуды. Эта часть отпадающей оболочки превращается в материнскую часть плаценты.

Ворсистая оболочка (хорион) развивается из трофобласта и мезобласта. Ворсины вначале бессосудистые, но уже в конце первого месяца в них вырастают сосуды из аллантоиса.

Первоначально ворсины покрывают равномерно всю поверхность плодного яйца. На II месяце беременности начинается атрофия ворсин на той части хориона, которая прилегает к *decidua capsularis*; на III месяце беремен-

ности на этой части хориона ворсины исчезают, и он становится гладким (*chorion laeve*). На противоположной стороне хориона, прилегающей к *decidua basalis*, ворсины разрастаются, становятся ветвистыми (*chorion frondosum*) (рис. 51). Эта часть хориона превращается в плодовую часть плаценты.

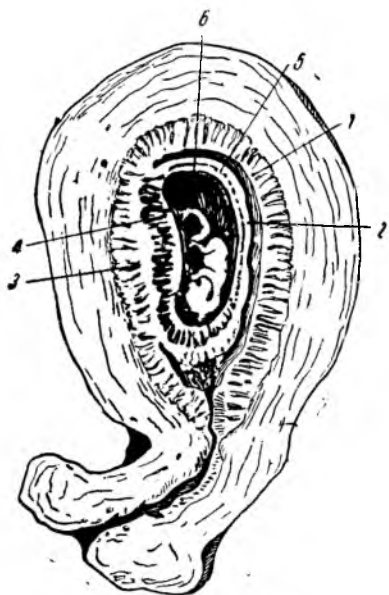


Рис. 50. Отделы отпадающей (децидуальной) оболочки.

1—*decidua parietalis*; 2—*decidua capsularis*; 3—*decidua basalis*; 4—*chorion frondosum*; 5—*chorion laeve*; 6—*amnion*.

Внутренней, ближайшей к плоду оболочкой является водная (амнион). К ней прилегает ворсистая оболочка (хорион), которая граничит с децидуальной (отпадающей) оболочкой (рис. 52). Околоплодные воды (амниотическая жидкость). Полость амниона содержит жидкость—воды, количество которых к концу беременности достигает 1—1,5 л.

Околоплодные воды образуются в результате секреции эпителия амниона; возможно, что частично они образуются за счет пропотевания жидкости из кровеносных сосудов матери и деятельности почек плода. К водам примешиваются чешуйки эпидермиса, продукт сальных желез кожи и пушковые волосы плода.



Рис. 51. Развитие хориона.

а—плодное яйцо на I месяце беременности (ворсины развиты равномерно); б—плодное яйцо на II месяце беременности; в—плодное яйцо на III месяце беременности; 1—*chorion frondosum*; 2—*chorion laeve*.

В состав околоплодных вод входит белок, соли, мочевины, жир, сахар и гормоны (фолликулин, гонадотропный гормон).

Околоплодные воды имеют большое физиологическое значение:

1) воды создают условия для свободного развития плода и его движений, недостаточное количество вод может быть причиной врожденных уродств плода;

2) воды защищают нежный организм плода от неблагоприятных внешних воздействий;

3) воды предохраняют пуповину от сдавливания между телом плода и стенкой матки (сдавление пуповины ведет к гибели плода);

4) во время родов плодный пузырь, заполненный околоплодными водами, способствует нормальному течению периода раскрытия.

ПЛАЦЕНТА (PLACENTA)

Плацента¹ является важнейшим органом, при помощи которого совершается дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. Плацента замещает функцию легких, органов пищеварения, почек, кожи и других органов. В плаценте образуются гонадотропные гормоны, эстрогенные гормоны и прогестерон.

Плацента формируется из базальной части децидуальной оболочки и сильно разросшихся ворсин ветвистого хориона. Ворсины хориона, составляющие главную массу плаценты, представляют собой древовидные, многократно ветвящиеся образования (рис. 53). Сосуды, проходящие в крупных ворсинах, делятся по мере разветвления ворсины; в конечных ворсинах проходят только петли капилляров. Поверхность ворсин покрыта двумя слоями эпителия. Самый наружный покров состоит из слоя протоплазматической массы (без клеточных оболочек), в которой располагаются ядра; этот слой называется синцитием (рис. 54). Он обладает способностью расплавлять клетки и сосуды децидуальной оболочки. Под синцитием лежит слой клеток Лангханса, или цитотрофобласт.

Некоторые ворсины врастают в decidua basalis, расплавляют

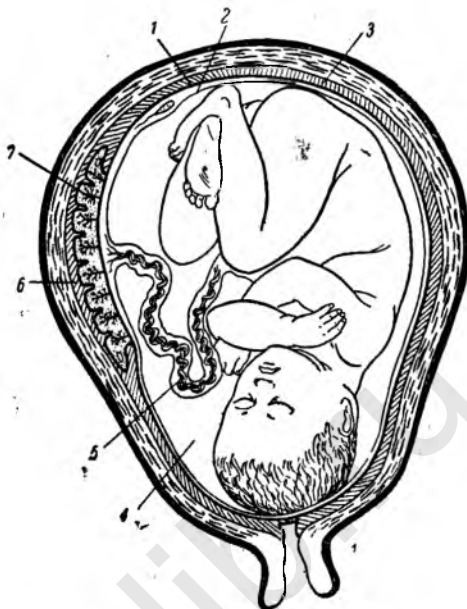


Рис. 52. Расположение оболочек в матке (схема).

1—chorion laeve; 2—амнион; 3—слившиеся decidua capsularis и decidua parietalis; 4—полость амниона; 5—пуповина; 6—decidua basalis; 7—chorion frondosum.



Рис. 53. Ворсины хориона зрелой плаценты.

¹ Плацента называется также детским местом.

децидуальные клетки и разросшиеся широкие сосуды. Эти ворсины связывают материнскую и плодовую части плаценты (прикрепляющие ворсины). Многие мельчайшие ворсины оканчиваются свободно и омываются кровью, циркулирующей в межворсинчатых пространствах. Кровь, омывающая ворсины, изливается из сосудов материнской части плаценты, разрушенных синцитием (рис. 55).

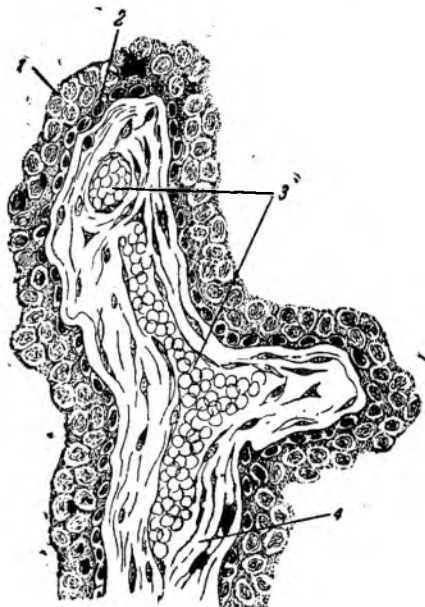


Рис. 54. Микроскопическое строение ворсинки.

1—синцитий; 2—цитотрофобласт (клетки Лангханса); 3—кровеносные сосуды; 4—эмбриональная соединительная ткань.

Материнская кровь, омывающая ворсины, не свертывается и не смешивается с плодовой кровью, протекающей по сосудам, располагающимся внутри ворсин. Между кровью матери, омывающей ворсины, и кровью плода, протекающей в сосудах ворсин, происходит постоянный обмен веществ. Из крови матери в кровь плода проникают кислород и питательные вещества; в кровь матери поступают продукты обмена и углекислота, подлежащие удалению из организма плода.

По внешнему виду плацента похожа на округлую, толстую, мягкую лепешку. В конце беременности и к моменту родов диаметр плаценты достигает 15—18 см, толщина 2—3 см, вес 500 г. Плацента имеет две поверхности: материнскую, прилегающую к стенке матки, и плодовую, обращенную внутрь, в полость амниона (рис. 56). Плодовая поверхность покрыта гладкой, блестящей водной оболочкой,

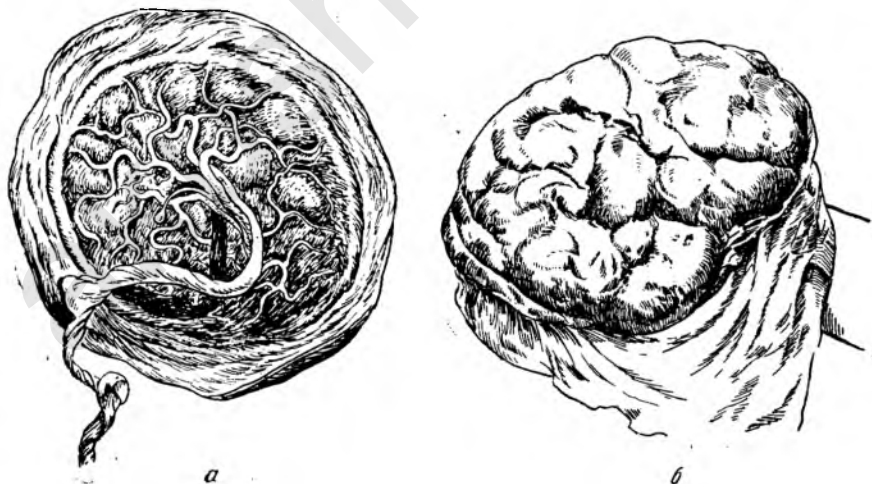


Рис. 56. Плацента.

а—плодовая поверхность; б—материнская поверхность.

под которой проходят к хориону сосуды, идущие в радиальном направлении от места прикрепления пуповины к периферии плаценты.

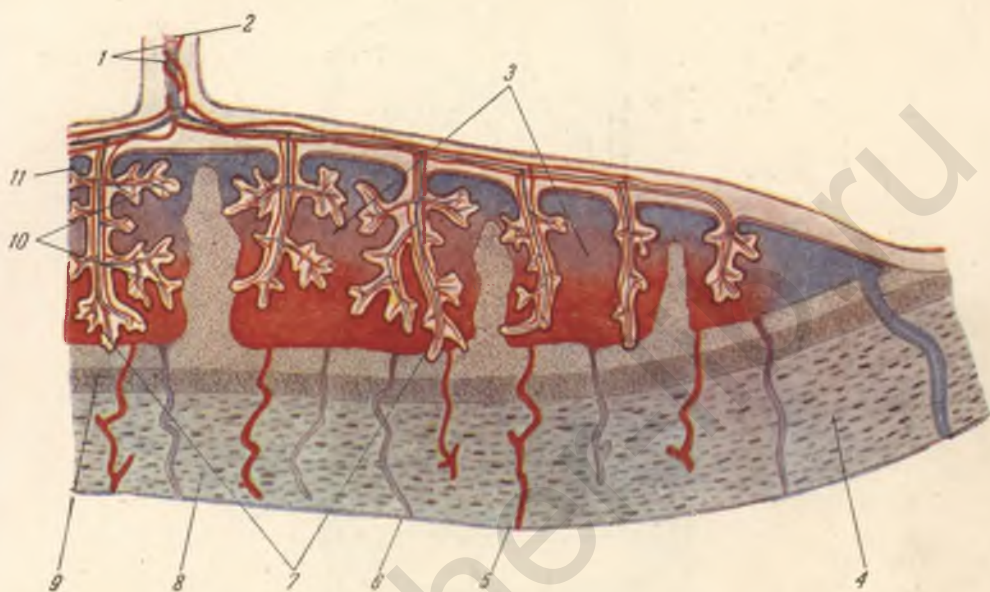


Рис. 55. Схема плацентарного кровообращения.

1 — пуповинные артерии; 2 — пуповинная вена; 3 — межворсинчатые пространства, где циркулирует материнская кровь; 4 — мышечная оболочка матки; 5 — артерия; 6 — вена; 7 — прикрепляющие ворсины; 8 — мышечная оболочка матки; 9 — decidua basalis; 10, 11 — ворсины.

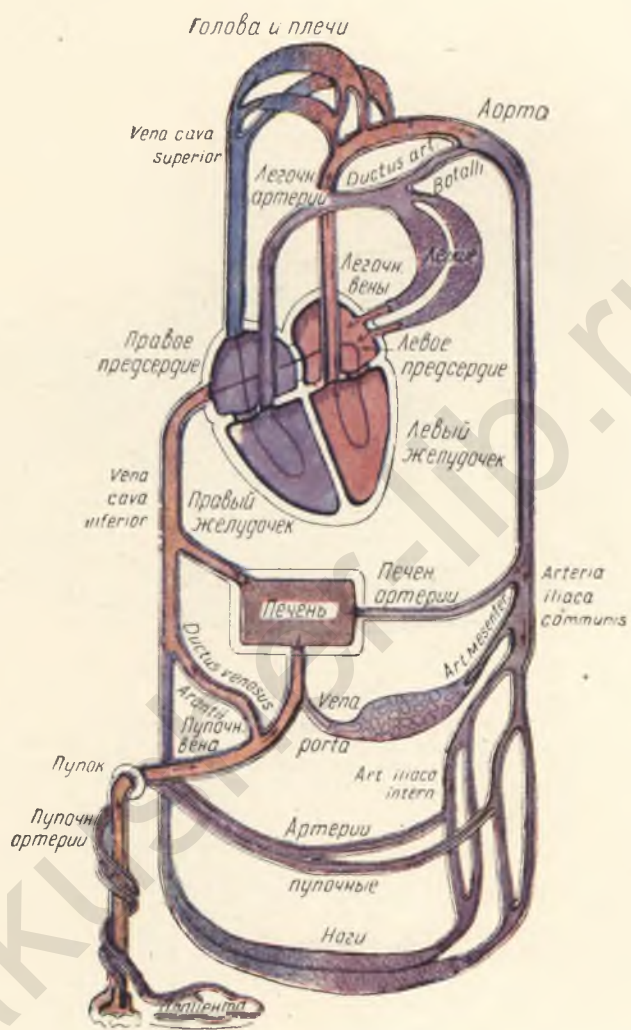


Рис. 57. Схема кровообращения внутриутробного плода.

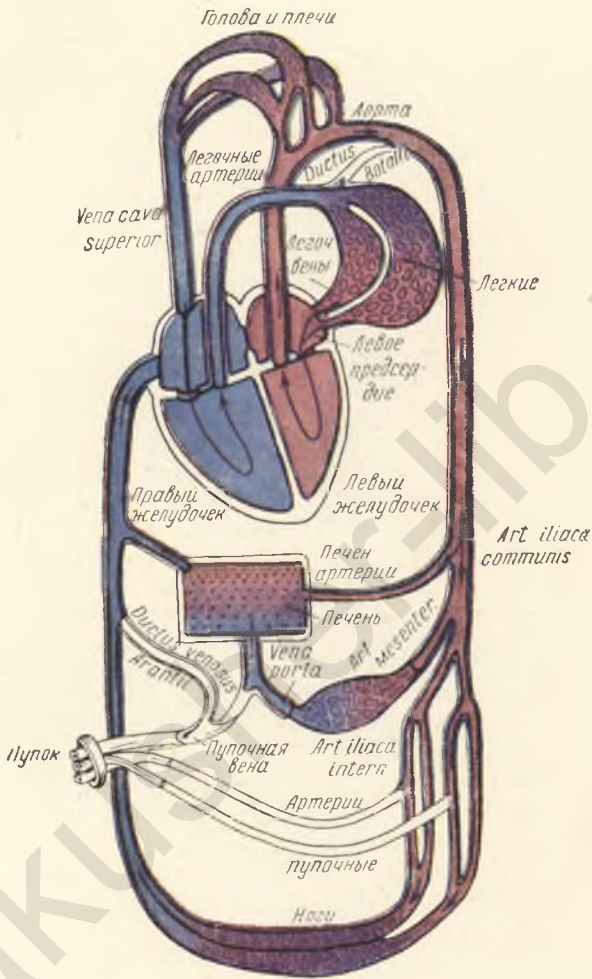


Рис. 58. Схема кровообращения новорожденного.

Материнская поверхность плаценты серовато-красного цвета, разделена более или менее глубокими бороздками на дольки (котиледоны). Сероватый оттенок материнской поверхности придает тонкая децидуальная оболочка, покрывающая разросшиеся ворсины, которые составляют главную часть плаценты. Плацента обычно прикрепляется в верхнем отделе матки на передней и задней стенке; прикрепление в области дна и трубных углов встречается редко.

ПУПОВИНА

Пуповина, или пупочный канатик (*funiculus umbilicalis*) образуется из аллантаоиса, несущего сосуды от зародыша к хориону и проходящего через брюшную ножку; в состав зачатка пуповины входят остатки желточного пузыря.

Пуповина представляет собой шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена, несущие кровь от плода к плаценте и обратно. По пуповинным артериям течет венозная кровь от плода к плаценте; по пуповинной вене притекает к плоду артериальная кровь, обогащенная кислородом в плаценте. Пуповинные сосуды окружены вартоновой студенью, состоящей из студенистого вещества, в котором располагаются эмбриональные соединительнотканые клетки. Ход сосудов пуповины извилистый, поэтому пупочный канатик как бы скручен по длине. Снаружи пуповина покрыта тонкой оболочкой, являющейся продолжением амниона. Пуповина соединяет тело плода с плацентой, один конец ее прикрепляется к пупочной области плода, другой—к плаценте. Пуповина прикрепляется в центре плаценты (центральное прикрепление), сбоку (боковое прикрепление) или с края ее (краевое прикрепление). В редких случаях пуповина прикрепляется к оболочкам, не доходя до плаценты (оболочечное прикрепление пуповины); в подобных случаях пуповинные сосуды идут к плаценте между оболочками.

Длина и толщина пуповины изменяются в соответствии с возрастом внутриутробного плода; длина пуповины обычно соответствует длине внутриутробного плода. Длина пуповины доношенного плода в среднем равна 50 см, диаметр составляет около 1,5 см. Однако нередко пуповина бывает длиннее (60—80 см) или короче (35—40 см); толщина ее тоже подвергается колебаниям в зависимости от количества вартоновой студени.

Послед представляет собой совокупность, состоящую из: 1) плаценты, 2) пуповины и 3) оболочек: водной, ворсистой и децидуальной (отпадающей). Послед изгоняется из полости матки после рождения плода.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Нервная система. Зачаток мозга у эмбриона образуется на ранней стадии внутриутробной жизни и развивается быстро.

Элементы рефлекторной дуги обнаружены у зародыша на II месяце внутриутробной жизни. Двигательные рефлексы, вызванные возбуждением нервно-мышечного аппарата, установлены у плодов II—III месяцев; в возрасте от II до V месяцев у плода возникают рефлексы с кожи и слизистых оболочек, сухожильные и др. К V месяцу внутриутробной жизни формируется спинной мозг. Развитие извилин в коре головного мозга заканчивается к VI—VII месяцу внутриутробной жизни. Однако функции коры головного мозга развиваются главным образом после рождения плода. В период внутриутробной жизни важнейшие функции плода регулируются спинным мозгом и другими отделами центральной нервной системы, расположенными ниже коры головного мозга.

Кровь плода. Форменные элементы крови у эмбриона вначале образуются в стенке желточного пузырька. На II—III месяце внутриутробной

жизни основным органом кроветворения является печень, с конца III месяца—костный мозг. Кроветворная функция селезенки начинается с IV месяца внутриутробной жизни (Е. В. Кравкова).

На ранних этапах развития кровь плода бедна форменными элементами и гемоглобином. Эритроциты преимущественно ядросодержащие. Чем старше становится плод, тем больше в периферической крови эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов.

У зрелого плода гемоглобина и эритроцитов больше, чем у взрослых людей. Большое количество эритроцитов и гемоглобина способствует снабжению плода кислородом. Количество лейкоцитов у плода ниже, чем у взрослых.

Кровообращение плода. Сократительная деятельность сердца плода начинается на второй неделе внутриутробной жизни, вскоре после имплантации. Функция кровообращения зародыша имеет несколько этапов развития.

Непосредственно после имплантации питательные вещества поступают к зародышу через трофобласт из тканевого распада, окружающего яйцо. На второй неделе развития в стенке желточного мешка образуются сосуды и элементы крови и начинается желточное кровообращение. В конце I месяца аллантоидные сосуды подходят к хориону, проникают в ворсины и начинается аллантоидное кровообращение. На III месяце формируется плацента и аллантоидное кровообращение заменяется плацентарным.

Внутриутробный плод получает кислород и питательные вещества из крови матери через плаценту. В соответствии с этим кровообращение плода имеет существенные особенности (рис. 57). Кровь плода, обогащенная в плаценте кислородом и питательными веществами, притекает в организм плода по пуповинной вене. Проникнув через пупочное кольцо в брюшную полость плода, пуповинная вена подходит к печени, отдает ей веточки, далее направляется к нижней полой вене, в которую изливает артериальную кровь. В нижней полой вене артериальная кровь смешивается с венозной кровью, поступающей из нижней половины тела и внутренностей плода. Участок пуповинной вены от пупочного кольца до нижней полой вены называется аранциевым протоком.

Кровь из нижней полой вены поступает в правое предсердие, куда вливается также венозная кровь из верхней полой вены.

Между местом впадения нижней и верхней полой вен находится евстахиева заслонка, которая препятствует смешиванию крови, поступающей из верхней и нижней полых вен. Евстахиева заслонка направляет ток крови нижней полой вены из правого предсердия в левое предсердие через овальное отверстие, располагающееся между обоими предсердиями; из левого предсердия кровь поступает в левый желудочек, из желудочка—в аорту. Из восходящей аорты кровь, содержащая сравнительно много кислорода, попадает в сосуды, снабжающие голову и верхнюю часть туловища.

Венозная кровь, поступившая в правое предсердие из верхней полой вены, направляется в правый желудочек, а из него—в легочные артерии. Из легочных артерий только небольшая часть крови поступает в нефункционирующие легкие; основная масса крови из легочных артерий поступает через боталлов проток в нисходящую аорту.

Нисходящая аорта, кровь которой значительно разбавлена венозной кровью, снабжает кровью нижнюю половину туловища и нижние конечности. Обедневшая кислородом кровь плода поступает в пуповинные артерии (ветви подвздошных артерий) и через них в плаценту. В плаценте кровь плода получает кислород и питательные вещества, освобождается от углекислоты и продуктов обмена и возвращается в организм плода по пуповинной вене.

Таким образом, чисто артериальная кровь у плода содержится только в пуповинной вене, в аранциевом протоке и веточках, идущих к печени; в нижней полой вене и в восходящей аорте кровь смешанная, но содержит больше кислорода, чем кровь в нисходящей аорте. Вследствие этих особенностей кровообращения печень и верхняя часть туловища плода снабжаются артериальной кровью лучше по сравнению с нижней половиной тела. В результате печень у плода достигает больших размеров и верхняя часть туловища в первую половину беременности развивается быстрее нижней.

По мере развития плода происходит некоторое сужение овального отверстия и уменьшение евстахиевой заслонки; в связи с этим происходит более равномерное распределение артериальной крови по всему организму плода и выравнивается отставание в развитии нижней половины тела плода.

Сразу после рождения у плода происходит первый вдох; с этого момента у него начинается легочное дыхание и возникает внеутробный тип кровообращения (рис. 58).

Механизм возникновения первого вдоха сложен. После рождения плода плацентарное кровообращение нарушается, доступ кислорода через плаценту прекращается, в крови плода накапливается углекислота, которая возбуждает дыхательный центр. В результате происходит первый вдох новорожденного. На возникновение первого вдоха оказывают влияние также рефлекторные реакции, возникающие в связи с воздействием на рецепторы кожи новорожденного термических, тактильных и других раздражителей.

При первом вдохе происходит расправление легочных альвеол и приток крови к легким. Кровь из легочных артерий поступает теперь в легкие, боталлов проток спадается, запустевает также аранциев проток.

Кровь новорожденного, обогащенная в легких кислородом, поступает по легочной вене в левое предсердие, потом в левый желудочек и аорту; овальное отверстие между предсердиями закрывается. Таким образом, у новорожденного устанавливается внеутробный тип кровообращения.

Дыхание плода. Органы дыхания плода не функционируют до момента рождения, когда происходит первое дыхательное движение.

Еще в прошлом столетии установлено, что у внутриутробного плода существуют поверхностные дыхательные движения (Альфелд). При дыхательных движениях околоплодные воды проникают в носоглотку и тотчас выливаются обратно; глубже воды не проходят потому, что дыхательные движения совершаются при закрытой голо-совой щели. При дыхательных движениях в грудной полости создается отрицательное давление, что способствует улучшению кровообращения плода (И. А. Аршавский).

Снабжение плода кислородом совершается через плаценту. Кислород из крови матери, циркулирующей в межворсинчатых пространствах плаценты, проникает в кровь плода через ворсинки; из крови плода в кровь матери переходит углекислый газ. Газы из крови матери к плоду и обратно проникают путем диффузии через эпителий и строуму ворсин и эндотелий капилляров плода.

Плод растет и развивается очень быстро, обмен веществ у него интенсивный и потребность в кислороде высокая.

При недостаточном поступлении кислорода через плаценту у плода возникает кислородное голодание. Кислородное голодание тормозит развитие внутриутробного плода и может быть причиной его гибели. Условия, нарушающие доставку кислорода плоду, нередко вызывают одновременно накопление углекислоты в крови плода; возникает внутриутробная асфиксия, при которой плод стареет от недостатка кислорода и избытка углекислоты в организме. Если причина асфиксии не устраняется, плод погибает.

Нарушение газообмена плода может возникнуть при ряде заболеваний матери и при различных изменениях в плаценте и пуповине. Недостаточный

подвоз кислорода к плоду может быть при малокровии, пороках сердца, воспалении легких, лихорадочных состояниях, токсикозах беременности и других заболеваниях беременной. К кислородному голоданию ведут такие изменения в плаценте, которые уменьшают площадь обмена между организмом матери и плода, так называемую дыхательную поверхность плаценты. К таким изменениям относятся крупные кровоизлияния и крупные белые инфаркты, т. е. участки омертвевшей плацентарной ткани. Кровоизлияния и инфаркты в плаценте нередко возникают при токсикозах беременности, заболеваниях почек и сердечно-сосудистой системы матери.

Газообмен плода нарушается при преждевременной отслойке плаценты от стенки матки. Чем больше размер отслоившегося участка плаценты, тем хуже становятся условия газообмена плода. Если на почве отслойки и инфарктов выключается половина дыхательной поверхности плаценты, то плод погибает.

При патологических родах (затяжные роды, частые длительные схватки, продолжительный безводный период) асфиксия плода наступает в связи с нарушением маточно-плацентарного кровообращения.

Нарушение доставки кислорода к плоду и выведения углекислоты из его организма происходит при нарушении кровообращения в сосудах пуповины. Подобные нарушения возникают при затягивании истинного узла пуповины, при обвитии пуповины вокруг частей плода вследствие прижатия пупочного канатика между родовыми путями и частями плода.

Сосуды пуповины обладают высокой чувствительностью; не только сжатие, но даже прикосновение к пуповине, охлаждение ее и другие раздражения ведут к сужению просвета сосудов, нарушению кровообращения и газообмена плода.

Питание плода. Функция желез органов пищеварения начинается еще в период внутриутробной жизни. Печень на IV—V месяце синтезирует гликоген и вырабатывает желчь; в кишечнике плода образуется первородный кал (меконий). Меконий состоит из воды, желчи, проглоченных пушковых волос, чешуек эпидермиса и секрета сальных желез кожи плода; по внешнему виду меконий представляет собой густую желтоватую массу. В желудочно-кишечном тракте плода найдены пищеварительные ферменты.

Однако функции органов пищеварения внутриутробного плода замещает плацента. Питательные вещества доставляются плоду из организма матери через плаценту. В плаценте вырабатываются ферменты, расщепляющие питательные вещества. Белки, жиры и углеводы, находящиеся в крови матери, захватываются ворсинками плаценты, подвергаются сложной ферментативной переработке и переходят к плоду в состоянии, пригодном для усвоения его организмом. Некоторые продукты расщепления белков и углеводов (аминокислоты, глюкоза), а также неорганические соли и вода проникают через плаценту путем диффузии. От матери к плоду через плаценту переходят и витамины, необходимые для развития и жизнедеятельности организма растущего плода.

Таким образом, развитие плода полностью зависит от питательных веществ, поступающих из организма матери. Поэтому рациональное питание во время беременности имеет исключительно важное значение не только для организма матери, но также для растущего внутриутробного плода. Однообразное или недостаточное питание может вызвать нарушение развития плода и даже его гибель.

Нарушение развития плода и преждевременное прерывание беременности наблюдается также при недостатке витаминов в организме беременной женщины.

Выделительные функции плода. Конечные продукты обмена белков, жиров, углеводов поступают из организма плода через плаценту

в кровь матери. Отсюда продукты обмена плода выводятся выделительными органами беременной, главным образом почками. Почка плода начинают функционировать с VI—VII месяца внутриутробной жизни, но выделительная функция их слаба. Есть предположение, что плод в конце внутриутробной жизни выделяет небольшое количество мочи в околоплодные воды. Сразу после рождения дети даже недоношенные выпускают мочу.

От матери к плоду через плаценту переходят гормоны, которые нужны для его развития, но еще не вырабатываются собственными железами внутренней секреции. Когда органы внутренней секреции плода начинают функционировать, вырабатываемые гормоны проникают через плаценту в организм матери. Установлено, что гормон поджелудочной железы (инсулин) плода переходит в организм матери, страдающей диабетом, и облегчает течение данного заболевания.

Необходимо отметить, что плацента проницаема для многих химических веществ. Из организма матери к плоду переходят ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода (угарный газ), хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфин, хинин, атропин, хлоралгидрат, антибиотики, сульфаниламидные препараты и ряд других веществ. Большинство из этих веществ действуют на плод токсически, даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

Плацента обычно является барьером для микроорганизмов; патогенные микробы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, могут проникнуть к плоду в случае возникновения изменений в плаценте (дистрофия эпителия ворсин с повреждением их, инфаркты, кровоизлияния).

Есть основание считать, что через плаценту к плоду переходит вирус гриппа. Это нередко ведет к преждевременному прерыванию беременности.

ПЛОД В ОТДЕЛЬНЫЕ МЕСЯЦЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЖИЗНИ

Беременность в среднем продолжается 280 дней, или 10 акушерских месяцев, считая от первого дня последней менструации (продолжительность акушерского месяца 28 дней); 10 акушерских месяцев равняются 40 неделям. В течение этого времени из оплодотворенной яйцеклетки развивается зрелый плод, способный к внеутробному существованию.

В течение I месяца происходит дробление яйца, образование зародыша и зародышевых оболочек.

В конце II месяца длина плода 3—3,5 см, тело его сформировано, имеются зачатки конечностей, головка равняется длине туловища, на ней заметны зачатки глаз, носа, рта (рис. 59).

В конце III месяца длина плода 8—9 см, вес 20—25 г, головка крупная, заметно различие в строении половых органов, конечности совершают движения, видны пальцы рук и ног (рис. 59).

В конце IV месяца длина плода 16 см, вес 120 г, формируется лицо, движения конечностей становятся активнее, но матерью не воспринимаются; пол плода различается ясно.

В конце V месяца плод достигает длины 25—26 см, вес 280—300 г. Кожа красная, покрывается пушковыми волосами. Сальные железы начинают выделять жировое вещество, которое смешивается с чешуйками эпидермиса и образует сыровидную смазку (*vernix caseosa*). В кишечнике образуется меконий. Движения плода ощущаются матерью. При аускультации живота беременной можно прослушать сердцебиение плода.

В конце VI месяца длина плода 30 см, вес 600—680 г, движения становятся энергичнее; плод может родиться живым, делает дыхательные движения, но скоро умирает.

В конце VII месяца плод имеет длину 35 см, вес 1000—1200 г. Подкожный жир слабо развит, кожа морщинистая, покрыта сыровидной смазкой, на всем теле пушковые волосы. Ушные и носовые хрящи мягкие, ногти не доходят до концов пальцев рук и ног. У мальчиков яички не спустились в мошонку, у девочек малые половые губы не прикрыты большими. Плод рождается живым, дышит, но маложизнеспособен.

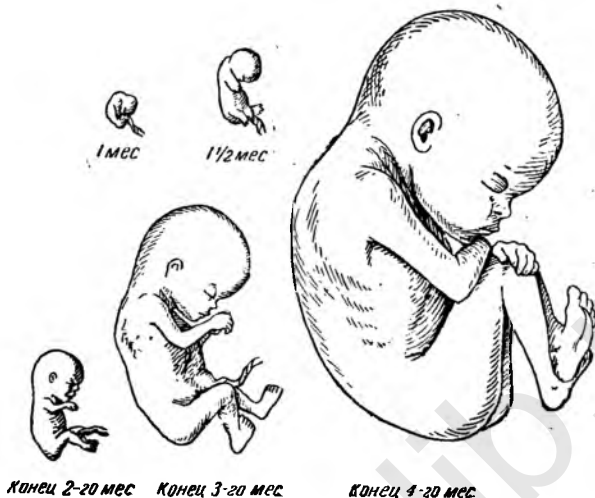


Рис. 59. Последовательные изменения формы и величины внутриутробного плода.

После окончания VII месяца, или 28 недель, внутриутробной жизни плод считается недоношенным, но жизнеспособным; однако дети, родившиеся в этот срок, могут выжить лишь при очень тщательном уходе.

В конце VIII месяца длина плода 40 см, вес 1500—1600 г; плод рождается жизнеспособным, но требует особого ухода.

В конце IX месяца длина плода 45 см, вес 2400—2500 г, подкожножировой слой увеличивается, кожа гладкая, розовая, пушковых волос на теле меньше, волосы на головке удлиняются. Плод, родившийся в этот срок, жизнеспособен.

К концу X месяца признаки недоношенности исчезают, плод рождается зрелым. Как правило, плод достигает зрелости в конце X акушерского месяца, к моменту срочных родов. Сравнительно редко наблюдается несоответствие между доношенностью и зрелостью плода. При неблагоприятных условиях развития (заболевания матери, неблагоприятное питание и др.) доношенный ребенок может иметь признаки незрелости. Иногда наблюдается и противоположное явление: ребенок рождается немного раньше срока, но зрелым.

Для определения возраста родившегося плода можно пользоваться данными о его длине и весе. Схема Гаазе позволяет судить о размерах плода по месяцам беременности:

Месяц (конец)	Расчет	Длина плода (в сантиметрах)	Месяц (конец)	Расчет	Длина плода (в сантиметрах)
I	1×1	1	VI	6×5	30
II	2×2	4	VII	7×5	35
III	3×3	9	VIII	8×5	40
IV	4×4	16	IX	9×5	45
V	5×5	25	X	10×5	50

Как видно из схемы, в первую половину беременности (5 акушерских месяцев) длина плода соответствует числу месяцев, возведенному в квадрат; с VI месяца длина плода соответствует числу месяцев, умноженному на 5.

Приводимые ниже средние данные позволяют судить о весе плода.

На VI и VII месяце вес плода примерно удваивается по сравнению с предыдущим месяцем; наибольшее нарастание веса происходит на IX и X месяце (в среднем по 800 г).

Месяц	Вес плода в граммах (средние данные)
III	20—25
IV	120
V	280—300
VI	600—680
VII	1000—1200
VIII	1500—1600
IX	2400—2500
X	3200—3400

ПРИЗНАКИ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА

О зрелости родившегося младенца судят по совокупности ряда признаков.

1. Длина (рост) зрелого доношенного новорожденного в среднем равна 50 см (колеблется от 48 до 57 см); вес 3200—3400 г (колеблется от 2600 до 5000 г и выше). Длина является более постоянной величиной, чем вес, поэтому она вернее отражает степень зрелости плода.

Новорожденные, имеющие больше 47 см, учитываются, как зрелые; новорожденные, имеющие длину меньше 45 см, учитываются в качестве незрелых. Определение зрелости или незрелости новорожденных, имеющих длину в пределах от 45 до 47 см, производится в каждом отдельном случае на основании особо тщательного анализа всех признаков. Заключение о зрелости таких детей производится акушером и педиатром совместно. При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается вес его, причем новорожденный весом ниже 2500 г считается незрелым.

2. У зрелого плода грудка выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между пупком и мечевидным отростком.

3. Кожа зрелого новорожденного бледно-розовая, подкожный жир хорошо развит, на коже остатки сыровидной смазки; пушок есть только на плечах и верхней части спинки; длина волос на головке достигает 2 см, ногти заходят за кончики пальцев.

4. Ушные и носовые хрящи упругие.

5. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами.

6. Движения зрелого новорожденного активны, крик громкий, глаза открыты, он хорошо берет грудь.

ГОЛОВКА ЗРЕЛОГО ПЛОДА

Изучение формы и размеров головки плода имеет особо важное значение в акушерстве. В подавляющем большинстве родов (96%) головка первой проходит родовый канал, совершая ряд последовательных движений (поворотов).

При внутреннем исследовании на головке плода определяются костные швы и роднички (рис. 60), по расположению которых можно судить о течении родов.

Головка зрелого плода обладает рядом особенностей. Лицевые кости плода соединены прочно, но между костями черепной части головки имеются щелевидные швы и роднички. Когда головка проходит через родовые пути, швы и роднички позволяют костям черепа взаимно смещаться, заходить друг за друга. Кости черепа плода легко гнутся. Указанные особенности строения костей придают головке плода п л а с т и ч-

ность, т. е. способность изменять форму, что чрезвычайно важно для прохождения ее через родовые пути.

Череп плода состоит из двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной, основной и решетчатой костей (рис. 61). В акушерстве особое значение имеют следующие швы (рис. 60).

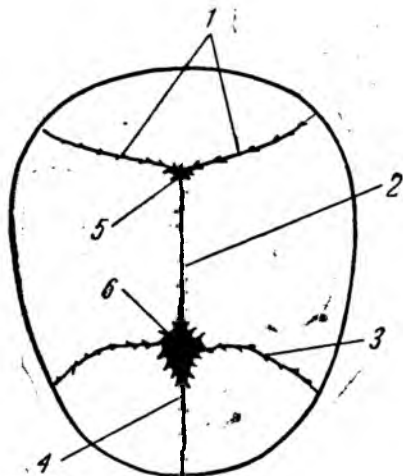


Рис. 60. Череп новорожденного (вид сверху), швы и роднички.

1—лямбдовидный шов; 2—стреловидный шов; 3—венечный шов; 4—лобный шов; 5—малый родничок; 6—большой родничок.

Стреловидный шов (*sutura sagittalis*) проходит между теменными костями; спереди шов переходит в большой родничок, сзади—в малый.

Лобный шов (*sutura frontalis*) находится между лобными костями; имеет такое же направление, как и стреловидный шов.

Венечный шов (*sutura coronaria*) соединяет лобные кости с теменными, проходит перпендикулярно к стреловидному и лобному швам.

Ламбдовидный (затылочный) шов (*sutura lambdoidea*) соединяет затылочную кость с теменными.

В области соединения швов располагаются роднички—пространства, свободные от костной ткани. Практическое значение имеют большой и малый роднички.

1. Большой родничок (*fonticulus magnus*) находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов, имеет ромбовидную форму. От большого родничка отходят четыре шва: впереди—лобный, сзади—стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы венечного шва.

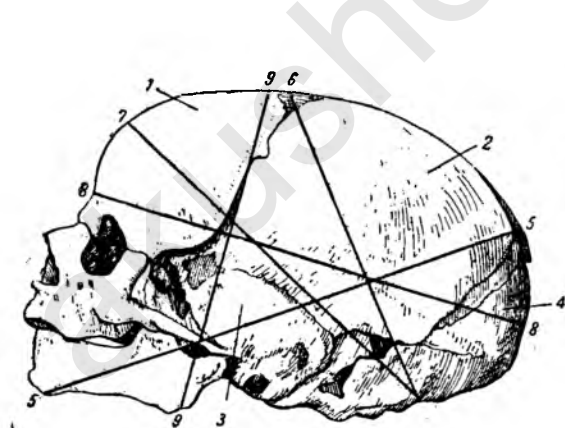


Рис. 61. Череп новорожденного (вид сбоку).
1—лобная кость; 2—теменная кость; 3—височная кость; 4—затылочная кость; 5—большой кривой размер; 6—малый кривой размер; 7—средний кривой размер; 8—прямой размер; 9—вертикальный размер.

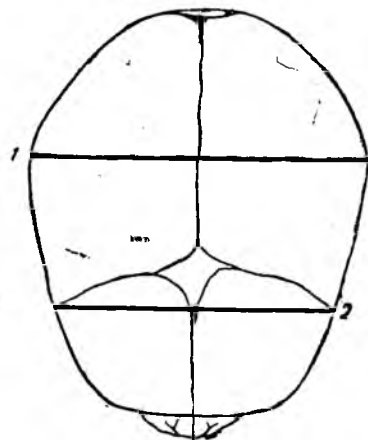


Рис. 62. Череп новорожденного (вид сверху). Поперечные размеры. 1—большой поперечный размер; 2—малый поперечный размер.

2. Малый родничок (*fonticulus parvus*) представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся стреловидный и ламбдовидный швы. Малый родничок имеет треугольную форму; от малого родничка отхо-

дят три шва: кпереди стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы ламбдовидного шва.

Важно знать следующие бугры на головке плода: затылочный, два теменных, два лобных.

РАЗМЕРЫ ГОЛОВКИ И ТУЛОВИЩА ЗРЕЛОГО ПЛОДА

Размеры головки зрелого плода следующие (рис. 61 и 62):

1. Прямой размер (*diameter fronto-occipitalis*)—от переносья (*glabella*) до затылочного бугра—равен 12 см. Окружность головки по прямому размеру 34 см.

2. Большой косой размер (*diameter mento-occipitalis*)—от затылочного бугра до подбородка—равен 13 см. Окружность головки по этому размеру 35—36 см.

3. Малый косой размер (*diameter suboccipito-bregmatica*)—от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка—равен 9,5 см. Окружность головки, соответствующая данному размеру, 32 см.

4. Средний косой размер (*diameter suboccipito-frontalis*)—от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба—равен 10 см. Окружность головки по этому размеру 33 см.

5. Отвесный, или вертикальный, размер (*diameter verticalis, s. trachelo-bregmatica*)—от верхушки темени (макушки) до подъязычной области—равен 9,5—10 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру, 33 см.

6. Большой поперечный размер (*diameter biparietalis*)—наибольшее расстояние между теменными буграми 9,5 см.

7. Малый поперечный размер (*diameter bitemporalis*)—расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва 8 см.

Размеры туловища следующие:

1. Размер плечиков—поперечник плечевого пояса (*diameter biacromialis*)—равен 12 см, окружность плечевого пояса 35 см.

2. Поперечный размер тазовой области (*diameter bisiliacus*)—равен 9 см, окружность 28 см.

ГЛАВА IV

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Внутриутробному плоду при развитии необходимо все возрастающее количество кислорода, белков, жиров, углеводов, солей, витаминов и других веществ. Все эти вещества доставляются плоду из организма матери. В кровь матери поступают конечные продукты обмена плода, которые выводятся выделительными органами беременной. Следовательно, организм беременной выполняет дополнительную работу, требующую усиления или перестройки деятельности важнейших систем и органов.

Под влиянием новых условий, связанных с развитием плода, в организме женщины при беременности возникают многочисленные и сложные изменения. Эти изменения физиологические; они способствуют правильному развитию плода, готовят организм женщины к родам и кормлению новорожденного.

Возникновение и развитие изменений, связанных с беременностью, регулируется центральной нервной системой.

Растущее плодное яйцо является раздражителем нервных окончаний матки; раздражения передаются по нервным путям в центральную нервную систему. В центральной нервной системе возникают соответствующие реакции, под влиянием которых происходят изменения в деятельности различных органов и систем.

Изменения в центральной нервной системе происходят не только рефлекторным путем, но также под влиянием гормонов. С самого начала беременности изменяется деятельность ряда органов внутренней секреции. В связи с этим меняется соотношение гормонов в крови, циркулирующих в организме. Эти гормональные сдвиги также оказывают влияние на деятельность нервной системы и других органов.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

У беременных женщин изменяется возбудимость головного и спинного мозга.

Возбудимость коры головного мозга до III—IV месяца беременности понижается, потом до конца беременности остается повышенной. Возбудимость нижележащих отделов центральной нервной системы и нервного аппарата матки во время беременности понижена; это понижение рефлекторной возбудимости обуславливает инертность, покой матки, что способствует правильному течению беременности.

Перед родами возбудимость спинного мозга и нервных элементов матки повышается, что способствует возникновению родовых схваток.

Во время беременности изменяется характер процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга; отмечаются также изменения во взаимоотношениях между корой и подкоркой. Изменяется тонус вегетативной нервной системы. В связи с этими изменениями при беременности наблюдается сонливость, неуравновешенное настроение, изменения вкуса и обоняния, тошнота, повышенное выделение слюны, рвота, запоры, склонность к головокружению. Обычно эти явления наблюдаются в первые месяцы беременности и в дальнейшем исчезают.

У беременных отмечается повышение возбудимости периферических нервов, бывают невралгические боли в крестце и пояснице, судороги в икроножных мышцах. Все эти явления впоследствии бесследно исчезают.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

В системе органов внутренней секреции при беременности происходят существенные изменения. С самого начала беременности в яичнике развивается новая железа внутренней секреции—желтое тело беременности, гормон которого (прогестерон) создает условия для имплантации яйца и правильного развития беременности.

В яичнике в течение всей беременности фолликулы не созревают и овуляция не происходит; торможение этих процессов связано с продукцией гормона желтого тела. Желтое тело во второй половине беременности подвергается обратному развитию и функции его исполняет плацента.

Плацента является активным новым органом внутренней секреции. В плаценте образуются и накапливаются гонадотропные и эстрогенные гормоны, а также прогестерон.

Количественные соотношения гормонов организма женщины в разные сроки беременности меняются.

В первой половине беременности преобладают гормоны, тормозящие возбудимость и сократительную деятельность матки, что способствует развитию беременности. В поздние сроки беременности содержание эстрогенных гормонов увеличивается. В связи с этим перед родами возбудимость матки повышается.

Г и п о ф и з. Передняя доля гипофиза во время беременности сильно увеличивается вследствие размножения и гипертрофии клеток, вырабатывающих гормоны. Значительно увеличивается продукция гонадотропных гормонов гипофиза, особенно гормона, усиливающего функцию желтого тела беременности. В передней доле гипофиза, кроме гонадотропных гормонов, образуются гормоны, стимулирующие функцию молочных желез, щитовидной железы, коры надпочечника и гормон роста. Процессы роста матки и других отделов полового аппарата во время беременности связаны с увеличением передней доли гипофиза.

В задней доле гипофиза вырабатывается питуитрин, который усиливает сократительную деятельность матки в конце беременности.

Щ и т о в и д н а я ж е л е з а в первые месяцы беременности функционирует усиленно, во второй половине активность ее понижается.

Изменения в деятельности щитовидной железы влияют на обмен веществ при беременности.

О к о л о щ и т о в и д н ы е ж е л е з ы, влияющие на кальциевый обмен, при беременности функционируют с большим напряжением. Иногда при беременности наблюдается склонность к судорогам и спазмам, связанная с уменьшением количества солей кальция в организме на почве ослабления деятельности околощитовидных желез.

Н а д п о ч е ч н и к и увеличиваются вследствие утолщения коркового слоя. В коре надпочечника происходит размножение клеток и накопле-

ние липоидов (жировых веществ), особенно холестерина. С деятельностью коры надпочечников связано увеличение липоидов (холестерина) в крови и пигментация кожи при беременности.

ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

Обмен веществ при беременности значительно изменяется.

Белковый обмен. При беременности происходит накопление белковых веществ в организме женщины. Накопленные белки расходуются: 1) на рост матки и молочных желез, 2) используются на построение организма растущего плода, 3) часть белков откладывается в виде запаса, который тратится после родов в связи с кормлением грудью.

При перегрузке организма беременной белковой пищей происходит накопление продуктов неполного расщепления белков, которые вредно влияют на организм.

Углеводный обмен. Углеводы, являющиеся энергетическим (горючим) материалом при беременности, хорошо усваиваются, концентрация сахара в крови обычно нормальная. Углеводы в виде гликогена откладываются не только в печени и мышцах тела, но также в плаценте и мускулатуре матки. Углеводы из организма беременной переходят через плаценту к плоду (в виде глюкозы). При перегрузке организма углеводами у беременных иногда появляется сахар в моче, что объясняется повышением проницаемости почечного эпителия. Подобная глюкозурия быстро проходит при установлении правильного режима питания.

Жировой обмен. В крови беременных повышено количество нейтрального жира, холестерина и липоидов. Накопление жировых веществ происходит также в надпочечниках, в плаценте и в молочных железах. Нередко при беременности увеличивается подкожножировой слой. Липоиды расходуются на построение тканей матери и плода, нейтральный жир является энергетическим материалом. Большим количеством липоидов в крови объясняют легкость наступления эфирного и хлороформного наркоза у беременных.

В процессе обмена жиры расщепляются до конечных продуктов: углекислоты и воды. При нарушении режима беременной, особенно при избыточном введении жиров, может нарушиться процесс расщепления жиров до конечных продуктов. В подобных случаях в организме беременной накапливаются вредно действующие кислые продукты неполного сгорания жиров.

Минеральный и водный обмен. Во время беременности происходит задержка солей кальция в организме и расходование их на построение костной системы плода. Усиливается усвоение фосфора, который необходим для развития нервной системы и скелета плода, а также для синтеза белков в организме матери.

От матери к плоду переходит железо, являющееся составной частью гемоглобина. В период внутриутробной жизни плод накапливает железо в печени и селезенке. При недостаточном введении железа с пищей у беременной возникает анемия, а у плода нарушается развитие.

У беременных замедлено выведение с мочой и потом хлористого натрия. Накопление в тканях хлоридов способствует задержке воды в организме. Склонность к задержке хлоридов и воды особенно заметна во второй половине беременности. Задержка солей и воды обуславливает сочность тканей.

Сочность тканей способствует правильному течению родов, она увеличивает растяжимость тканей, что имеет существенное значение при прохождении плода через родовые пути. При нормальной беременности большой задержки воды и хлоридов не бывает, жидкость быстро удаляется

почками. При патологической беременности выделение жидкости замедлено, накопление хлоридов и воды нарастает и возникают отеки.

В и т а м и н н ы й о б м е н. Потребность организма беременной женщины в витаминах повышена в связи с необходимостью снабжения ими плода.

Особенно сильно увеличивается потребность в витамине С, который необходим для развития плода и зародышевых оболочек. Повышается потребность и в других витаминах: А, В₁, D, Е (способствует развитию беременности) и др. При недостаточном введении витаминов с пищей у беременной возникает патологическое состояние—гиповитаминоз или даже авитаминоз; течение беременности при недостатке витаминов нарушается.

КРОВЬ

При беременности общее количество крови увеличивается на 15—20%. Увеличение массы крови происходит преимущественно за счет плазмы. При беременности усиливается функция кровотоворных органов, что ведет к увеличению количества эритроцитов и лейкоцитов; при правильном питании нарастает количество гемоглобина. У беременных ускоряется РОЭ.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Сердечно-сосудистая система выполняет при беременности напряженную работу, так как появляется новый плацентарный круг кровообращения и резко увеличивается сосудистая сеть матки. Сердце здоровой беременной постепенно приспособляется к новым условиям и хорошо справляется с дополнительной нагрузкой. Во время беременности отмечается гипертрофия мышечных элементов сердца и усиление ее сократительной деятельности.

Стенки капилляров становятся более проницаемыми для воды, солей и мелкодисперсных белков сыворотки крови—альбуминов. Повышение проницаемости капилляров облегчает обмен веществ между кровью и тканями беременной.

Кровяное давление в течение всей беременности, как правило, бывает нормальным. В ранние сроки беременности у некоторых женщин отмечается неустойчивость кровяного давления, в последние месяцы—склонность к некоторому повышению его. Однако при нормальной беременности максимальное артериальное давление не превышает 125—130 мм ртутного столба; частота пульса при беременности не меняется.

У повторноремеменных иногда наблюдается расширение вен на нижних конечностях; в связи с застоем крови в органах малого таза могут возникнуть геморроидальные узлы.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

У многих женщин в первые 2—3 месяца беременности наблюдается тошнота, нередко—рвота, особенно по утрам. Изменяются вкусовые и обонятельные ощущения; возникает отвращение к некоторым видам пищи, тяготение к определенным продуктам и иногда к необычным веществам (мел, глина и др.). Все эти явления обычно исчезают в конце III или на IV месяце беременности, реже в более поздние сроки. Функция пищеварительных желез не нарушается; нередко наблюдается понижение тонуса кишечника, ведущее к запорам.

По мере роста беременной матки происходит смещение кишечника вверх и в стороны; при крупном плоде, многоплодной беременности и избы-

точном накоплении околоплодных вод происходит значительное смещение вверх желудка и даже печени.

Печень участвует в регуляции всех видов обмена веществ и обезвреживает токсические продукты промежуточного обмена. Во время беременности печень функционирует с большой нагрузкой потому, что обмен при беременности изменен. Кроме того, печень обезвреживает поступающие в организм матери продукты обмена плода.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Во время беременности деятельность легких усиливается в связи с увеличением потребности в кислороде. Несмотря на то, что в конце беременности матка оттесняет диафрагму вверх, дыхательная поверхность легких не уменьшается благодаря расширению грудной клетки. В конце беременности отмечается некоторое учащение дыхания.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ

Почки во время беременности функционируют с большим напряжением, потому что они выводят из организма продукты обмена самой женщины и растущего внутриутробного плода. В последние месяцы беременности в моче могут появиться следы белка. Если количество белка достигает 1 мг на 1 л мочи, то это указывает на возникновение серьезного заболевания—токсикоза беременности.

В первые месяцы беременности некоторые женщины отмечают учащенные позывы к мочеиспусканию в связи с тем, что матка надавливает на мочевой пузырь. В последующие месяцы беременности мочевой пузырь растягивается, смещается вверх, мочеиспускательный канал вытягивается и выпрямляется; тонус мочеочечников понижается, просвет их становится шире. В конце беременности головка плода прижимается ко входу в малый таз, в связи с этим может возникнуть давление на мочевой пузырь и учащение позывов к мочеиспусканию.

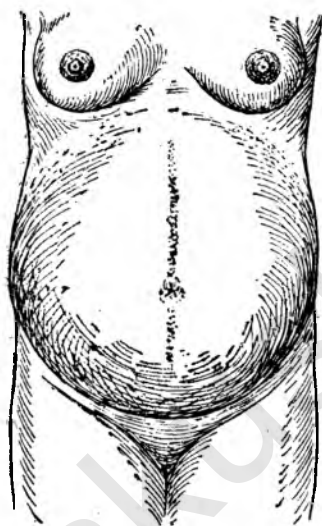


Рис. 63. Пигментация сосков и белой линии живота беременной.

КОЖА

Кожа при беременности подвергается своеобразным изменениям. Довольно часто наблюдается отложение коричневатого или кофейного цвета красящего вещества—пигмента в определенных областях кожи: по белой линии живота, на сосках и околососковых кружках (рис. 63), а также на лице. Особенно часто пигментные пятна (*chloasma uterinum*) образуются на лбу, на переносье и верхней губе (рис. 64). Пигментация сильнее выражена у brunetок. Происхождение пигмента связано с изменением деятельности коры надпочечника и гипофиза.

Брюшная стенка в связи с увеличением беременной матки постепенно растягивается. При значительном растяжении стенок живота у женщин с недостаточно эластической кожей появляются рубцы (полосы) беременности

(*striae gravidarum*) (рис. 65). Рубцы беременности образуются вследствие расхождения соединительнотканых и эластических элементов кожи. В местах расхождения волокон через эпидермис просвечивает мальпигиев слой кожи. Рубцы беременности имеют вид розовых, красноватых или синевато-багровых полос. Располагаются они обычно на коже живота, реже на коже молочных желез и бедер. После родов рубцы беременности приобретают вид белых блестящих полосок.

При последующей беременности могут образоваться свежие красновато-синеватые рубцы беременности при наличии сохранившихся старых, побелевших рубцов.

Во время беременности происходят изменения в области пупка. Во второй половине пупок сглаживается, на X месяце он выпячивается.

У многорожавших женщин, при многоплодной беременности и избыточном накоплении околоплодных вод наблюдается расхождение прямых мышц живота.

При беременности происходит серозное пропитывание связочного аппарата, хрящей и синовиальных оболочек сочленений плода. Симфизарный хрящ разрыхляется, щелевидная полость в нем увеличивается, связки симфиза и крестцово-подвздошного сочленения становятся более растяжимыми.



Рис. 64. Пигментные пятна на лице беременной.



Рис. 65. Рубцы беременности.

ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Беременность вызывает изменения во всем организме женщины. Однако наиболее значительные изменения происходят в матке. Во время беременности изменяется величина, форма, положение, консистенция и реактивность (возбудимость) матки.

Величина матки прогрессивно нарастает в течение всей беременности. Длина небеременной матки 7—8 см, к концу беременности 38 см. Поперечник увеличивается с 4—5 до 25—26 см. Вес небеременной матки 50—100 г, в конце беременности 1000—1200 г (без плодного яйца). Объем полости матки к концу беременности увеличивается в 500 раз. Увеличение

матки происходит главным образом за счет гипертрофии (увеличение размеров) и гиперплазии (увеличение количества) мышечных волокон матки. Каждое мышечное волокно удлиняется в 10 раз и утолщается в 4—5 раз; одновременно происходит размножение мышечных волокон и рост вновь образованных мышечных элементов.

Гиперплазия мышечных волокон происходит главным образом в первой половине беременности, в более поздние сроки увеличение матки происходит в основном за счет растяжения ее стенок растущим плодом с его оболочками и водами.

Соединительная ткань матки разрастается и разрыхляется. Количество эластических волокон нарастает. Слизистая оболочка матки претерпевает существенные изменения, превращаясь в децидуальную (отпадающую) оболочку.

Сосудистая сеть матки подвергается значительному увеличению. Артерии и вены матки удлиняются и расширяются; особенно сильно увеличивается просвет вен. Ход артерий становится извилистым, штопорообразным, что позволяет им приспособляться к изменениям величины матки при ее сокращениях (рис. 66). Количество крови, протекающей через сосуды матки,

во время беременности увеличивается во много раз.

Нервные элементы беременной матки гипертрофируются, лимфатические сосуды удлиняются и расширяются, серозный покров матки увеличивается. В стенке беременной матки увеличивается содержание кальция, гликогена и фосфокреатинина, необходимых для сократительной деятельности матки во время родов.

Шейка матки во время беременности разрыхляется, становится мягкой и сочной. Сосуды в области шейки удлиняются, вены резко расширены, наполнены кровью; шейка матки имеет синюшный оттенок.

До IV месяца плодное яйцо находится в полости матки. С IV месяца нижний полюс растущего плодного яйца растягивает перешеек матки и помещается в нем.



Рис. 66. Кровеносные сосуды беременной матки.

Перешеек с этого времени входит в состав плодовместилища и вместе с частью нижнего отдела тела составляет нижний сегмент матки. Во время родов перешеек вместе с шейкой матки превращается в выходную трубку.

Наружный и внутренний зев шейки матки у первобеременных остается закрытым до родов; у повторнобеременных канал шейки матки в последние месяцы беременности расширяется и нередко пропускает палец.

Форма беременной матки также изменяется. В ранний срок беременности отмечается выпячивание того угла матки, где произошла имплантация яйца. С III месяца матка округляется, становится шарообразной, а в дальнейшем—яйцевидной.

Положение матки меняется в соответствии с ее ростом. В самом начале беременности перегиб матки кпереди увеличивается, а в дальнейшем угол между телом и шейкой исчезает, матка выпрямляется, нередко слегка наклоняется вправо и немного поворачивается левым ребром кпереди, правым—кзади. По истечении III месяца дно матки поднимается выше плоскости входа в малый таз, в конце IX месяца оно достигает подреберья.

Консистенция беременной матки становится мягкой; размягчение особенно сильно выражено в области перешейка матки.

М а т о ч н ы е т р у б ы утолщаются, становятся сочными вследствие гиперемии и серозного пропитывания тканей. По мере роста матки поло-

жение труб становится все более отвесным, к концу беременности они свисают вниз по ребрам матки.

Яичники несколько увеличиваются, становятся мягче, овуляция в них прекращается; в одном из яичников находится желтое тело беременности.

В связи с ростом матки яичники поднимаются из малого таза и располагаются в брюшной полости.

Связки матки удлиняются и утолщаются. Особенно значительно гипертрофируются круглые и крестцово-маточные связки, что способствует удержанию матки в правильном положении во время родов. Круглые связки матки прощупываются через брюшные стенки в виде тяжей. По расположению круглых связок можно судить о месте прикрепления плаценты. Если плацента располагается на передней стенке, то круглые связки идут параллельно или расходятся книзу. При плаценте, прикрепленной к задней стенке матки, круглые связки идут вниз в сходящемся направлении.

Во время беременности клетчатка таза становится рыхлой сочной, легко растяжимой.

Влагалище в связи с беременностью подвергается существенным изменениям. Кровоснабжение стенок влагалища резко возрастает, происходит серозное пропитывание всех его слоев. Стенки влагалища разрыхляются, становятся сочными и легко растяжимыми. Слизистая влагалища приобретает синюшную окраску.

Во время беременности происходит гиперплазия и гипертрофия мышечных и соединительнотканых элементов влагалища; в связи с этим влагалище удлиняется, расширяется, складки слизистой выступают резче.

Вследствие разрыхления увеличивается способность слизистой оболочки влагалища к всасыванию. Поэтому во время беременности особенно опасны спринцевания растворами ядовитых веществ, например сулемы.

Наружные половые органы во время беременности разрыхляются, слизистая входа во влагалище становится цианотичной. У второбеременных иногда на наружных половых органах образуются варикозные узлы.

МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Развитие молочных желез начинается в период полового созревания и происходит под влиянием половых гормонов.

Во время беременности молочные железы подготавливаются к секреции молока. Железистые дольки молочных желез увеличиваются, в эпителии альвеол появляются мельчайшие частицы жира. Кровоснабжение желез усиливается, подкожные вены расширяются и просвечивают через нежную кожу. Молочные железы становятся напряженными, в них нередко ощущается легкое покалывание. Соски увеличиваются, пигментируются вместе с околососковым кружком, монгомеровы железы выступают резче. Усиливается возбудимость гладких мышц, заложенные в соске; при механическом раздражении соска мышцы сокращаются, околососковый кружок уменьшается, сосок выступает резче.

Из молочных желез уже в начале беременности удаётся выдавить капельки молозива.

Подготовка молочных желез к лактации происходит под влиянием гормонов плаценты и лактогенных гормонов передней доли гипофиза.

Вес тела увеличивается в течение всей беременности, но особенно значительно в последние месяцы. Во второй половине беременности вес

женщины увеличивается в неделю на 300—350 г. К концу беременности женщина прибавляет в весе на 10—12 кг. Увеличение веса зависит от ряда причин: роста плода, накопления околоплодных вод, увеличения матки, увеличения подкожного жирового слоя и массы крови беременных.

Таким образом, все изменения, возникающие в организме женщины в связи с беременностью, являются физиологическими. Эти изменения способствуют правильному развитию плода без ущерба для организма самой беременной женщины. Больше того, беременность способствует расцвету организма женщины.

акusher-lib.ru

ГЛАВА V

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

К числу основных и повседневных обязанностей акушерки относится обследование беременных женщин с целью выяснения ряда диагностических вопросов.

Прежде всего необходимо установить самый факт существования беременности. Далее выясняется срок беременности, устанавливается время предоставления родового отпуска и определяется предположительный срок родов.

Во время обследования выясняется, нормально ли протекает беременность или существуют заболевания и осложнения, которые могут отрицательно влиять на дальнейшее течение беременности и родов.

При распознавании беременности используют совокупность данных опроса (анамнеза) и объективного обследования.

В акушерской практике применяют следующие методы объективного обследования.

1. Общепринятые в медицине клинические методы обследования (осмотр, исследование внутренних органов методом перкуссии, аускультации, пальпации и др.).

2. Специальные методы обследования. К специальным методам акушерского обследования относятся: а) внутреннее (влагалищное) и наружно-внутреннее исследование, б) исследование при помощи зеркал, в) пальпация плода, г) определение размеров и формы таза, д) измерение внутриутробного плода и др.

3. Для своевременного выявления возможных осложнений беременности применяют лабораторные методы исследования (исследование мочи и крови, серологические реакции и др.).

ОПРОС БЕРЕМЕННОЙ

Опрос беременной производится по определенному плану. Все полученные данные заносятся в карту беременной или в историю родов.

1. Выясняют так называемые паспортные данные: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и профессия, место жительства.

Вопрос о возрасте имеет большое значение потому, что у очень юных и старых первобеременных женщин нередко возникают осложнения беременности и родов.

2. Причины, заставившие женщину обратиться к медицинской помощи.

Беременные обычно обращаются впервые по поводу прекращения менструаций и подозрения на беременность; нередко предъявляют жалобы

на изменение вкуса, тошноту, рвоту и другие расстройства, встречающиеся в ранние сроки беременности. Бывают жалобы на кровянистые выделения из половых путей, являющиеся симптомом многих осложнений (аборт, внематочная беременность, пузырный занос, предлежание плаценты и др.).

Беременные иногда отмечают расстройства, указывающие на наличие токсикозов беременности, заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др. Все заявления и жалобы беременной следует внимательно выслушать и использовать в целях диагностики.

3. Наследственность и перенесенные заболевания.

Наследственные (семейные) заболевания представляют интерес потому, что они могут оказать неблагоприятное влияние на развитие плода. Необходимо выяснить, не было ли в семье беременной и ее мужа сифилиса, алкоголизма, психических заболеваний. Важно получить сведения о всех ранее перенесенных заболеваниях. Большой интерес представляют заболевания детского возраста. Например, перенесенный в детстве рахит ведет к деформациям таза, которые осложняют течение родов. Поэтому всегда выясняют, имел ли место рахит (поздно прорезались зубы, поздно начала ходить, наличие деформации скелета и др.).

Свинка и корь могут вызвать задержку развития половых органов. Дифтерия вульвы и влагалища сопровождается образованием рубцовых сужений. Заболевание почек, нередко возникающее после скарлатины, отягощает течение беременности и обычно служит показанием к ее прерыванию. Выясняются также перенесенные в зрелом возрасте инфекционные заболевания, а также гинекологические заболевания.

Перенесенные ранее заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек и других органов могут отразиться на течении беременности и родов. Кроме того, беременность и роды могут вызвать новые вспышки затихших заболеваний сердца, почек, печени и других органов.

4. Менструальная функция.

При опросе выясняют: а) в каком возрасте появились первые менструации и через какой промежуток времени они установились, б) тип менструации (3- или 4-недельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и др.), в) изменились ли менструации после начала половой жизни, бывших родов и аборт, г) когда была последняя менструация. Менструальная функция характеризует состояние полового аппарата и всего организма женщины.

Появление первой менструации в 17—18 лет и позднее, длительный срок от первых менструаций до установления нормального цикла (выше 5 месяцев), болезненность менструаций характерны для недоразвития половых органов.

Нарушение менструальной функции после начала половой жизни, родов или абортов чаще всего является признаком воспалительного заболевания внутренних половых органов.

5. Секреторная и половая функция.

Выясняют, нет ли выделений из половых путей. Патологические выделения (обильные, гнойные, слизистые или водянистые с примесью гноя и т. д.) указывают обычно на наличие воспалительных заболеваний; причиной их возникновения может быть полип, эрозия, рак шейки матки и др.

При опросе спрашивают, нет ли болей и кровянистых выделений при половых сношениях.

6. Детородная функция или акушерский анамнез.

В этой важной части опроса выясняют следующие данные.

а) Которая по счету настоящая беременность.

б) Течение предыдущих беременностей: не было ли токсикозов (рвота, слюнотечение, отеки и др.), заболеваний сердечно-сосудистой системы,

почек, печени и других органов. Наличие указанных заболеваний в прошлом побуждает особенно внимательно наблюдать за женщиной при настоящей беременности.

в) Как закончились предыдущие беременности: родами или выкидышами.

При наличии выкидышей следует установить: характер их—самопроизвольный или искусственный, на каком месяце произошел выкидыш, были ли заболевания после выкидыша и их характер.

Преждевременные роды и самопроизвольные аборты указывают на задержку развития половых органов (инфантилизм) или на наличие заболеваний, которые неблагоприятно влияют на течение беременности (воспаление эндометрия, опухоли, инфекционные заболевания и др.).

После самопроизвольных и искусственных выкидышей нередко возникают воспалительные заболевания половых органов, беременность и роды протекают с осложнениями, развивается склонность к преждевременному прерыванию беременности. Наблюдаются кровотечения во время родов и неправильная родовая деятельность.

г) Характер предыдущих родов: срочные или преждевременные, их течение. Правильное течение предыдущих родов свидетельствует о хорошем здоровье беременной и отсутствии отклонений в родовых путях. Осложнения и оперативные вмешательства при предыдущих родах, мертворождения или смерть ребенка вскоре после рождения указывают на возможные аномалии родовых путей или заболевания беременной.

Патологические роды в прошлом (отягощенный акушерский анамнез) дают основание ожидать возникновения осложнений при настоящей беременности и родах.

д) Наблюдались ли ранее послеродовые заболевания. Послеродовые заболевания могут вызвать серьезные осложнения при последующих родах (неправильная родовая деятельность, приращение последа, разрыв матки).

7. Выясняется промежуток времени от начала половой жизни до наступлений первой беременности. Отсутствие беременности в продолжение нескольких лет (без применения противозачаточных средств) может свидетельствовать об инфантилизме. При инфантилизме течение родов осложняется слабостью родовых сил и др.

8. Выясняют здоровье мужа, особенно заболевания, опасные в смысле заражения беременной и будущего ребенка (гонорея, туберкулез и др.).

9. Условия труда и быта имеют большое значение для здоровья беременной и развития внутриутробного плода. Поэтому следует получить исчерпывающие сведения по этим вопросам и принять меры к созданию для беременной наиболее благоприятных условий жизни.

После ознакомления с анамнезом приступают к объективному исследованию, которое начинают с осмотра.

ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ

Осмотр нередко позволяет получить очень ценные данные для диагноза. Например, при маленьком росте беременной можно предполагать наличие узкого таза. Деформации позвоночника и нижних конечностей, анкилозы суставов и другие отклонения в костной системе указывают на возможность изменения формы таза. При недоразвитии молочных желез и слабой растительности на половых органах можно предполагать недостаточное развитие половых органов. Отечность ног и других частей тела указывает на осложненное течение беременности (токсикоз, заболевание сердца и др.).

Бледность кожи и видимых слизистых, синюшность губ, желтушность кожи и склер являются признаками ряда серьезных заболеваний.

Осмотр живота во второй половине беременности иногда позволяет выявить отклонения от нормального течения беременности. При нормальной беременности и правильном положении плода живот имеет овоидную (яйцевидную) форму; при поперечном (неправильном) положении плода живот раздается в бока, при многоводии он шарообразный, увеличивается очень резко, несоответственно сроку беременности. Форма живота может измениться при узком тазе (стр. 313).

Необходимо производить осмотр пояснично-крестцового ромба, форма которого в совокупности с другими данными позволяет судить о строении таза (стр. 313).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

После осмотра производят исследование сердца, легких и органов брюшной полости по общепринятой методике (аускультация, перкуссия, пальпация).

Исследование сердца, легких и других органов у беременных совершенно необходимо для своевременного выявления заболеваний, при которых беременность противопоказана.

У беременных измеряют артериальное давление, исследуют мочу и кровь; измеряют вес тела.

Во второй половине беременности измерение артериального давления, взвешивание и исследование мочи производят систематически.

После применения всех указанных методов исследования приступают к специальному, акушерскому исследованию.

При распознавании беременности ранних и поздних сроков пользуются разными методами исследования.

ДИАГНОСТИКА РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз беременности является несомненным, если при обследовании определяются части плода, сердцебиение и шевеление плода, на рентгенограмме—скелет плода. Эти достоверные признаки беременности появляются не в начале ее, а в более поздние сроки (V—VI месяц).

В ранние сроки диагноз беременности устанавливается на основании предположительных и вероятных признаков.

Предположительные признаки беременности. К предположительным признакам относятся проявления общих изменений, связанных с беременностью.

1. Перемены в аппетите, прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам—мелу, саже и др.), тошнота, рвота по утрам.

2. Изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.).

3. Изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.

4. Пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков.

Вероятные признаки беременности. К данной группе признаков относятся изменения в половых органах и менструальной функции.

1. Прекращение менструации. Менструация может прекратиться при тяжелых заболеваниях и переживаниях (страх, горе и др.). Прекращение менструации у здоровой женщины обычно бывает связано с наступлением беременности.

2. Синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

3. Изменение величины, формы и консистенции матки.

4. Появление молочива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на грудь.

Выявление вероятных признаков беременности производится путем: а) осмотра наружных половых органов и слизистой входа во влагалище, б) исследования при помощи зеркал, в) влагалищного и двуручного исследования женщины, г) ощупывания молочных желез и выдавливания молочива.

Исследование производят на гинекологическом кресле или на кушетке; в последнем случае женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены; под крестец подкладывают валик.

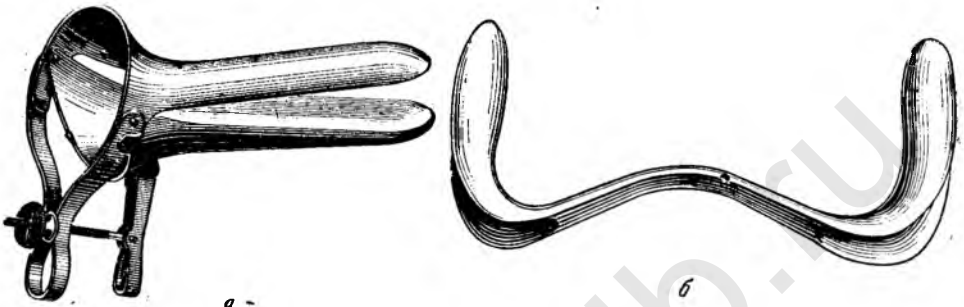


Рис. 67. Влагалищные зеркала.
а—створчатое зеркало; б—ложкообразное зеркало.

Перед исследованием тщательно моют руки теплой водой и мылом, со щеткой, а затем обмывают их дезинфицирующим раствором (хлорамин 0,5%, лизол 1% и др.). Исследование лучше производить в стерильных резиновых перчатках. Наружные половые органы женщины обмывают слабым раствором марганцовокислого калия (1 : 6000) или другого дезинфицирующего вещества и обсушивают стерильной ватой. Большие и малые половые губы разводят указательным и большим пальцами левой руки и осматривают вульву, слизистую входа во влагалище, наружное отверстие уретры, выводные протоки бартолиновых желез и промежность.

Исследование при помощи зеркал. После осмотра наружных половых органов и слизистой входа во влагалище приступают к исследованию при помощи влагалищных зеркал. Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки и слизистой влагалища (вероятный признак беременности), а также заболевания шейки матки и влагалища (воспаление, эрозия, полип, рак).

Можно пользоваться створчатым и ложкообразными зеркалами (рис. 67). Створчатое зеркало вводят до сводов влагалища в сомкнутом виде, далее створки раскрывают, и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища.

Хороший доступ для осмотра шейки и влагалища создается при использовании ложкообразных зеркал (рис. 68). Вначале вводят заднее зеркало, располагают его на задней стенке влагалища и слегка надавливают на промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало (плоский подъемник), которым поднимают переднюю стенку влагалища. После осмотра шейки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.

Влагалищное исследование беременной. Указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; указательный и средний пальцы правой руки осторожно вводят во влагалище, большой

палец отведен кверху, безымянный и мизинец прижаты к ладони (рис. 69, а), а тыльная сторона их упирается в промежность. Введенными во влагалище

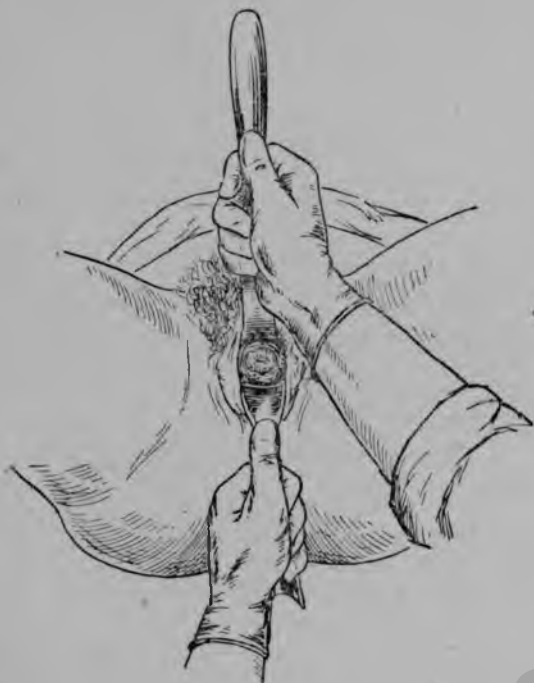


Рис. 68. Исследование при помощи ложкообразных зеркал.

к исследованию труб и яичников. Для этого пальцы внутренней и наружной руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стен-

пальцами исследуют состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (форма, консистенция) и наружного зева канала шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная и т. д.).

Двуручное исследование беременной. Закончив ощупывание шейки, приступают к двуручному исследованию (рис. 69, б).

Пальцы, введенные во влагалище, располагают в переднем своде влагалища, шейку матки слегка оттесняют кзади. Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде. Сближая пальцы обеих исследующих рук, находят тело матки и определяют ее положение, форму, величину, консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают

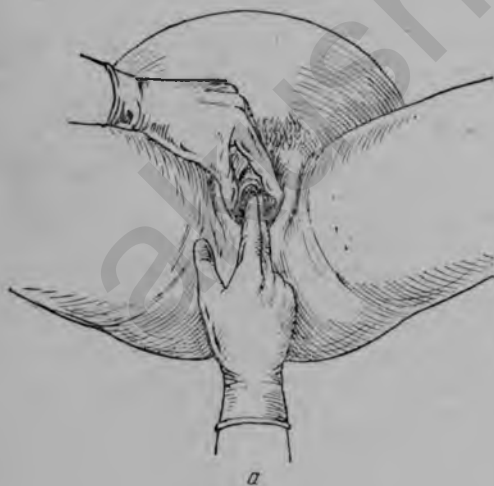


Рис. 69. Влагалищное исследование.
а—введение пальцев; б—двуручное исследование.

кам таза. В конце исследования прощупывают внутреннюю поверхность костей таза и измеряют диагональную конъюгату.

На наличие беременности указывают следующие признаки.

1. Увеличение матки. Увеличение матки заметно на 5—6-й неделе беременности; матка вначале увеличивается в переднезаднем направ-



Рис. 70. Признак беременности Горвица-Гегара.

лении (становится шарообразной), позднее увеличивается и поперечный размер ее. Чем больше срок беременности, тем яснее увеличение объема матки. К концу II месяца матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в конце III месяца дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

2. **Признак Горвица-Гегара** (рис. 70). Консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности.

3. **Признак Снегирева**. Для беременности характерна легкая изменчивость консистенции матки. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения плотнеет и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

4. **Признак Пискачека** (рис. 71). В ранние сроки беременности нередко определяется асимметрия матки, зависящая от куполообразного выпячивания правого или левого угла ее.

Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца выпячивание постепенно исчезает.

5. **Губарев и Гаус** обратили внимание на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности. Легкая смещаемость шейки



Рис. 71. Признаки беременности Пискачека.

связана со значительным размягчением перешейка. По наблюдениям Г е н т е р а, признаком ранней беременности является усиленный перегиб матки кпереди, возникающий в результате сильного размягчения перешейка.

Таким образом, в результате исследования получают целый ряд признаков, на основании которых устанавливается диагноз беременности. Учитывается вся сумма вероятных и предположительных признаков, выявленных при всестороннем обследовании женщины. Если диагноз ранней беременности сомнителен, то следует предложить женщине явиться на повторный осмотр через одну или две недели. В течение этого времени матка увеличивается, и все другие признаки беременности становятся яснее.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз беременности обычно устанавливают на основании данных клинического обследования (анамнез, осмотр, влагалищное исследование и др.). При распознавании некоторых видов патологической беременности нередко возникают затруднения. Например, не всегда легко отличить внепочечную беременность от воспаления придатков матки; иногда возникают затруднения при проведении дифференциального диагноза между беременностью и опухолью матки и т. д.

В подобных случаях, кроме тщательного клинического исследования женщины, используют гормональные методы диагностики беременности.

Гормональная реакция Ашгейм-Цондека. Данная реакция основана на том, что уже в первые недели беременности в организме женщины образуется большое количество гонадотропного гормона (пролана), который выводится с мочой.

Моча беременной женщины, введенная подкожно неополовозрелым мышам, вызывает у этих животных рост матки и фолликулов яичника, а также кровоизлияния в полость увеличенных фолликулов. Увеличенные фолликулы в дальнейшем превращаются в желтые тела.

При постановке этой реакции мочу дробными дозами (по 0,2—0,4 мм 6 раз в течение двух дней) вводят мышам, имеющим вес 6—8 г. Через 96—100 часов мышей вскрывают, матку и яичники подвергают осмотру. Реакция считается положительной при наличии роста матки и кровоизлияний в полость увеличенных фолликулов, которые видны невооруженным глазом.

Гормональная реакция на лягушках. Самцы некоторых пород лягушек и жаб выделяют сперматозоиды под влиянием гонадотропного гормона, содержащегося в моче беременных. Мочу беременной женщины (2,5 мл) вводят в спинной лимфатический мешок лягушек. Через 1—2 часа из клоаки лягушки стеклянной пипеткой набирают жидкость и исследуют ее под микроскопом. Реакция считается положительной, если обнаруживают подвижных сперматозоидов.

ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Во второй половине беременности появляются признаки, свидетельствующие о наличии плода в полости матки,— достоверные, или несомненные, признаки беременности.

Достоверные признаки беременности следующие:

1. **Прощупывание частей плода.** Во второй половине беременности при пальпации определяется головка, спинка и мелкие части (конечности) плода.

2. **Ясно слышимые сердечные тоны плода.** Сердечные тоны плода выслушиваются, начиная со второй половины беременности, в виде ритмичных ударов, повторяющихся 130—140 раз в минуту.

Иногда удается уловить сердцебиение плода с 18—19-й недели беременности.

3. Движения плода, ощущаемые лицом, исследующим беременную женщину. Движения плода определяют при исследовании женщины во второй половине беременности. Беременные ощущают движения плода с 20-й недели (повторнобеременные несколько раньше), но эти ощущения к достоверным признакам не относятся, потому что могут быть ошибочными. Так, женщина может принять за движение плода перистальтику кишечника.

4. Рентгеновское изображение скелета плода. Тени костей плода на рентгенограмме получают с V месяца беременности. Рентгенологический метод диагностики беременности применяется по особым показаниям.

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА В ПОЛОСТИ МАТКИ

При исследовании беременных и рожениц определяют: членорасположение, положение, позицию, вид и предлежание плода.

1. Членорасположение плода—отношение его конечностей и головки к туловищу. При типичном нормальном членорасположении туловище плода согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке. При нормальном сгибательном типе членорасположения плод имеет форму овоида, длина которого при доношенной беременности равна в среднем 25 см. Широкая часть овоида (тазовый конец плода) располагается в дне матки, узкая часть (затылок плода) обращена ко входу в малый таз.

Движения внутриутробного плода приводят к кратковременному изменению положения конечностей, но не нарушают характерного членорасположения.

2. Положение плода—отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Различают следующие положения плода.

а) Продольное положение—продольная ось плода и продольная ось матки совпадают (см. рис. 72, а).

б) Поперечное положение—продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом (см. рис. 78).

в) Косое положение—продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол. Продольное положение является нормальным, оно бывает в 99,5% всех родов; поперечное и косое положения патологические, встречаются в 0,5% родов.

3. Позиция плода—отношение спинки плода к правой или левой стороне матки.

Различают две позиции: первую и вторую. При первой позиции спинка плода обращена к левой стороне матки, при второй—к правой.

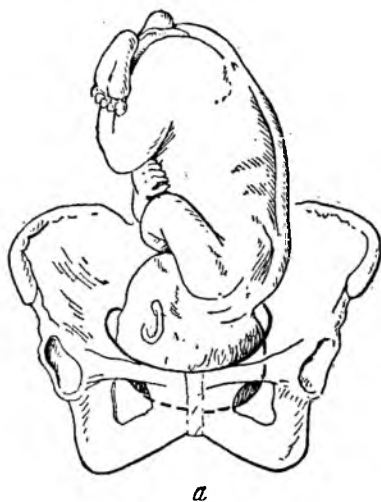
Первая позиция встречается чаще второй, что объясняется поворотом матки левой стороной вперед.

При поперечных и косых положениях позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева—первая позиция, справа—вторая позиция.

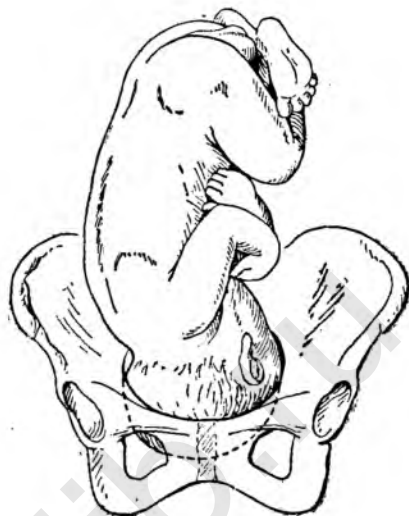
Спинка плода не всегда обращена вправо или влево, она обычно несколько повернута кпереди или кзади. Поэтому различают еще вид позиции.

4. Вид позиции—отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, то говорят о переднем виде позиции (рис. 72 и 73), если кзади—заднем виде позиции (рис. 74 и 75).

5. Предлежание плода—отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в таз. Если над входом в таз матери находится головка плода—предлежание головное, если тазовый конец—предлежание тазовое (рис. 76 и 77). Головное предлежание встречается в 96% родов, тазовое—в 3,5%.



a



a



b

Рис. 72.

a—продольное положение, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид; *b*—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди.



b

Рис. 73.

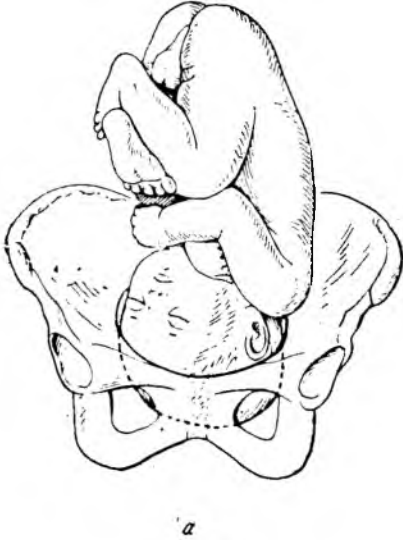
a—продольное положение, затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид; *b*—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди.

6. Предлежащей частью называется та часть плода, которая ближе ко входу в малый таз и первой проходит родовые пути.

При головном предлежании ко входу в малый таз может быть обращен затылок (затылочное предлежание), темя (переднеголовное предлежание), лоб (лобное предлежание) и личико плода (лицевое предлежание). Типическим предлежанием является затылочное (сгибательный тип), оно встречается в 95% всех продольных положений. При переднеголовном, лобном и лицевом предлежании головка находится в различной степени разгибания.

Эти предлежания относятся к разгибательному типу. Разгибательный тип предлежания встречается в 1% всех продольных предлежаний.

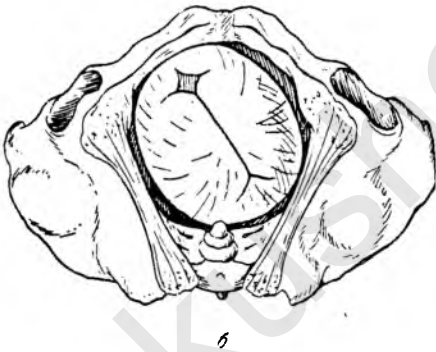
При тазовом предлежании ко входу в таз матери могут быть обращены ягодицы плода (чистое ягодичное предлежание), ножки (ножное предлежание), ягодицы вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное предлежание).



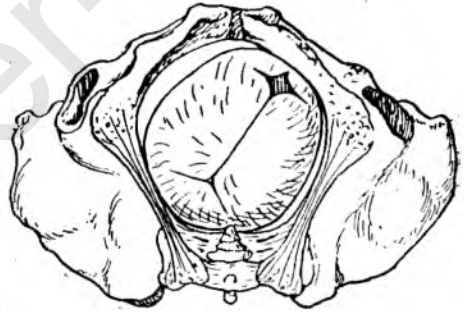
a



a



b



b

Рис. 74.

a—продольное положение, затылочное предлежание, первая позиция, задний вид; б—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади.

Рис. 75.

a—продольное положение, затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид; б—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади.

7. Вставление головки—отношение стреловидного шва к симфизу и промонторию.

Различают синклитические и асинклитические вставления головки. При синклитическом вставлении стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии от симфиза и промонтория. Асинклитическое вставление характеризуется тем, что стреловидный шов располагается ближе к промонторию или симфизу.

Если стреловидный шов ближе к промонторию, говорят о переднем асинклитизме (вставляется передняя теменная кость), если стреловидный

шов ближе к симфизу—о заднем асинклитизме (вставляется задняя теменная кость).

Синклитическое вставление головки является нормальным; при нормальных родах иногда наблюдается временный, резко выраженный перед-

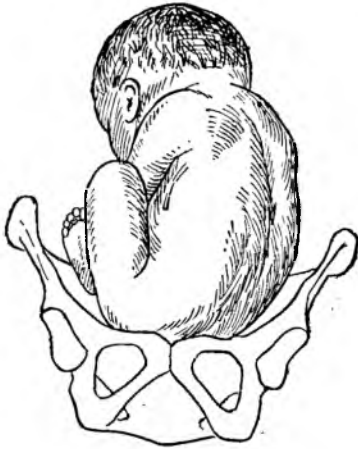


Рис. 76. Продольное положение, ягодичное предлежание, первая позиция, передний вид.



Рис. 77. Продольное положение, ягодичное предлежание, вторая позиция, задний вид.

ний асинклитизм, который заменяется самопроизвольно синклитическим вставлением. Выраженный передний и задний асинклитизм—явление патологическое.

Встречаются разные варианты положений, позиций, видов и предлежаний плода.

1. Продольные положения
 - А. Головные предлежания
 1. Затылочное предлежание (сгибательный тип)
 - Первая позиция передний вид (см. рис. 72)
 - Первая позиция задний вид (см. рис. 74)
 - Вторая позиция передний вид (см. рис. 73)
 - Вторая позиция задний вид (см. рис. 75)
 2. Разгибательные предлежания
 - а) Переднеголовное предлежание
 - Первая позиция передний вид
 - Первая позиция задний вид
 - Вторая позиция передний вид
 - Вторая позиция задний вид
 - б) Лобное предлежание
 - Первая позиция передний вид
 - Первая позиция задний вид
 - Вторая позиция передний вид
 - Вторая позиция задний вид
 - в) Лицевое предлежание
 - Первая позиция передний вид
 - Первая позиция задний вид
 - Вторая позиция передний вид
 - Вторая позиция задний вид
 - Б. Тазовые предлежания
 1. Чистое ягодичное предлежание
 - Первая позиция передний вид
 - Первая позиция задний вид
 - Вторая позиция передний вид
 - Вторая позиция задний вид

2. Смешанное ягодично-ножное предлежание

Первая позиция передний вид (см. рис. 76)

Первая позиция задний вид

Вторая позиция передний вид

Вторая позиция задний вид (см. рис. 77)

3. Ножное предлежание

Первая позиция передний вид

Первая позиция задний вид

Вторая позиция передний вид

Вторая позиция задний вид

II. Поперечные положения

Первая позиция передний вид (рис. 78)

Первая позиция задний вид

Вторая позиция передний вид

Вторая позиция задний вид



Рис. 78. Поперечное положение, первая позиция, передний вид.

МЕТОДЫ АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Основными методами акушерского исследования во второй половине беременности и в родах являются: пальпация и аускультация живота беременной (плода, находящегося в матке), и измерения таз а. Влагалищное исследование в родах производится всегда, а во второй половине беременности—по показаниям. При определении срока беременности пользуются измерением окружности живота и высоты стояния дна матки, размеров плода, находящегося в матке.

Пальпация живота. Основным методом наружного акушерского исследования является пальпация (ощупывание) живота. При пальпации определяют части плода, его величину, положение, позицию, предлежание, отношение предлежащей части плода к тазу матери (высоко над входом в таз, прижата ко входу, малым сегментом во входе и т. д.), ощущают движения плода, а также получают представление о количестве околоплодных вод и состоянии матки.

Пальпацию живота беременной производят по определенному плану, последовательно применяют четыре приема Леопольда.

Беременная (роженица) лежит на спине, акушерка становится справа от нее лицом к ее лицу.

Первый прием (рис. 79). Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают; осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности. Первым приемом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки (чаще тазовый конец).

Второй прием (рис. 80). Вторым приемом определяется спинка и мелкие части плода; по положению спинки судят о позиции и виде. Обе руки со дна матки перемещают книзу, до уровня пупка, и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят постепенно правой и левой рукой. Левая рука лежит спокойно на одном месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и ощупывают обращенную сюда часть плода. Затем правая рука лежит спокойно на стенке матки, а левой ощупывают части плода, обращенные к правой стенке матки. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, с противоположной—конечности, «мелкие части» плода. Спинка прощупывается в виде равномерной площадки, мелкие части— в виде небольших выступов, часто меняющих положение; иногда удается ощутить быстрые, толчкообразные движения конечностей.

Третий прием. Третий прием служит для определения предлежащей части плода. Акушерка также стоит справа, лицом к лицу беременной. Одну руку (обычно правую) кладут немного выше лонного сочленения так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных—на другой стороне нижнего сегмента матки (рис. 81). Медленным и осторожным движением пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть. Головка прощупывается в виде плотной, округлой части, имеющей отчетливые контуры.

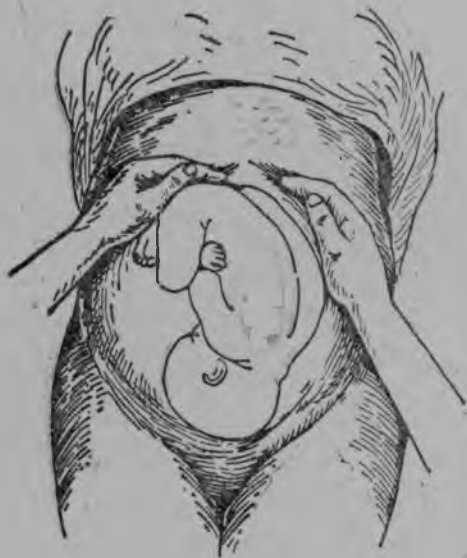


Рис. 79. Наружное исследование беременной. Первый прием.

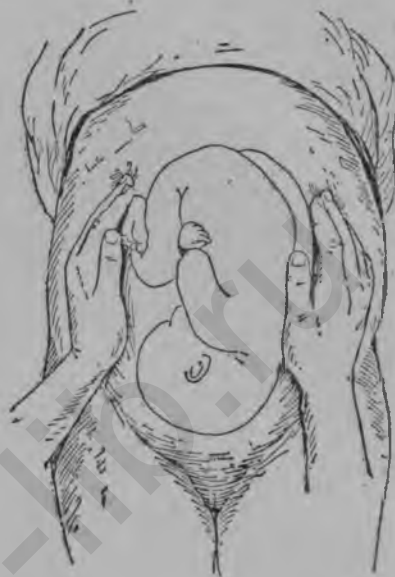


Рис. 80. Наружное исследование беременной. Второй прием.

При тазовом предлежании прощупывается объемистая, мягковатая часть, не имеющая округлой формы. При поперечных и косых положениях предлежащая часть не прощупывается.

Третьим приемом можно определить подвижность головки. Короткими легкими толчками стараются сдвинуть головку справа налево и наоборот; при этом исследующие пальцы ощупывают «баллотирование» головки. Чем выше головка над входом в таз, тем яснее «баллотирование». При неподвижно стоящей во входе в таз головке, а также при тазовом предлежании «баллотирование» отсутствует.

Третий прием исследования производится очень осторожно и бережно; резкие движения вызывают болезненные ощущения и рефлекторные напряжения мышц передней брюшной стенки.

Четвертый прием. Этот прием, являющийся дополнением и продолжением третьего приема, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень ее стояния. Встают справа, лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, концы пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и концами пальцев определяют предлежащую часть (головка, тазовый конец) и высоту ее стояния (рис. 82). Данный прием позволяет выявить, находится ли головка над входом в малый таз или прошла через плоскость входа в таз малым или большим сегментом; если головка значительно опустилась в полость таза, то прощупывается только ее основание. Также успешно

определяется высота стояния предлежащего тазового конца плода. При помощи четвертого приема на предлежащей головке можно определить

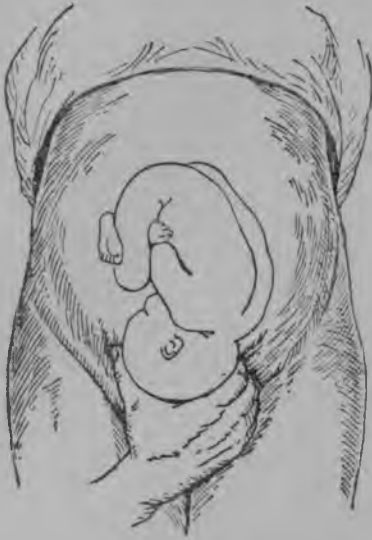


Рис. 81. Наружное исследование беременной. Третий прием.



Рис. 82. Наружное исследование беременной. Четвертый прием.

затылок и подбородок, а также постепенное опускание головки в таз во время родов.

Аускультация. Выслушивание живота беременной и роженицы производится акушерским стетоскопом (рис. 83). Акушерский стетоскоп отличается от обыкновенного широкой воронкой, которая прикладывается к оголенному животу женщины (рис. 84). Можно выслушивать непосредственно ухом, но этот способ менее удобен и точен.



Рис. 83. Акушерский стетоскоп.



Рис. 84. Выслушивание сердцебиения плода.

При выслушивании живота определяются сердечные тоны плода. Кроме того, можно уловить разные звуки, исходящие из организма матери:

1) биение брюшной аорты, совпадающее с пульсом женщины, 2) дующие маточные шумы, возникающие в крупных кровеносных сосудах, проходящих в боковых стенках матки (совпадают с пульсом женщины), 3) неритмичные кишечные шумы.

К звуковым явлениям, исходящим от плода, относятся: 1) сердечные тоны плода, 2) глухие, неритмичные, толчкообразные движения плода, которые улавливаются непостоянно.

Аускультацию производят главным образом с целью выслушивания сердечных тонов плода, которые служат достоверным признаком беременности. Путем выслушивания сердечных тонов также выясняют состояние внутриутробного плода, что имеет особо важное значение во время родов.

Сердечные тоны плода прослушиваются с начала второй половины беременности (реже с 18—20 недель) и с каждым месяцем становятся отчетливее. Сердечные тоны плода лучше прослушиваются с той стороны живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке плода. Только при лицевых предлежаниях сердцебиение плода отчетливее со стороны грудной клетки плода.

При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается ниже пупка, слева—при первой позиции, справа—при второй позиции.

При тазовых предлежаниях сердцебиение наиболее отчетливо выше пупка (вблизи головки плода) на той стороне, куда обращена спинка (при первой позиции слева, при второй—справа) (рис. 85).

При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка, ближе к головке.

При переднем виде головных и тазовых предлежаний сердцебиение лучше прослушивается ближе к средней линии живота, при заднем—дальше от средней линии, сбоку живота.

Во время родов, при опускании головки плода в полость таза и ее рождении, сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота.

Сердечные тоны плода выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, повторяющихся в среднем 130—140 раз в минуту.

Во время родовых схваток и потуг происходит физиологическое замедление сердечных тонов плода, зависящее от временного сдавления сосудов матки сокращающейся мышцей. Между схватками и потугами восстанавливается обычная частота сердцебиений.

Замедление сердцебиения плода во время пауз между схватками до 110—100, а также учащение выше 150 ударов в минуту указывает на угрозу асфиксии плода.

Исследование газа. Во время беременности и родов производят тщательное исследование газа (стр. 51).

Внутреннее (влагалищное) исследование в поздние сроки беременности и в родах. Влагалищное исследование представляет опасность в отношении

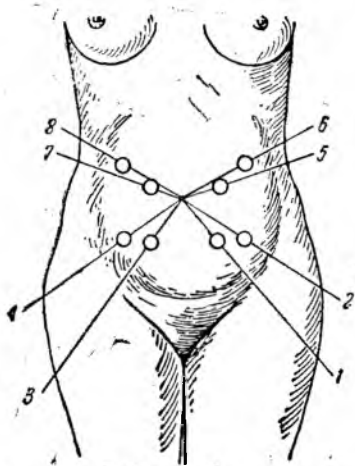


Рис. 85. Место наиболее ясного сердцебиения при различных положениях плода.

1—при переднем виде первой позиции головного предлежания; 2—при заднем виде первой позиции головного предлежания; 3—при переднем виде второй позиции головного предлежания; 4—при заднем виде второй позиции головного предлежания; 5—при переднем виде первой позиции тазового предлежания; 6—при заднем виде первой позиции тазового предлежания; 7—при переднем виде второй позиции тазового предлежания; 8—при заднем виде второй позиции тазового предлежания.

возможности занесения патогенных микробов в родовые пути женщины. Патогенные микробы, занесенные при исследовании, могут вызвать развитие тяжелых послеродовых заболеваний. Поэтому соблюдается определенный порядок проведения влагалищного исследования.

1. Влагалищное исследование производится при тщательном выполнении всех правил асептики и антисептики; перед исследованием осуществляется обеззараживание рук акушерки и наружных половых органов беременной (роженицы) (глава VII).

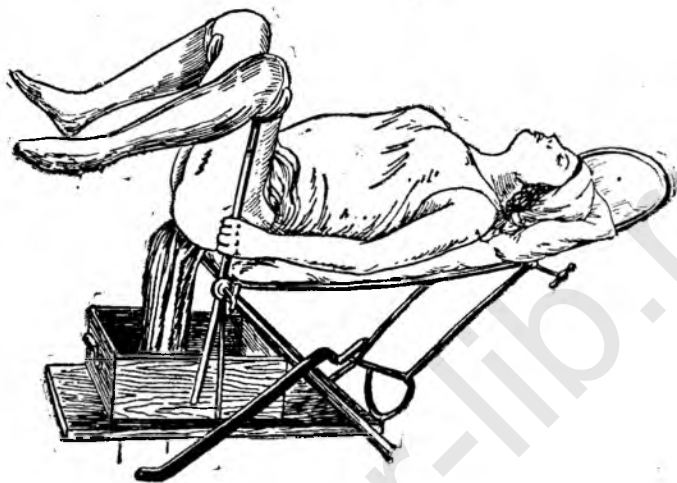


Рис. 86. Положение беременной (роженицы) при влагалищном исследовании.

2. Во второй половине и в конце беременности влагалищное исследование производится лишь у тех женщин, которые явились в консультацию первично в поздние сроки беременности, а также при необходимости уточнить состояние родовых путей (влагалище, шейка, внутренняя поверхность костей таза) и размер диагональной конъюгаты. В конце беременности через своды влагалища можно определить предлежащую часть, поэтому влагалищное исследование можно применить для уточнения положения и предлежания плода, если эти данные при наружном исследовании достаточно отчетливо не выявляются.

3. У рожениц, согласно рекомендации, принятой IV пленумом Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР, влагалищное исследование производится при поступлении в родовспомогательное учреждение и после отхождения околоплодных вод, в дальнейшем по показаниям. Такой порядок позволяет своевременно выявить осложнения в течении родов и оказать нужную помощь.

Влагалищное исследование производят следующим образом.

Беременная (роженица) лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и раздвинуты (рис. 86). Руки акушерки и наружные половые органы беременной обеззаражены. Большим и указательным пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы и производят осмотр половой щели, входа во влагалище, клитора, наружного отверстия уретры, промежности. Затем осторожно вводят во влагалище указательный и средний пальцы правой руки (большой палец отведен

кверху, безмянный и мизинец прижаты к ладони) (рис. 87). Исследование производят в следующем порядке.

1. Определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища; выявляют, нет ли рубцов, опухолей, перегородок и других патологических состояний.

2. Находят шейку матки и определяют её форму, величину, консистенцию; при исследовании рожениц определяют степень сглаживания шейки («сохранена», «укорочена», «сглажена»).

3. Исследуют состояние наружного отверстия канала шейки матки (форма, круглая или щелевидная, закрыт или открыт). У рожениц определяют состояние краев зева (мягкие или ригидные, толстые или тонкие) и степень открытия зева. В зев вводят кончик одного или обоих пальцев и выясняют, открыт ли он на 1—2—3—4 пальца или открытие полное.

4. У рожениц выясняют состояние плодного пузыря (цел или нарушен, степень напряжения).

5. Определяют подлежащую часть (головка, ягодицы, ножки), где она находится (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе таза), опознавательные пункты на ней (на головке—швы и роднички, на тазовом конце—крестец, задний проход, половые органы и др.), по их расположению судят о механизме родов.

6. Получив полное представление о состоянии влагалища, шейки матки, зева, плодного пузыря и подлежащей части, производят ощупывание внутренней

поверхности крестца, симфиза и боковых стенок таза. Ощупывание таза позволяет выявить деформацию костей таза (костные выступы, уплощенные крестца, неподвижность крестцово-копчикового сочленения и др.) и судить о емкости таза.

7. В конце исследования измеряют диагональную конъюгату.

Во время родов известное представление о продвижении головки дает метод Пискачека. Указательный и средний пальцы обертывают стерильной марлей, кончики их располагают по боковому краю правой большой половой губы и производят давление вглубь, параллельно влагалищной трубке, до встречи с головкой. Пальцы достигают головки в том случае, если она находится в полости или выходе таза. Головка, стоящая малым сегментом во входе, при использовании данного метода не достигается.

Выполняя прием Пискачека, необходимо тщательно следить за тем, чтобы пальцы не проникли в просвет влагалища.

Рентгенологическое исследование. Методом рентгенографии можно определить положение и членорасположение плода (рис. 88), наличие многоплодия, особенности строения таза и его размеры.

Однако к рентгенографии прибегают только в тех случаях, когда при обычных методах исследования (пальпация, аускультация, влагалищное исследование и др.) не получают убедительных данных для точного диагноза.

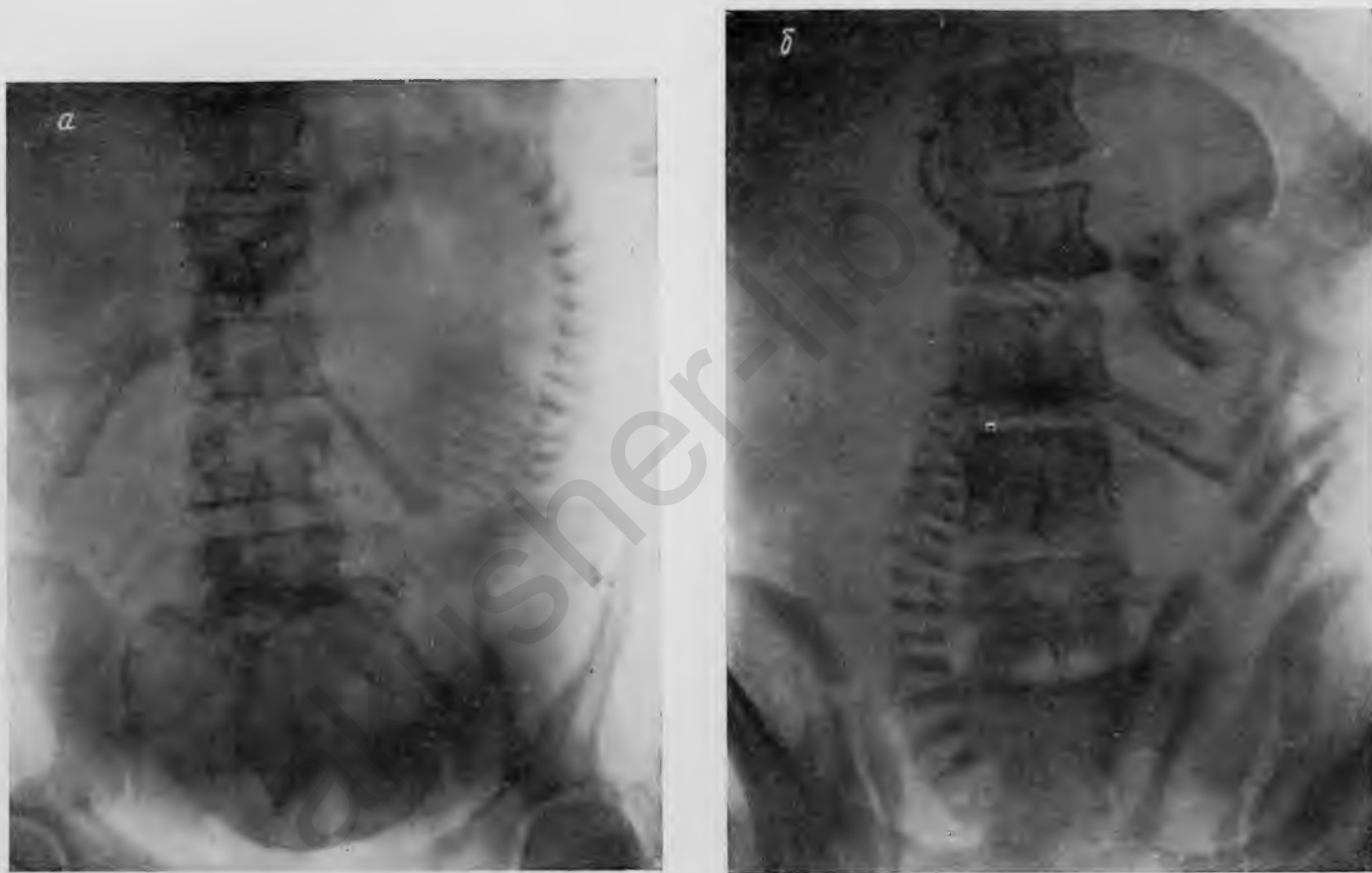


Рис. 88. Рентгенологическое исследование плода.
a — головное предлежание; *b* — ягодичное предлежание.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ РОДОВ

Определение срока беременности и родов имеет большое значение.

Беременным женщинам в нашей стране предоставляются многие льготы. В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26/III 1956 г. работницам и служащим предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью в 112 дней (56 дней до родов и 56 дней после родов). В случае ненормальных родов или рождения двух и более детей отпуск после родов увеличивается до 70 дней.

По инструкции, утвержденной Наркомздравом СССР 13/XII 1954 г., к ненормальным относятся следующие роды: а) роды двойней и более; б) роды, которые сопровождалась или которым непосредственно предшествовали нефропатия, преэклампсия и эклампсия; в) роды, сопровождающиеся следующими акушерскими операциями: кесаревым сечением и другими чревосечениями во время родов, наложением щипцов, классическим и комбинированным поворотом на ножку, извлечением плода за тазовый конец, плодоразрушающими операциями и ручным отделением последа; г) роды, сопровождающиеся значительной потерей крови, вызвавшей вторичную анемию (гемоглобин ниже 50%) и сопутствующие ей заболевания; д) роды, сопровождавшиеся разрывом матки, глубокими разрывами шейки матки, разрывом промежности третьей степени, расхождением лонного сочленения; е) роды с послеродовыми заболеваниями, сопровождавшимися лихорадочным состоянием свыше 8 дней (тяжелые формы эндометритов, воспаление тазовой брюшины и клетчатки, воспаление вен, общие септические заболевания и др.); ж) роды у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов (эндокардиты с анатомическим поражением клапанов сердца, поражения мышцы сердца и стойкая гипертония), туберкулезом в активной форме, болезнями почек и почечных лоханок, базедовой болезнью, диабетом и малярией, обострившейся в конце беременности или в родах, хроническим паренхиматозным поражением печени с выраженным нарушением функции; з) преждевременные роды (рождение незрелого плода).

По решению II Всесоюзного съезда колхозников-ударников в Примерный устав сельскохозяйственной артели внесен пункт об отпусках беременным колхозницам. В соответствии с этим Уставом, утвержденным СНК СССР и ЦК ВКП(б) 17/II 1935 г., беременные колхозницы освобождаются от работы за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением за ними содержания на эти два месяца в половинном размере средней выработки ими трудодней.

Женщины не допускаются к работе в ночное время с момента установления у них беременности. Беременные работницы и служащие с четырех месяцев беременности не привлекаются на сверхурочные работы. При переводе беременной женщины на легкую работу за ней сохраняется заработная плата из расчета последних 6 месяцев работы.

Использование всех указанных льгот способствует правильному течению беременности, сохранению здоровья беременной и развитию внутриутробного плода в благоприятных условиях. Полное использование беременными всех указанных льгот зависит от своевременной и правильной диагностики сроков беременности в медицинских учреждениях.

Беременность у женщины в среднем продолжается 280 дней, т. е. 40 недель, или 10 акушерских месяцев от первого дня последней менструации.

Описаны случаи рождения зрелых детей при беременности, продолжавшейся 230—240 дней. Нередко наблюдается увеличение срока беременности выше 280 дней (переношенная беременность, запоздалые роды).

Известны отдельные наблюдения, когда беременность продолжалась 310—320 дней и больше. Указанные отклонения от средней продолжительности беременности вносят затруднения при определении срока беременности и даты родов. Точно определить срок беременности трудно и потому, что невозможно установить, в какой день произошло оплодотворение. Диагностика срока беременности осложняется в тех случаях, когда женщина забывает дату последней менструации и первого шевеления плода, при многоводии, двойнях, неправильных положениях плода.

Несмотря на встречающиеся затруднения, срок беременности и дата предстоящих родов определяются в большинстве случаев правильно.

Для возможно точной диагностики срока беременности и родов необходимо: 1) брать женщин на учет в самые ранние сроки беременности и исследовать ее 1—2 раза в месяц; 2) учитывать данные анамнеза и всю совокупность данных объективного обследования беременной.

Из данных анамнеза для определения срока беременности и родов имеют значение сведения о времени последней менструации и первого шевеления плода.

О сроке беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента, когда определяется этот срок.

Для вычисления срока родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, т. е. 10 акушерских или 9 календарных месяцев и 7 дней. Обычно расчет срока родов производится проще: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней. Например: если последняя менструация началась 2/X, то, отсчитав назад три месяца (2/IX, 2/VIII, 2/VII) и прибавив 7 дней, определяют ожидаемую дату родов—9/VII; если последняя менструация началась 20/V, то предполагаемый срок родов 27/II и т. д.

При определении срока беременности и родов учитывают время первого шевеления плода, которое ощущается первобеременными с 20 недель, т. е. с середины беременности, повторнобеременными—недели на 2 раньше.

К дате первого шевеления прибавляют 5 акушерских месяцев у первобеременных и 5¹/₂ акушерских месяцев у повторнобеременных и получают предполагаемый срок родов. Первое шевеление плода—признак субъективный и значительно менее надежный, чем дата последней менструации. Женщины нередко забывают срок первого шевеления плода или ошибочно определяют эту дату, приняв за движения плода перистальтику кишечника. Время шевеления плода учитывается только как вспомогательный признак.

Для распознавания срока беременности и выяснения даты родов большое значение имеют данные объективного обследования: определение величины матки, объема живота, приблизительной длины внутриутробного плода и размеров его головки.

В первые месяцы срок беременности устанавливают по величине матки, определяемой при влагалищном исследовании. После III месяцев определяют высоту стояния дна матки, позднее измеряют объем живота и выясняют размеры внутриутробного плода.

Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности. В конце I акушерского месяца (4 недели) величина матки достигает приблизительно размеров куриного яйца. В этот срок определение беременности почти невозможно.

В конце II акушерского месяца беременности (8 недель) величина матки приблизительно соответствует размерам гусиного яйца.

В конце III акушерского месяца беременности размер матки достигает величины головки новорожденного.

Начиная с IV месяца дно матки прощупывается через брюшные стенки и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки (рис. 89). При этом следует помнить, что на высоту стояния дна матки могут влиять размеры плода, избыточное количество околоплодных вод, двойня, неправильное положение плода и другие особенности течения беременности. Поэтому высота стояния матки при определении срока беременности учитывается в совокупности с другими признаками (последняя менструация, первое шевеление и др.).

В конце IV акушерского месяца (16 недель) дно матки располагается на середине между лобком и пупком (на четыре поперечных пальца выше симфиза).

В конце V акушерского месяца (20 недель) дно матки на два поперечных пальца ниже пупка; заметно выпячивание брюшной стенки.

В конце VI акушерского месяца (24 недели) дно матки находится на уровне пупка.

В конце VII акушерского месяца (28 недель) дно матки определяется на 2—3 пальца выше пупка.

В конце VIII акушерского месяца (32 недели) дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком. Пупок начинает сглаживаться. Окружность живота на уровне пупка 80—85 см.

В конце IX акушерского месяца (36 недель) дно поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг—это наивысший уровень стояния дна беременной матки. Окружность живота в среднем 90 см. Пупок сглажен.

В конце X акушерского месяца (40 недель) дно матки опускается до уровня, на котором оно находилось в конце VIII месяца, т. е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пупок выпячивается. Окружность живота 95—98 см, головка опускается, у первобеременных прижимается ко входу в таз или стоит малым сегментом во входе в таз.

При одинаковом уровне стояния дна матки VIII и X месяцы беременности отличаются по окружности живота (при VIII месяцах окружность живота 80—85 см, при X месяцах—95—98 см), по положению головки (при VIII месяцах—высоко над входом в таз, «баллотирует», при X месяцах—опущена, у первобеременных фиксирована во входе в таз), по состоянию пупка (при VIII месяцах—сглаживание, при X месяцах—выпячивание).

В конце X месяца беременные отмечают, что живот опустился, стало легче дышать.

Для распознавания срока беременности известное значение имеет измерение высоты стояния дна матки над лоном и объема живота.

Измерение высоты стояния дна матки над лоном производят сантиметровой лентой или тазомером. Женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевой пузырь опорожнен перед исследованием.

Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. При измерении сантиметровой лентой получают следующие величины.

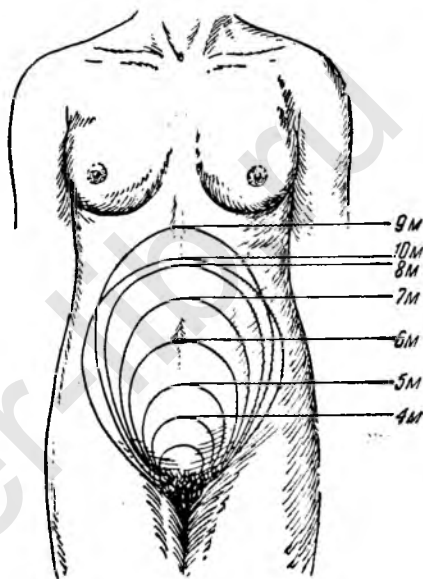


Рис. 89. Высота стояния дна матки в разные сроки беременности.

Срок беременности	Высота стояния дна матки над лоном (в сантиметрах)	Срок беременности	Высота стояния дна матки над лоном (в сантиметрах)
IV месяца	6—7	VIII месяцев	28—30
V месяцев	12—13	IX »	32—34
VI »	20—24	X »	28—30
VII »	24—28		

Как видно из приведенных данных, высота стояния дна матки в один и тот же срок беременности у разных женщин варьирует в пределах 2—4 см; поэтому данные о высоте стояния дна матки при определении срока беременности имеют относительное значение.

Во второй половине беременности производят измерение окружности живота сантиметровой лентой, которую спереди накладывают на уровне пупка, сзади—на середину поясничной области.

Измерение длины внутриутробного плода вносит дополнительные данные для определения срока беременности. Точное измерение внутриутробного плода затруднительно, и получаемые при этом данные имеют только ориентировочный характер.

Измерение производят при помощи обыкновенного тазомера. Женщина лежит на спине; мочевой пузырь должен быть опорожнен до измерения. Ощупав через брюшную стенку часть плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую—на дно матки, где чаще находятся ягодицы плода (рис. 90). В. В. Сутугин установил, что расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет ровно половину длины внутриутробного плода (от темени до пяток).

Поэтому величину, полученную при измерении расстояния от нижнего полюса головки до ягодиц, умножают на 2. Из по-

лученной цифры вычитают 2—3 см, в зависимости от толщины брюшных стенок. Установив таким образом длину плода, делят эту цифру на 5 и получают срок беременности (во второй половине беременности длина плода соответствует произведению, получаемому при умножении месяца беременности на 5). Например: расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца 21 см; эту цифру удваивают (42 см), вычитают 2 см и получают длину плода, которая в данном случае равна 40 см. Такую длину плод имеет в конце VIII месяца внутриутробной жизни ($40 : 5 = 8$).

Измерение головки плода дает вспомогательные цифры для уточнения поздних сроков беременности. Женщина лежит на спине; по возможности тщательнее ощупывают головку плода; пуговки тазомера устанавливают на самых выдающихся пунктах головки, которые обычно соответствуют области затылка и лба. Лобно-затылочный размер головки в конце VIII месяца (32 недели) плода в среднем равен 9,5 см, в конце IX (35—36 недель) —11 см.

Определение срока родового отпуска. Определение срока беременности приобретает особое значение при выдаче родового отпуска работницам и служащим (56 дней до родов) и колхозницам (месяц до родов).

Определение срока родового отпуска производится на основании учета всех данных анамнеза и объективного исследования. Учитывается срок последней менструации и первого шевеления плода, а также данные исследования при предыдущих явках беременной к акушерке. Для определения

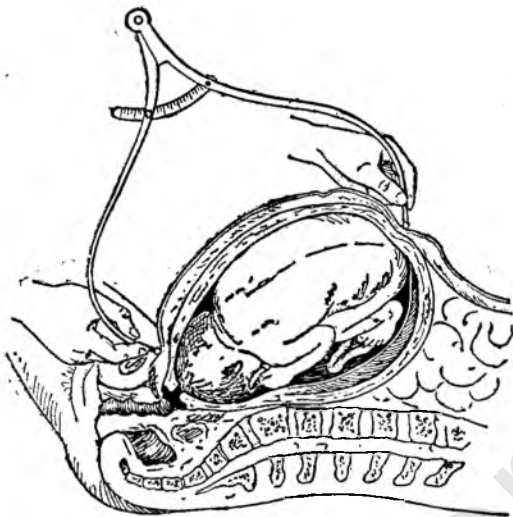


Рис. 90. Измерение длины внутриутробного плода.

срока дородового отпуска важное значение имеет явка беременной к акушерке вскоре после прекращения менструаций и определение беременности в ранние сроки.

Данные исследования матки у различных женщин в один и тот же срок беременности неодинаковы, что зависит от величины и положения плода, количества околоплодных вод, высоты стояния предлежащей части и т. д. У большинства женщин при 32-недельной беременности дно матки находится на середине между пупком и мечевидным отростком или несколько выше этого уровня. Высота стояния дна матки над уровнем лона при измерении сантиметровой лентой 28—30 см. Головка у первобеременных прижата к тазу, у повторнобеременных—подвижна; лобно-затылочный размер в среднем 9,5—10 см; окружность живота равна 85—90 см.

При 36-недельной беременности дно матки достигает уровня мечевидного отростка, высота стояния дна матки над уровнем лона 31—32 см, окружность живота 90—95 см; головка у первородящих фиксирована ко входу в таз, у повторнобеременных может быть подвижной; лобно-затылочный размер головки 11—11,5 см.

При 36-недельной беременности начинается сглаживание пупка. Для уточнения срока беременности производится измерение длины внутриутробного плода.

При тазовых предлежаниях дно матки стоит на 2—3 см выше, чем при головных предлежаниях.

РАСПОЗНАВАНИЕ ЖИЗНИ И СМЕРТИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

В акушерской практике иногда приходится решать вопрос о том, жив ли внутриутробный плод или он погиб в связи с каким-нибудь патологическим процессом. В первой половине беременности, когда достоверные признаки беременности отсутствуют, вопрос о жизни плода решается путем наблюдения за ростом матки. Если величина матки соответствует сроку беременности и продолжает увеличиваться, то этот признак свидетельствует о том, что плод жив и развивается.

Во второй половине беременности заключение о жизни и смерти плода обычно основывается на данных выслушивания сердечных тонов плода и определения его движений. Сомнение в жизни плода чаще всего возникает в тех случаях, когда исследующий не прослушивает сердечных тонов плода или беременная не ощущает движений плода. При наличии указанных признаков спешить с заключением о гибели плода не следует.

Выслушивание сердечных тонов плода может быть затруднено при многоводии, заднем виде, неправильных положениях плода, ожирении брюшной стенки.

Заявление беременной об отсутствии шевелений плода также не всегда свидетельствует о гибели плода.

При прекращении ранее ясно определяемых сердечных тонов и движений плода можно констатировать смерть плода. Однако окончательное заключение о гибели плода рекомендуется выносить после повторного обследования беременной. В случае гибели плода, кроме прекращения сердцебиения и движений его, отмечается остановка роста беременной матки. Впоследствии объем матки уменьшается в связи с всасыванием околоплодных вод. У беременной возникает ощущение тяжести в животе, дурной вкус во рту, недомогание, познабливание. Молочные железы становятся мягче.

Распознаванию смерти внутриутробного плода может помочь рентгенография, при которой выявляются посмертные изменения в скелете плода (смещение костей черепа, зияние швов костей черепа, углообразный изгиб позвоночника и др.).

ГЛАВА VI

ГИГИЕНА И ДИЕТЕТИКА БЕРЕМЕННЫХ

Изменения, возникающие в организме женщины при нормальной беременности, являются физиологическими; эти физиологические изменения представляют собой приспособление организма женщины к новым условиям существования, связанным с развитием внутриутробного плода.

Беременность, как правило, благоприятно влияет на организм женщины, способствует его полному развитию и расцвету. Беременность способствует также улучшению или полному излечению многих воспалительных заболеваний половых органов, возникших до зачатия.

Все органы женщины при беременности функционируют нормально, но с повышенной нагрузкой. Повышение физиологических функций организма беременной связано с возрастающими потребностями растущего внутриутробного плода.

Будучи процессом физиологическим, беременность при правильном образе жизни переносится легко. При неправильном питании, негигиеничном содержании тела, переутомлении и других неблагоприятных условиях внешней среды функции организма беременной нарушаются, и в связи с этим возникают различные осложнения.

Поэтому при беременности необходимо особенно тщательно выполнять правила гигиены, способствующие: а) сохранению и укреплению здоровья женщины, б) правильному развитию внутриутробного плода, в) нормальному течению родов и послеродового периода, г) подготовке организма женщины к кормлению ребенка грудью.

Общий режим беременной. Если до беременности образ жизни женщины был правильным, то беременность не требует внесения особых изменений в общий режим. При нормально протекающей беременности женщина выполняет обычную работу. Умеренный физический и умственный труд оказывает благоприятное влияние на организм беременной женщины. Работа способствует правильной деятельности нервной, сердечно-сосудистой, кровотворной, дыхательной и других систем организма беременной, улучшает обмен веществ. Бездействие, длительное лежание или сидение predispose к ожирению, запорам, ослаблению мышечной системы и к слабости родовых сил.

Однако во время беременности следует избегать резких движений, подъема тяжестей и значительного утомления. Законодательством запрещен ночной труд женщин с момента установления беременности и сверхурочная работа с IV месяцев беременности, запрещен физический труд, сопряженный с подъемом и перемещением значительных тяжестей, воздействием высокой температуры и химических веществ, могущих оказать отрицательное влияние на беременную. Беременным запрещается шитье на

ножной машине, езда на велосипеде и других видах транспорта, вызывающих сотрясение тела, все виды утомляющего спорта, особенно сопровождающиеся прыжками и резкими движениями.

В свободное от работы время беременная должна совершать прогулки, которые не должны вызывать значительной усталости. Прогулки оказывают благотворное влияние на физическое и психическое состояние беременной; продолжительное пребывание на свежем воздухе способствует также доставке необходимого количества кислорода внутриутробному плоду.

Существенное значение для нормального течения беременности имеет сон. Беременной женщине нужно спать не менее 8 часов в сутки; ложиться спать следует не позже 10—11 часов вечера. Перед сном рекомендуется прогулка и проветривание комнаты, где спит беременная. Кровать беременной должна быть удобной, постель не слишком мягкой; постельное белье нужно менять часто; спать лучше на правом боку или на спине.

Половые сношения во время беременности должны быть ограничены. Половая жизнь в первые 2—3 месяца беременности не рекомендуется при склонности к привычным выкидышам, а также первобеременным. Возникающие при половых сношениях изменения возбудимости и кровенаполнения матки могут способствовать возникновению выкидыша. Запрещаются половые сношения в течение двух последних месяцев беременности потому, что они способствуют занесению патогенной микрофлоры в половые пути женщины.

Беременным женщинам запрещается курение, так как никотин оказывает токсическое действие на организм самой беременной и отрицательно влияет на плод.

Беременную необходимо тщательно оберегать от инфекционных заболеваний, которые представляют особую опасность для организма матери и внутриутробного плода, от соприкосновения с больными гнойничковыми заболеваниями и нагноительными процессами, особенно в конце беременности.

Уход за телом. Во время беременности необходимо особенно тщательно следить за чистотой кожи. Чистота кожи способствует усилению кожного дыхания и выведению с потом вредных для организма продуктов обмена веществ.

Усиление выделительной функции кожи облегчает работу почек, которые при беременности функционируют с большой нагрузкой. Кроме того, чистота кожи является профилактикой целого ряда инфекционных заболеваний.

Во время беременности рекомендуется мыться под душем, избегая перегревания тела. Купание в ванне в последние месяцы беременности запрещается потому, что загрязненная вода, содержащая патогенные микроорганизмы, может проникнуть во влагилице. Кроме мытья под душем, рекомендуется ежедневно обтирать тело водой комнатной температуры с последующим обтиранием полотенцем.

Беременная дважды в день должна подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом. Предварительно необходимо тщательно мыть руки. Подмываться надо над тазом (на корточках), поливая левой рукой воду из кувшина. При подмывании нужно производить движения правой рукой от лона к заднему проходу, но не в обратном направлении. Спринцеваний во время беременности производить не следует. Если у беременной появляются патологические выделения из половых путей (бели), ее нужно направить к врачу для специального обследования и лечения.

Во время беременности необходимо тщательно следить за чистотой полости рта. Зубы следует чистить мягкой щеткой утром и вечером, после приема пищи необходимо полоскать рот. Во время беременности женщина

должна показываться зубному врачу; все больные зубы подвергаются лечению до наступления родов.

Во время беременности следует проводить подготовку молочных желез к их будущей функции—кормлению ребенка.

В прежние годы с целью предупреждения трещин сосков применяли обтирание их спиртом, раствором танина, жирами и другими веществами. Эти методы подготовки сосков оказались неэффективными. В настоящее время считают целесообразным ежедневное обмывание молочных желез и сосков

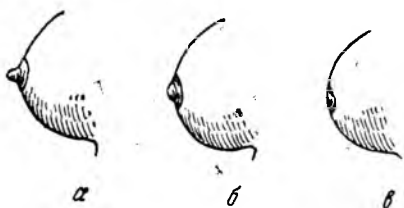


Рис. 91. Формы соска.

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

комнатной водой с мылом и последующее обтирание полотенцем. Эти простые меры содействуют подготовке молочных желез к их будущей функции и предупреждению трещин сосков и маститов (воспаление молочной железы). Если соски плоские или втянутые (рис. 91), то следует производить массаж чисто вымытыми руками. Сосок осторожно захватывают указательным и большим пальцами и вытягивают кнаружи; захватывание и вытягивание соска производят в течение 3—4 минут 2—3 раза в день.

Беременным рекомендуют ношение удобно сшитых лифчиков из грубого материала; лифчики должны поддерживать, но не сдавливать молочные железы (рис. 92). Поэтому чашечки лифчика должны быть достаточно глубокими и соответствовать форме и величине молочных желез.

Одежда беременной. Одежда должна быть удобной и свободной; следует избегать стеснения грудной клетки и живота, особенно во второй половине беременности. Стягивающие пояса, круглые подвязки, трико с тугой резиной на поясе и около колен, тугие лифчики и т. д. запрещаются. Беременной лучше носить свободные платья или юбки с бретельками, чтобы тяжесть одежды падала на плечи. Чулки прикрепляются длинными подвязками к поясу, а во второй половине беременности—к бандажу. Чистота одежды во время беременности имеет особо важное значение.

Беременная должна носить удобную без каблуков или на низком каблуке обувь. Обувь на высоких каблуках не рекомендуется потому, что она усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей.

Во второй половине беременности рекомендуется носить бандаж, особенно повторнобеременным. Бандаж должен поддерживать живот снизу, но не сдавливать его (рис. 93). Бандаж надевается утром в лежачем положении, на ночь снимается. Ношение бандажа препятствует сильному растяжению брюшной стенки и уменьшает чувство тяжести в пояснице, зависящее от напряжения спинных мышц вследствие перемещения центра тяжести тела при беременности.

Питание беременной. Правильное питание во время беременности имеет исключительно важное значение для сохранения здоровья женщины и нормального развития внутриутробного плода. Нерацональное питание во время беременности способствует возникновению различных заболеваний у матери и нарушает развитие плода.

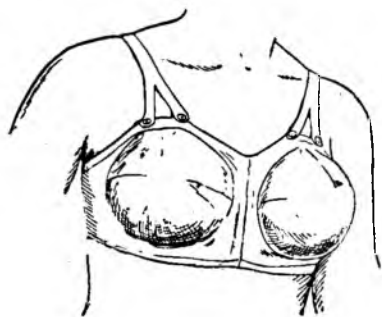


Рис. 92. Лифчик для беременной.

Режим питания беременных основывается на учете: 1) физиологических изменений, совершающихся в этот период в организме женщины; 2) необходимости доставки организму матери и плода достаточного количества белков, углеводов, жиров, солей и витаминов.

В первой половине беременности особая диета не требуется, женщина принимает обычную пищу, содержащую все основные питательные вещества. Пища должна быть разнообразной и вкусно приготовленной.

В первые месяцы беременности разрешаются острые и соленые блюда (селедка, икра, квашеная капуста, соленые огурцы и др.), если возникает потребность в них. Обычно изменения вкуса исчезают на III—IV месяце беременности. В начале беременности многие женщины жалуются на тошноту, чаще по утрам. В таких случаях рекомендуется утром принимать пищу, лежа в постели и только, после этого встать.

Во второй половине беременности назначается преимущественно молочно-растительная диета; мясные и рыбные блюда не запрещаются, но ограничиваются. Рекомендуется молоко, простокваша, варенец, кефир, творог, сметана, масло, овощные блюда, картофель, каши. Очень полезно употребление фруктов, ягод и овощей в сыром виде (капуста, морковь и др.), так как в них много витаминов, необходимых для здоровья беременных и развития плода. Мясо во второй половине беременности следует употреблять 2—3 раза в неделю. Дополнительное количество белкового происхождения вводится в виде творога, яиц, сыра и других молочных продуктов. Мясные и рыбные супы заменяются молочными и овощными. Запрещаются алкогольные напитки, перец, горчица, хрен, уксус и другие острые и пряные вещества.

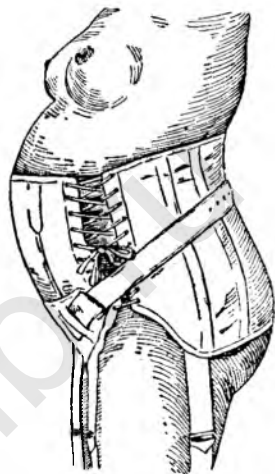


Рис. 93. Бандаж для беременной.

Во второй половине беременности следует ограничить количество вводимой соли, поэтому рекомендуется не употреблять соленую пищу. Количество жидкости следует сократить до 4—5 стаканов в день.

Указанные ограничения в диете необходимы для предупреждения расстройств функций печени, почек и других органов, имеющих во время беременности повышенную нагрузку.

Во время беременности возрастает потребность в витаминах, которые необходимы для организма матери и растущего внутриутробного плода. Недостаток витаминов понижает трудоспособность и сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям; при недостатке витаминов развиваются такие заболевания, как рахит, цинга, болезни нервной системы и др. Недостаточное снабжение витаминами во время беременности может вызвать нарушение развития плода, выкидыши, преждевременные роды.

Поэтому беременным необходимо рекомендовать продукты, содержащие важнейшие для жизнедеятельности организма витамины.

Витамин А по его действию называют витамином роста. Недостаток его в пище замедляет рост молодых животных, понижает сопротивляемость организма, вызывает заболевание глаз (ксерофтальмия, куриная слепота), печени, кишечника. Хорошим источником витамина А являются печень и почки животных, молоко, яйца, сливочное масло, рыбий жир, морковь, шпинат.

При необходимости можно назначить беременной витамин А в виде готовых препаратов: в пилюлях (2—4 в день) или в каплях (1—2 капли 2 раза в день).

Витамин В₁ (антиневритический) участвует в регуляции обмена веществ, способствует правильному течению процессов обмена в нервной системе. Недостаток этого витамина ведет к тяжелому заболеванию нервной системы, атрофии мышц и параличу рук и ног. Витамином В₁ богаты пивные дрожжи, печень, почки, зерновые и бобовые культуры. Витамин В₁ содержится также в черном хлебе. Суточная доза витамина В₁ 10—20 мг.

Витамин В₂ (рибофлавин)—фактор роста. При недостатке этого витамина происходит задержка роста, заболевания глаз, кожи и слизистых оболочек. Витамин В₂ содержится в большом количестве в дрожжах, печени, почках, мясе, яйцах, молочных продуктах. Суточная потребность в витамине В₂ равна 2 мг.

Витамин РР (никотиновая кислота) входит в ферментные системы, участвует в обмене веществ. При недостатке этого витамина развивается пеллагра, характеризующаяся поражением центральной и периферической нервной системы, кожи и слизистых оболочек, нарушением функции кишечника. Витамина РР много в дрожжах, мясе, печени, зернах пшеницы; суточная потребность в этом витамине 15 мг.

Витамин С (аскорбиновая кислота) участвует в окислительных процессах организма, активизирует внутриклеточные ферментные процессы; витамин С необходим для нормального течения беременности. Недостаток витамина С ведет к развитию цинги, у беременных наступает выкидыш или преждевременные роды. Большое количество витамина С содержится в овощах, ягодах, плодах; особенно много его в ягодах шиповника, смородине, незрелых орехах. Витамина С в сутки требуется 50—100 мг; во время беременности потребность в этом витамине значительно выше. Поэтому беременная должна употреблять больше продуктов, богатых витамином С. Зимой и весной рекомендуется назначать беременным готовые препараты витамина С (драже, таблетки) или аскорбиновую кислоту (Ac. ascorbinici 0,2, Sacchari albi 0,3, по 1 порошку 3 раза в день).

Витамин Е. При недостатке витамина Е в организме нарушается функция половых желез, овуляция и процесс оплодотворения; при существующей беременности гиповитаминоз Е приводит к гибели плода и выкидышу. Витамин Е содержится в зародышевой части пшеницы и кукурузы, яйцах, печени, соевом масле и некоторых животных тканях. В настоящее время витамин Е вместе с другими веществами применяется с целью лечения самопроизвольных выкидышей и бесплодия.

Витамин D (антирахитический) участвует в регуляции кальциевого и фосфорного обмена, предупреждает развитие рахита у внутриутробного плода. Витамином D богаты рыбий жир, мясо жирных рыб, печень, икра, сливочное масло. При недостатке пищевых веществ, содержащих витамин D, беременной назначают рыбий жир (по 1 столовой ложке 1—2 раза в день).

Беременным рекомендуется четырехкратное питание: первый завтрак должен содержать 25—30% пищевого рациона, второй завтрак—10—15%, обед—40—50%, ужин—15—20%.

У беременных нередко наблюдается склонность к запорам. Устранению запоров способствует употребление свежих овощей, фруктов, черного хлеба, кислого молока. К клизмам прибегают только в том случае, если запоры не устраняются при правильной диете.

При нормально протекающей беременности полезны физкультурные упражнения, которые назначаются врачом и проводятся под его контролем. Физкультура улучшает деятельность органов дыхания и кровообращения, укрепляет нервную систему, развивает мускулатуру тела, в том числе мышцы живота и тазового дна. Все указанное способствует правильному течению беременности, родов и послеродового периода.

В течение всей беременности, с момента наступления ее и до родов женщины находятся под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта колхозного родильного дома, врачебного участка или женской консультации. Акушерки и врачи наблюдают за состоянием здоровья женщины и развитием беременности, дают советы по гигиене и диететике, принимают меры к оздоровлению условий труда и быта. Акушерки и врачи способствуют тому, чтобы беременные полностью использовали льготы, предусмотренные для них законодательством нашей страны. Тщательное наблюдение позволяет своевременно выявлять начальные признаки заболеваний и осложнений беременности и принять все меры к правильному лечению.

ГЛАВА VII

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ

После отслойки и изгнания последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность; на шейке матки, во влагалище и на промежности даже при нормальных родах нередко образуются ссадины и разрывы.

Если на раневую поверхность матки, в ссадины, трещины и разрывы мягких тканей родовых путей заносятся микроорганизмы, могут развиваться септические послеродовые заболевания.

Развитию септических послеродовых заболеваний способствуют условия, снижающие сопротивляемость организма женщины: перенапряжение нервной системы, кровопотеря, гиповитаминозы, предшествующие заболевания и др.

До внедрения в акушерство антисептики и асептики септические послеродовые заболевания («родильная горячка») возникали очень часто; вспышки септических послеродовых заболеваний в родильных домах имели характер тяжелых эпидемий. Смертность от «родильной горячки» достигала 25% и выше. Родильные дома в связи с эпидемией «родильной горячки» закрывались на более или менее длительный срок.

В середине прошлого столетия И. Ф. Земмельвейс, работавший в акушерской клинике Вены, отметил, что заболеваемость и смертность родильниц значительно выше в той клинике, где проходили практику студенты, одновременно изучавшие анатомию на трупах.

И. Ф. Земмельвейс предположил, что послеродовые заболевания возникают вследствие занесения в родовые пути «разложившегося животного-органического материала» загрязненными инструментами и руками медицинского персонала, ведущего роды. Величайшей заслугой И. Ф. Земмельвейса является введение метода дезинфекции рук врачей и акушеров, ведущих роды, хлорной водой (1847). Этот простой способ профилактики послеродовых заболеваний привел к резкому снижению смертности родильниц (1,5%). Применением хлорной воды И. Ф. Земмельвейс заложил основы антисептики в акушерстве.

Спустя 20 лет после открытия И. Ф. Земмельвейса хирург Листер заложил основы асептики, т. е. обеззараживания перевязочного материала, инструментов, белья и других предметов, соприкасающихся с раной.

В России первыми ввели асептику и антисептику в хирургию Н. И. Пирогов, в акушерство—А. Я. Крассовский, И. Ф. Баландин и др.

Возбудителями послеродовых септических заболеваний могут быть многие виды патогенных микробов. Однако наиболее частым возбудителем септической инфекции являются стрептококки и стафилококки. Послеродовые заболевания могут быть вызваны кишечной палочкой и возбудителями

газовой гангрены, пневмококком и другими видами микробов. Возбудители послеродовых заболеваний распространены во внешней среде, вегетируют в организме человека, не вызывая в обычных условиях возникновения заболеваний.

Септические заболевания возникают в тех случаях, когда образуются раневые поверхности, являющиеся входными воротами для микробов-возбудителей. Раневыми входными воротами для послеродовой инфекции являются: внутренняя поверхность матки, разрывы, трещины и ссадины в области шейки матки, влагалища и промежности, возникающие при рождении ребенка.

Источники послеродовой инфекции множественны и разнообразны. Очаги инфекции могут существовать в организме самой женщины (эндогенная инфекция). К ним относятся гнойничковые заболевания кожи, кариозные процессы зубов, альвеолярная пиорея, ангина, воспалительные заболевания половых и мочевых органов. Патогенные микроорганизмы могут вегетировать на неповрежденной коже беременной, особенно при контакте ее с больными рожей, ангиной, нагноительными процессами. Из этих очагов инфекция проникает в родовые пути через кровеносные и лимфатические сосуды, а также путем распространения по поверхности (с кожи во влагалище, из влагалища в матку).

Возбудители послеродовой септической инфекции нередко попадают в организм женщины из окружающей среды (экзогенная инфекция). Микробы-возбудители могут быть занесены в половые пути руками, инструментами, перевязочным материалом и другими предметами, соприкасающимися с половыми органами беременной, роженицы и родильницы. Определенную опасность в отношении занесения инфекции представляют половые сношения в последние месяцы беременности.

Большого внимания заслуживает микрофлора зева и носа, особенно встречающиеся в этих полостях стрептококки и стафилококки. При кашле, чихании и разговоре мельчайшие капельки выделений из зева и носа рассеиваются в воздухе и могут послужить источником инфицирования окружающих лиц. Этот способ распространения инфекции (капельная инфекция) представляет реальную опасность для рожениц, если врачи, акушерки и санитарки работают без масок.

Источником инфекции является пыль, частицы которой могут содержать микробы. При оседании пыли происходит инфицирование наружных половых органов и последующее распространение инфекции во влагалище.

Борьба с послеродовыми септическими заболеваниями осуществляется прежде всего профилактическим путем. Профилактика послеродовой септической инфекции относится к основным принципам акушерства и является крупнейшим достижением советского родовспоможения. В нашей стране разработана научно обоснованная система профилактических мероприятий, позволившая резко снизить количество послеродовых заболеваний. Основной профилактики послеродовых заболеваний является соблюдение правил асептики и антисептики в родовспомогательных учреждениях, меры личной и общественной гигиены, оказание квалифицированной медицинской помощи всем беременным и роженицам.

Меры профилактики инфекции во время беременности. Важнейшей мерой предупреждения послеродовых заболеваний является выполнение правил гигиены беременности (см. главу VI). Особенно важное значение имеет устранение очагов инфекции, имеющих в организме беременной (санация полости рта, излечение гнойничковых заболеваний, ангины и других воспалительных процессов), ограждение беременной от соприкосновения с инфицированными больными, содержание тела в чистоте, запрещение половой жизни в последние два месяца беременности. Предупреждению послеро-

довой септической инфекции способствует правильный образ жизни и рациональное питание, повышающие сопротивляемость организма к инфекции.

Меры предупреждения септической инфекции во время родов. Все роженицы при поступлении в родильный дом подвергаются осмотру. Роженицы с повышенной температурой тела, гнойничками на коже, больные ангиной, гриппом, гонореей и другими заболеваниями, изолируются от здоровых рожениц при поступлении и помещаются во второе акушерское отделение. Во второе акушерское отделение помещают также рожениц, соприкасавшихся в последние дни с больными инфекционными заболеваниями, и женщин, родивших дома, не в асептической обстановке. Роженица при поступлении в родильный дом проходит санитарную обработку: тщательно осматривают волосяные части тела, стригут ногти на руках и ногах, предлагают опорожнить мочевой пузырь, ставят очистительную клизму, сбривают волосы с кожи наружных половых органов, обмывают и высушивают их. После этого роженица принимает душ, надевает чистое белье и направляется в предродовую палату.

Роды проводятся в специальной родильной комнате, которая содержится в такой же чистоте, как операционные, где производятся полостные операции. Все предметы, соприкасающиеся с половыми органами роженицы, должны быть стерильными. Белье, чулки, подкладные подстилки, перевязочный материал стерилизуют в автоклаве. Акушерский инструментарий стерилизуют кипящей водой в течение 10 минут. Для предупреждения ржавления инструментов в воду кладут соду из расчета 1 столовая ложка на 1 л воды. Кипячением стерилизуют шприцы, резиновые катетеры, баллоны и щетки для мытья рук. Режущие инструменты стерилизуют спиртом или кипячением, предварительно обернув их ватой.

Исключительно важное значение в акушерской практике имеет обеззараживание рук врачей и акушерок, ведущих роды. На коже рук всегда много различных микробов, в том числе и патогенных. Микробы находятся в слое жира, покрывающего кожу, в наружных отделах сальных и в выводных протоках потовых желез.

При правильной обработке рук можно добиться такой степени чистоты их, что они практически являются стерильными.

Из существующих методов обработки рук обычно пользуются методом Кочергина-Спасокукоцкого или Фюрбрингера.

Перед обработкой рук любым методом предварительно коротко обрезают ногти и ногтечисткой удаляют грязь из-под ногтей.

Метод Кочергина-Спасокукоцкого. 1. В эмалированный таз (предварительно обработанный спиртом и обожженный) наливают 0,5% раствор нашатырного спирта и моют в нем руки до локтей, протирая их стерильной марлевой салфеткой, в течение 3 минут. Особенно тщательно протирают подногтевые пространства, складки кожи на суставах, промежутки между пальцами.

2. В тазик наливают свежий 0,5% нашатырный спирт и моют в нем руки при помощи салфетки в течение 3 минут.

3. Руки вытирают насухо стерильной марлевой салфеткой.

4. В течение 5 минут руки протирают стерильной марлевой салфеткой, пропитанной спиртом.

Метод Фюрбрингера. 1. Руки до локтевого сгиба моют в течение 10 минут с мылом и щетками (две щетки) под струей теплой воды.

2. Высушивают стерильной салфеткой и протирают спиртом в течение 3—5 минут.

3. Смазывают настойкой йода (Фюрбрингер предлагал после спирта обрабатывать руки раствором сулемы 1 : 1000; сулема в акушерской прак-

тике не рекомендуется потому, что она всасывается разрыхленной слизистой оболочкой влагалища беременных и рожениц).

Метод Альфельда. 1. Руки моют до локтевого сгиба в течение 10 минут с мылом и стерильными щетками (двумя щетками, каждой 5 минут) под струей теплой воды.

2. Смывают мыло и вытирают насухо стерильной марлевой салфеткой.

3. Протирают в течение 5 минут стерильной марлевой салфеткой, пропитанной спиртом.

После дезинфекции рук рекомендуется надевать стерильные резиновые перчатки.

Обработка рук по способу Кочергина-Спасокуцкого, Альфельда или Фюрбрингера производится в обязательном порядке:

а) перед производством влагалищного исследования рожениц;

б) перед приемом родов;

в) перед акушерскими операциями (ручное отделение плаценты, наложение акушерских щипцов, зашивание промежности и др.);

г) перед производством туалета новорожденного.

Врачи и акушерки, работающие в родовспомогательных учреждениях, обязаны мыть руки теплой водой с мылом перед началом работы в родовой комнате, перед наружным исследованием рожениц и родильниц, осмотром и пеленанием новорожденных и т. д. Необходимо беречь руки от загрязнения, трещин, ссадин и других повреждений, при наличии которых невозможно тщательное обеззараживание.

Во время родов через каждые 5—6 часов производится туалет наружных половых органов. Под крестец роженицы подкладывают обеззараженное кипячением подкладное судно, наружные половые органы обмывают слабым дезинфицирующим раствором (1% раствор лизоформа, раствор марганцовокислого калия 1 : 6000—1 : 8000) при помощи стерильной ваты, взятой корнцангом.

Туалет производится в следующем порядке: сначала обмывают область лобка, внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы и, наконец, область промежности и заднего прохода (рис. 94). В таком же порядке производится обсушивание наружных половых органов и смежных областей стерильной ватой, взятой корнцангом.

Перед приемом родов наружные половые органы и соседние области обмывают в указанном порядке теплой кипяченой водой, обсушивают стерильной ватой, взятой корнцангом, протирают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. На роженицу надевают стерильное белье, на ноги—стерильные матерчатые чулки, под роженицу подстилают стерильную простыню.

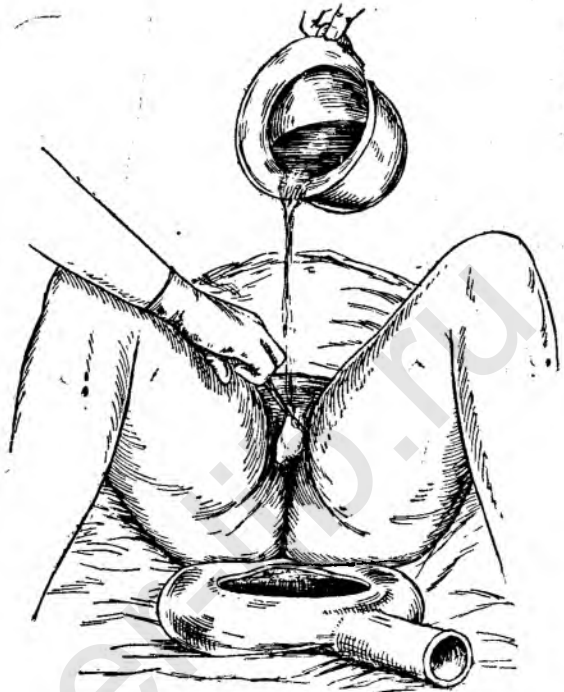


Рис. 94. Туалет наружных половых органов.

Личная гигиена медицинских работников родильных домов. Врачи и акушерки должны стремиться к тому, чтобы не быть носителями патогенных микробов, способных вызывать послеродовые заболевания женщин. Не допускаются к роженицам врачи, акушерки и санитарки, больные гриппом, ангиной, гнойничковыми и другими заболеваниями, соприкасавшиеся с инфицированными больными, с гнойными ранами и другими источниками инфекции. Наличие на руках ссадин, трещин, экземы, гнойничков и других заболеваний исключает работу в родильном доме. Медицинских работников, обслуживающих рожениц и новорожденных, систематически подвергают медицинскому осмотру с целью выявления бациллоносительства, периодически исследуют микрофлору рук, полости зева и носа. Носители патогенных микробов к работе в родильном доме не допускаются.

Перед началом работы в родильном доме медицинские работники принимают душ, меняют белье, надевают платье из легко моющегося материала (ситец, полотно), а затем чистый халат и косынку. Рукава платья и халата засучивают выше локтя, что необходимо при частом мытье рук и правильной дезинфекции их.

Халат при стирке кипятят, потом проглаживают; халат должен хорошо закрывать одежду. Перед приемом родов акушерка сверх халата надевает чистый клеенчатый фартук и стерильный халат.

Косынка должна полностью закрывать волосы. При работе в родильной комнате и в палате новорожденных обязательно ношение маски, закрывающей нос и рот. Правильное ношение маски предупреждает опасность передачи инфекции капельным путем. Микробы, выделяющиеся из полости рта и носа, задерживаются маской. Маски шьют из плотного белого материала (миткаль, полотно) или из 3—4 слоев марли. Маска довольно быстро заселяется микробами, поэтому она меняется в течение рабочего дня дважды. Загрязненные маски складывают в специальную посуду, стирают и дезинфицируют кипячением или в автоклаве.

Санитарный режим родильного дома. Помещение родильного дома должно содержаться в образцовой чистоте. Не реже одного раза в год производится ремонт. Все палаты, коридоры, санузлы и другие подсобные помещения подвергаются влажной уборке и проветриваются не реже двух раз в день. Систематически производят бактериологическое исследование воздуха родильной комнаты и палат новорожденных. Родильная комната, предродовая, палаты для родильниц и детей через каждые 7—10 дней подвергаются тщательной санитарной обработке. Палаты по очереди освобождают, в течение суток проветривают, затем окна, полы и стены, покрытые масляной краской, тумбочки и кровати моют с мылом и протирают раствором хлорамина или сулемы. Кровати застилают чистыми матрацами, бельем и одеялами; стены и всю мебель подвергают облучению ртутно-кварцевой лампой, что способствует обеззараживанию предметов, соприкасающихся с роженицами, родильницами и новорожденными.

На родильную кровать кладут польстеры, покрытые белой клеенкой и чистым бельем. Клеенку после каждой роженицы моют, протирают дезинфицирующим раствором. Во время родов кровать застилают стерильным бельем. В послеродовых палатах проводят следующую санитарную обработку. После выписки родильницы кровать моют, матрац, подушку и одеяло проветривают в течение 12—24 часов, по возможности подвергают действию солнечных лучей. При лихорадочном течении послеродового периода матрац, подушку и одеяло дезинфицируют. Клеенку, покрывающую матрац, моют теплой водой с мылом, а затем обрабатывают раствором сулемы, лизоформа или хлорамина.

Использованное постельное и нательное белье, грязные полотенца и салфетки собирают в особые ящики, которые помещаются в специальной

«грязной бельевой», и по возможности быстрее сдают в прачечную. Белье родильного дома стирается отдельно от белья других лечебных учреждений, что очень важно в отношении профилактики инфекции. Белье подвергается кипячению и проглаживанию. Чистое белье хранят в специальных шкафах, стерильное—в специальных коробках (барабаны). Постельное и нательное белье родильниц меняют по мере загрязнения; подкладные пеленки меняют не реже двух раз в день.

Часто меняют и моют клеенки, которые подстилают под подкладные пеленки. Клеенки моют теплой водой с мылом и щеткой, ополаскивают, обмывают дезинфицирующим раствором (сулема, хлорамин, лизоформ), высушивают и хранят до употребления в стерильном мешке.

Стерилизация суден имеет важное значение в отношении профилактики послеродовых заболеваний. Каждая роженица и родильница пользуется индивидуальным простерилизованным судном. Перед употреблением судна моют водой, кипятят в специальном баке 10—15 минут, хранят в чистом бачке или в стерильном мешке. Судна, находящиеся в употреблении после каждого слива, моют проточной водой, ополаскивают дезинфицирующим раствором (хлорамин, лизоформ) и кладут на подставку, находящуюся под кроватью.

Уборка родильниц производится при соблюдении правил, предупреждающих занесение инфекции в половые пути (стр. 117).

Важную роль в профилактике послеродовых заболеваний играет своевременная изоляция заболевших родильниц. Все родильницы с гнойными выделениями, повышенной температурой и другими признаками инфекции (фурункулез, грипп, ангина и др.) переводятся во второе акушерское отделение, а в небольших родильных домах—в отдельную палату-изолятор.

В родильные дома родственники рожениц и родильниц не допускаются, что очень важно в смысле предупреждения занесения инфекции извне.

Кроме проведения всех указанных мероприятий, важно разъяснять родильницам значение правил асептики и антисептики для правильного течения послеродового периода и здоровья новорожденного ребенка.

Г Л А В А VIII

РОДЫ

Роды—физиологический процесс, при котором происходит изгнание из полости матки через родовые пути плода и последа. Физиологические роды наступают в среднем после 10 акушерских месяцев (280 дней, или 40 недель) беременности, когда плод становится зрелым и вполне способным к внеутробному существованию.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РОДОВ

Для объяснения причины наступления родов были выдвинуты многие теории. Наступление родов пытались объяснить перерождением плаценты в конце беременности и нарушением связи между матерью и плодом, предельным растяжением матки к концу беременности, возникновением в организме матери особых веществ, действующих по типу анафилактических реакций, и т. д.

Многие ранее выдвигавшиеся предположения по этому вопросу не имеют научной основы.

Причины наступления родов сложны и еще недостаточно выяснены. Однако исследованиями последнего времени установлено, что к концу беременности в организме женщины возникают многочисленные изменения, совокупность которых способствует наступлению родов. К концу беременности значительно понижается возбудимость коры головного мозга и повышается возбудимость спинного мозга, усиливается возбудимость нервных элементов и мышц матки. Матка начинает все сильнее реагировать на всякие механические, химические и другие раздражения, исходящие как из собственного организма беременной, так и из внешней среды.

В последние месяцы беременности рост плода происходит быстрее процесса накопления околоплодных вод; части плода располагаются ближе к стенке матки, чем в ранние сроки беременности. Поэтому движения плода приводят в конце беременности к усиленному раздражению матки. Раздражения матки, исходящие от плода, особенно усиливаются при опускании предлежащей части, что бывает в конце беременности. Опустившаяся предлежащая часть раздражает нервные сплетения, заложенные в стенке нижнего сегмента матки и в околоматочной клетчатке на уровне внутреннего зева.

В конце беременности в организме женщины усиливается продукция химических веществ, которые, действуя на нервные элементы матки, повышают ее тонус и сократительную способность.

В последние месяцы беременности, особенно к моменту родов, повышается образование эстрогенов, которые усиливают тонус матки и ее чувстви-

тельность к веществам, вызывающим сократительную деятельность. В то же время уменьшается количество прогестерона, тормозящего сократительную деятельность матки.

На фоне повышенной возбудимости матки особенно сильное действие оказывает гормон задней доли гипофиза — питуитрин, продукция которого в конце беременности увеличивается. Питуитрин хорошо известен как средство, усиливающее сократительную деятельность матки.

В конце беременности усиливается образование ацетилхолина и других биологически активных веществ, которые усиливают и поддерживают сократительную способность матки, подобно питуитрину.

Усилению моторной функции матки способствует также увеличение количества кальция в крови и в мускулатуре матки. Количество солей магния, тормозящего сократительную деятельность матки, перед родами уменьшается.

Возбудимость матки и ее сократительная активность возрастают в конце беременности в связи с накоплением в ее мускулатуре гликогена, фосфокреатинина, глютамина и других веществ (А. И. Петченко).

Таким образом, к концу беременности происходит, с одной стороны, повышение возбудимости матки, а с другой — увеличение механических и химических раздражителей (движения плода, опускание головки, усиление продукции питуитрина, ацетилхолина и др.), воздействующих на нервные элементы матки.

Когда возбудимость матки и сила раздражителей достигают определенного предела, возникает регулярная родовая деятельность.

Роды представляют собой сложный процесс, который возникает рефлекторным путем и регулируется нервной системой. Каждое сокращение матки сопровождается раздражением нервных элементов ее; нервные окончания при этом выделяют биологически активные вещества (ацетилхолин, симпатин), которые способствуют возникновению нового сокращения матки. Подобные процессы происходят до конца родов.

ПРЕДВЕСТНИКИ И НАЧАЛО РОДОВ

О приближении родов можно судить по ряду признаков, так называемых предвестников, к которым относятся следующие:

1. В конце беременности (обычно за 2—3 недели до родов) дно матки опускается; в связи с этим прекращается стеснение диафрагмы, и женщина отмечает, что стало легче дышать.

2. Предлежащая часть плода опускается; у первобеременных головка плотно прижимается ко входу в таз или даже вступает в него малым сегментом. При этом происходит выбухание переднего свода и отклонение шейки матки кзади. При влагалищном исследовании иногда отмечается как бы укорочение шейки, но это явление кажущееся; при отталкивании головки кверху выявляется обычная длина шейки матки.

3. Перед родами нередко отмечается выделение из влагалища тягучего, слизистого секрета желез шейки матки.

4. В конце беременности многие женщины начинают ощущать сокращения матки, принимающие перед родами характер тянущих болей в области крестца и нижней части живота.

5. При частом взвешивании женщины удается установить некоторое понижение веса тела перед родами, зависящее от усиления выведения воды из организма.

Наиболее явными предвестниками родов являются нерегулярные сокращения матки и выделение из влагалища шейечной слизи (слизистой пробки).

Началом родов считают появление регулярных сокращений мускулатуры матки, называемых схватками. В самом начале родов схватки чередуются через 15—10 минут, впоследствии становятся чаще и сильнее. Вторым признаком начала родовой деятельности является постепенное сглаживание шейки матки. С момента возникновения родовой деятельности и до окончания родов женщина называется роженицей.

РОДОВЫЕ ИЗГОНЯЮЩИЕ СИЛЫ

Родовые изгоняющие силы включают: 1) периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки—схватки, 2) присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения брюшного пресса, которые называются потугами.

Схватки. Сокращения матки (схватки) являются главной родовой изгоняющей силой. Благодаря схваткам происходит раскрытие шейки матки (раскрывающие схватки), необходимое для выталкивания из полости матки плода и последа. Схватки способствуют изгнанию плода (изгоняющие схватки).

После раскрытия шейки к схваткам присоединяются потуги. Процесс изгнания плода является результатом одновременного действия обеих родовых сил. Схватки способствуют отделению плаценты от стенок матки и изгнанию ее (последовые схватки). Наконец, ритмические сокращения матки наблюдаются некоторое время после родов (послеродовые схватки).

Схватки возникают произвольно, роженица не может управлять ими по своему желанию. Схватки наступают периодически, через определенные промежутки времени; промежутки между схватками называются паузами. Сокращения матки обычно бывают болезненными, но степень болевых ощущений у разных женщин колеблется в широких пределах.

Сокращение матки начинается в области дна и трубных углов и быстро захватывает всю мускулатуру тела матки до нижнего сегмента. В нижнем сегменте матки гладких мышечных волокон меньше, поэтому во время родов нижний сегмент растягивается и истончается.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности: сокращение матки постепенно нарастает, достигает наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры, переходящее в паузу. При исследовании рукой легко улавливается, как матка плотнеет, становится твердой, потом постепенно расслабляется.

В начале родов каждая схватка продолжается 10—15 секунд, к концу их—в среднем одну минуту. Паузы между схватками в начале родов длятся 20—15—10 минут, затем они укорачиваются, к концу периода изгнания плода схватки чередуются через 2—3 минуты и даже чаще.

Потуги. Вторым компонентом изгоняющих сил являются потуги—сокращения поперечнополосатых мышц брюшного пресса и диафрагмы. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения подлежащей частью нервных элементов, заложенных в шейке матки, параметральной клетчатке и мышцах тазового дна.

Потуги возникают произвольно, но роженица до известной степени может регулировать их. По просьбе акушерки роженица усиливает потугу или тормозит ее.

Во время потуги происходит повышение внутрибрюшного давления. Одновременное повышение внутриматочного давления (схватки) и внутрибрюшного давления (потуги) способствует тому, что содержимое матки устремляется в сторону наименьшего сопротивления, т. е. малого таза.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

Различают три периода родов: первый период—период раскрытия, второй период—период изгнания, третий период—последовый период.

Период раскрытия начинается с п е р в ы м и регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки.

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия наружного зева и заканчивается вместе с рождением ребенка.

Последовый период начинается с момента рождения ребенка и завершается рождением последа.

ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ

В первом периоде родов происходит постепенное сглаживание шейки и раскрытие наружного зева шейечного канала до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки. Сглаживание шейки и раскрытие наружного зева осуществляется под влиянием родовых схваток. Во время схваток в мускулатуре тела матки происходят следующие процессы: а) сокращение мышечных волокон—контракция, б) смещение сокращающихся мышечных волокон, изменение их взаимного расположения—ретракция (рис. 95).

Мышечные волокна, лежащие до схваток одно за другим по длине, укорачиваются, вдвигаются в слой соседних волокон, ложатся рядом друг с другом. В промежутках между схватками смещение мышечных волокон сохраняется. При последующих сокращениях матки ретракция мышечных волокон усиливается, что ведет к нарастающему утолщению стенок матки. Кроме того, ретракция вызывает растяжение нижнего сегмента матки, сглаживание шейки и раскрытие наружного зева шейечного канала. Происходит это потому, что сокращающиеся продольные мышечные волокна тела матки оттягивают круговую (циркулярную) мускулатуру шейки матки в стороны и вверх (дистракция шейки); при этом происходит увеличивающееся с каждой схваткой расширение канала шейки матки.

Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод в сторону канала шейки матки. При каждой схватке мускулатура матки производит давление на содержимое плодного яйца, главным образом на околоплодные воды. Вследствие равномерного давления со стороны дна и стенок матки околоплодные воды устремляются в сторону внутреннего

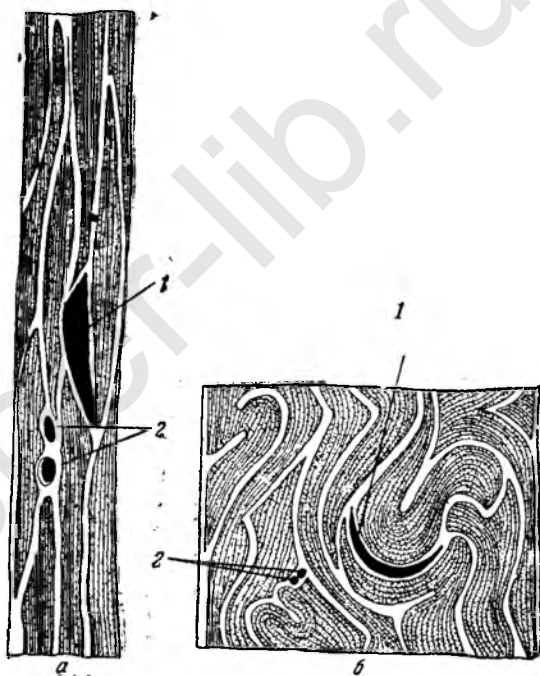


Рис. 95. Ретракция мышечных волокон.
а—расположение мышечных волокон в беременной матке; б—расположение мышечных волокон при ретракции;
1—вена; 2—артерия.

зева канала шейки матки, где сопротивление отсутствует (рис. 96). Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки матки. Эта часть оболочек нижнего полюса яйца, внедряющаяся вместе с околоплодной жидкостью в канал шейки матки, называется **п л о д н ы м п у з ы р е м**.

Во время схваток плодный пузырь напрягается и все глубже вклинивается в канал шейки матки, производя его расширение изнутри.

Таким образом, процесс раскрытия зева осуществляется за счет: а) растягивания круговой мускулатуры шейки (дистракция), происходящего в связи с сокращением продольных мышц тела матки, б) внедрения напряженного плодного пузыря, который расширяет зев, действуя наподобие гидравлического клина. Главное, что приводит к раскрытию шейки матки, это сократительная деятельность матки; схватки обуславливают и дистракцию шейки, и повышение внутриматочного давления, в результате которого происходит напряжение плодного пузыря и внедрение его в зев.

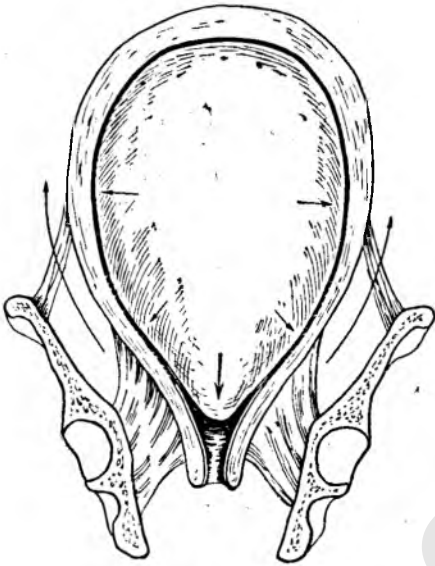


Рис. 96. Под влиянием сокращений матки околоплодные воды устремляются в сторону внутреннего зева; плодный пузырь вклинивается в зев.

Вследствие ретракции и укорочения продольных мышц матка как бы сползает с плодного яйца, устремляясь вверх. Однако это сползание ограничивается связочным аппаратом матки. Круглые, крестцово-маточные и отчасти широкие связки удерживают сокращающуюся матку от чрезмерного смещения вверх. Напряженные круглые связки удается прощупать у роженицы через брюшную стенку. В связи с указанным действием связочного аппарата сила сокращений матки используется для продвижения плодного яйца книзу.

При ретракции матки растягивается не только шейка, но и нижний сегмент матки. Нижний сегмент, состоящий из перешейка и самого нижнего отдела тела матки, сравнительно тонкостенный, мышечных элементов в нем меньше, чем в верхнем сегменте матки. Растяжение нижнего сегмента начинается еще во время беременности и усиливается во время родов, в связи с ретракцией мышц верхнего сегмента (полого мускула).

Когда разовьются сильные схватки, начинает обозначаться граница между сокращающимся полым мускулом (верхний сегмент) и растягивающимся нижним сегментом матки. Эта граница называется **к о н т р а к ц и о н н ы м**, или **п о г р а н и ч н ы м**, кольцом.

Контракционное кольцо обычно образуется после отхождения околоплодных вод, оно имеет вид поперечно расположенной борозды, которую можно прощупать через брюшную стенку.

Сглаживание и раскрытие канала шейки матки у первородящих и у повторнородящих происходит неодинаково.

У первородящих вначале раскрывается внутренний зев; далее происходит постепенное расширение канала шейки, который приобретает форму воронки, суживающейся книзу (рис. 97 и 98). По мере расширения канала укорачивается и, наконец, полностью сглаживается (расправляется) шейка

матки; остается закрытым только наружный зев. В дальнейшем происходит растяжение и истончение краев наружного зева, наружный зев начинает раскрываться (рис. 99 и 100).

У повторнородящих наружный зев бывает приоткрыт уже в конце беременности (рис. 101); он свободно пропускает кончик пальца. В периоде рас-



Рис. 97. Шейка матки первородящей до начала родов.

1—внутренний зев закрыт; 2—канал шейки; 3—наружный зев закрыт.

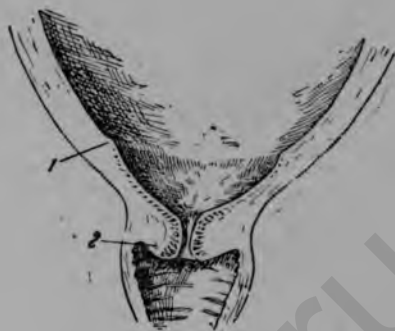


Рис. 98. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия; сглаживание шейки.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—наружный зев закрыт.

крытия наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки (рис. 102 и 103).

Раскрытие зева происходит постепенно. Вначале зев пропускает кончик одного пальца, затем в открытом зеве помещаются два пальца и более. По мере раскрытия края зева все более истончаются, к концу периода раскрытия они имеют форму узкой, тонкой каймы (см. рис. 100 и 103).



Рис. 99. Шейка матки первородящей в периоде раскрытия; шейка сглажена.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—наружный (акушерский) зев открыт на один палец.

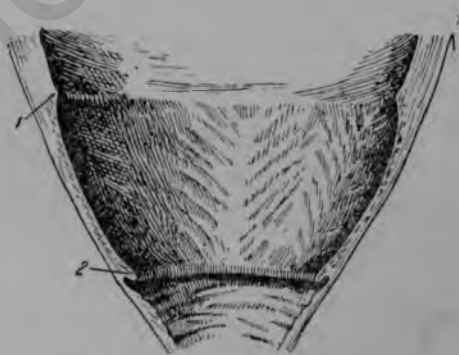


Рис. 100. Первородящая. Шейка матки сглажена, открытие наружного зева полное.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—край наружного зева (имеет вид узкой каймы).

Раскрытие считается полным, когда зев расширился приблизительно на 10—12 см. При такой степени открытия зев пропускает головку и туловище зрелого плода.

Во время каждой схватки околоплодные воды устремляются к нижнему полюсу плодного яйца, плодный пузырь напрягается (наливается) и внедряется в зев. После окончания схватки воды частично перемещаются кверху,

напряжение пузыря ослабевает. Свободное перемещение околоплодных вод по направлению к нижнему полюсу плодного яйца и обратно происходит до тех пор, пока предлежащая часть подвижна над входом в таз. Когда



Рис. 101. Шейка матки повторнородящей. Начало периода раскрытия.

1—внутренний зев; 2—наружный зев; канал шейки раскрыт на один палец.



Рис. 102. Шейка матки повторнородящей. Сглаживание верхней половины шейки и одновременное открытие наружного зева.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—наружный зев (раскрывается одновременно с внутренним).

головка опускается, она со всех сторон соприкасается с нижним сегментом матки и прижимает эту область стенки матки ко входу в таз. Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется поясом соприкосновения. Пояс соприкосновения делит околоплодные воды на передние и задние



Рис. 103. Повторнородящая. Шейка сглажена, наружный зев раскрыт полностью. Край зева имеет вид узкого валика.

1—место, соответствующее внутреннему зеву; 2—наружный зев.

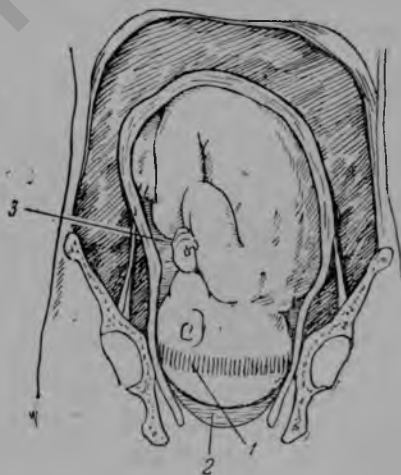


Рис. 104. Полное открытие наружного зева, головка во входе таза.

1—пояс соприкосновения; 2—передние воды; 3—задние воды.

(рис. 104). Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами. Большая часть околоплодных вод, располагающихся выше пояса соприкосновения, называется задними водами.

Под влиянием усиливающихся схваток плодный пузырь, наполненный передними водами, наливается все больше, и к концу периода раскрытия напряжение пузыря не ослабевает и в паузах между схватками; плодный пузырь готов к разрыву.

В нормальных условиях плодный пузырь разрывается при полном или почти полном раскрытии зева, во время схватки (своевременное отхождение вод). После разрыва пузыря отходят передние воды. Задние воды обычно изливаются тотчас после рождения ребенка. Реже плодный пузырь разрывается при неполном открытии зева, иногда даже до наступления родов.

Если плодный пузырь разрывается при неполном раскрытии зева, говорят о раннем отхождении вод; отхождение околоплодных вод до начала родовой деятельности называется преждевременным. Раннее и преждевременное отхождение околоплодных вод неблагоприятно влияет на течение родов.

При чрезмерной плотности оболочек плодный пузырь разрывается позднее наступления полного раскрытия зева (запоздалый разрыв плодного пузыря), иногда он сохраняется до периода изгнания и выпячивается из половой щели впереди предлежащей части.

ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ

После полного раскрытия зева начинается изгнание плода из полости матки. После отхождения вод схватки стихают, через 15—20 минут мускулатура матки приспособляется к уменьшенному объему и схватки возобновляются. Стенки матки после отхождения вод становятся толще, сила маточных сокращений повышается. Опускающаяся головка надавливает на нервные сплетения сильнее, чем плодный пузырь. Поэтому сила и продолжительность изгоняющих схваток нарастает, а паузы между ними становятся все короче. При схватках матка сильно напрягается, плотнеет, выпячивает брюшную стенку («матка становится на дыбы»).

К изгоняющим схваткам вскоре присоединяются рефлекторно возникающие потуги. Роженица задерживает дыхание, упирается руками и ногами и сильно тужится, напрягая мышцы живота.

Период изгнания сопровождается большим напряжением всех сил роженицы, усилением деятельности сердечно-сосудистой системы, повышением обмена веществ. Во время потуги лицо роженицы краснеет; при сильных потугах появляется синюшность лица и губ, кожа покрывается потом, вены шеи напрягаются, бывают судороги в ногах. Во время паузы утомленная роженица отдыхает до наступления новой потуги.

Под влиянием одновременно действующих изгоняющих схваток и потуг головка опускается в малый таз, проходит через его полость к выходу. Когда головка доходит до дна таза и начинает оказывать на него все нарастающее давление, потуги становятся неудержимыми, они резко усиливаются и учащаются; промежутки между потугами укорачиваются до 2—3 минут.

С момента приближения головки к выходу таза промежность начинает выпячиваться, вначале только во время потуг, а впоследствии и в паузах между ними. Выпячивание промежности сопровождается расширением и зиянием заднепроходного отверстия. Если прямая кишка не освобождена перед родами, при потугах произвольно отходит кал.

При дальнейших поступательных движениях головки начинается раскрытие половой щели. Во время потуги из раскрывающейся половой щели показывается небольшой участок головки. После окончания потуги поступательное движение плода прекращается, головка скрывается, половая щель смыкается. При последующей потуге выпячивается более значительный участок головки, но в паузу головка снова скрывается. Это появление голов-

ки из половой щели только во время потуги называется в р е з ы в а н и е м головки (рис. 105, а). С дальнейшего развитием потужной деятельности врезывающаяся головка выступает все больше вперед и уже не скрывается после

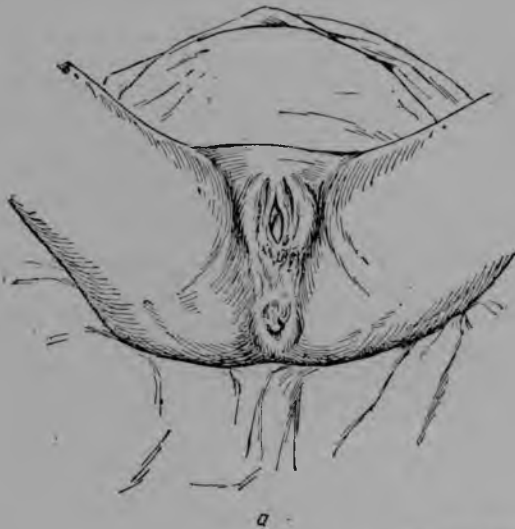


Рис. 105. Врезывание и прорезывание головки.
а—врезывание головки; б—прорезывание головки.

прекращения потуги, половая щель не смыкается, широко зияет. Когда головка продвинулась вперед настолько, что она не скрывается после прекращения потуг, говорят о прорезывании головки (рис. 105, б).

Вначале прорезывается затылочная область плода; в дальнейшем из половой щели показываются теменные бугры; напряжение промежности в это время достигает наивысшего предела. После рождения затылка и темени при сильных потугах из родовых путей освобождаются лоб и личико плода. После рождения всей головки наступает кратковременный перерыв в потугах.

Родившаяся головка обращена личиком кзади (рис. 106, а); личико синее, из носа и рта выделяется слизь. При потугах, возобновившихся после рождения головки, происходит поворот туловища плода, в результате которого одно плечико обращается к симфизу, другое—к крестцу.

Поворот туловища плода вызывает вращение

родившейся головки личиком к правому или левому бедру матери (рис. 106, б). При первой позиции личико поворачивается к правому бедру матери, при второй—к левому.

Рождение плечиков происходит следующим образом: переднее плечико задерживается под симфизом (рис. 107, а), над промежностью выкатывается заднее плечико (рис. 107, б), а затем рождается весь плечевой пояс. После рождения головки и плечевого пояса без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Вытекают мутноватые задние воды, содержащие частицы сыровидной смазки плода. Иногда задние воды содержат примесь крови из небольших разрывов мягких тканей родовых путей.

Родившийся ребенок начинает дышать, громко кричит, активно двигает ножками, кожа ребенка розовеет.

Мать испытывает сильное утомление, отдыхает, ускоренный пульс выравнивается. У роженицы после рождения ребенка нередко возникает озноб, заисящий от большой потери тепла во время сильной потужной деятельности.

В периоде изгнания происходит продвижение плода через мягкие отделы родовых путей и малый таз.

Поступательные движения плода совершаются по оси таза, т. е. по изогнутой линии, соединяющей центры всех прямых размеров таза. Ось таза изгибается в соответствии с вогнутой формой передней поверхности крестца, в выходе из таза она направляется кпереди, в сторону симфиза (рис. 108).

Стенки таза неравны: симфиз значительно короче крестца. Форма малого таза в различных плоскостях неодинаковая: вход таза имеет поперечновытянутую форму, полость—круглую, выход—вид овала, вытянутого в переднезаднем направлении. Головка плода имеет также неодинаковые размеры в различных плоскостях.

В связи с указанными особенностями формы таза и головки последняя не может пройти через родовые пути по прямой линии, не совершая поворотов. Одновременно с поступательными движениями по оси таза плод, особенно его головка, совершает ряд движений. Головка плода продельвает дополнительно к поступательным движениям повороты вокруг продольной оси и вращения вокруг поперечной оси—сгибание и разгибание.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называется механизмом родов.

В учение о механизме родов большой вклад внес А. Я. Крассовский.

Механизм родов при различных видах головного и тазового предлежания различен. Наиболее типичным, нормальным является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания, которое встречается в 95% всех родов.

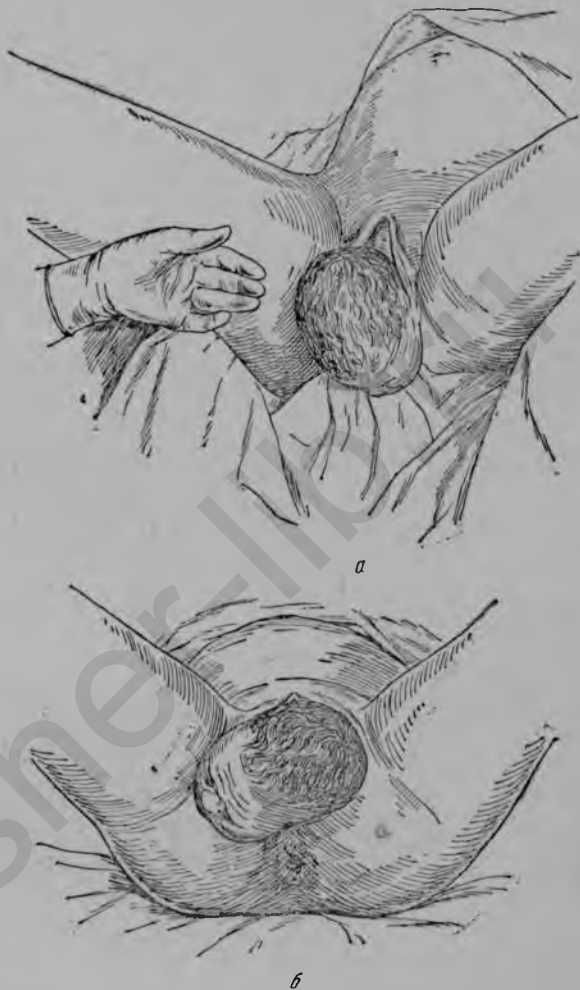


Рис. 106. Рождение головки.

a—родившаяся головка обращена личиком кзади;
б—поворот головки личиком к бедру матери.

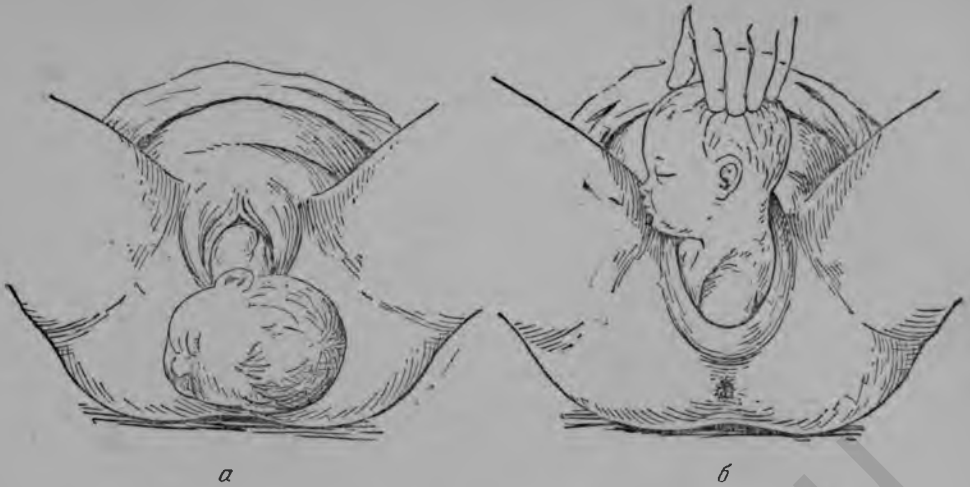


Рис. 107. Рождение плечиков.

а—переднее плечико задерживается под симфизом; б—над промежностью выкатывается заднее плечико.

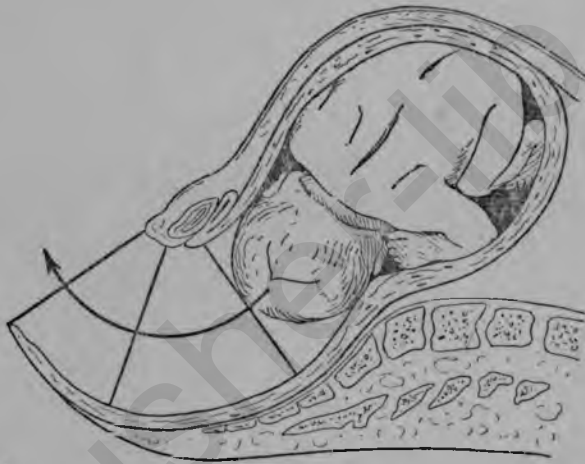


Рис. 108. Схематическое изображение формы родового канала в периоде изгнания.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Различают четыре момента механизма родов.

Первый момент—сгибание головки (*flexio capitis*). Головка совершает поворот вокруг поперечной оси.

В периоде раскрытия головка вставляется (или прижимается) во вход малого таза, стреловидный шов находится в поперечном или в слегка косом размере таза.

В периоде изгнания давление матки и брюшного пресса передается сверху на позвоночник плода и через него на головку. Позвоночник соединяется с головкой не в центре, а ближе к затылку; в связи с этим образуется как бы двуплечий рычаг, на коротком конце которого помещается затылок, на длинном—лоб. Сила внутриматочного и внутрибрюшного давления передается через позвоночник прежде всего на область затылка (короткое плечо рычага). Затылок опускается, подбородок приближается к грудной клетке,

малый родничок располагается ниже большого (рис. 109). Впоследствии область малого родничка все время продвигается по проводной оси таза и первой показывается из половой щели. Малый родничок при переднем виде затылочного предлежания является проводной (ведущей) точкой. Проводной точкой называется та, которая находится на предлежащей части и первой опускается во вход таза, идет впереди во время внутреннего поворота и первой показывается из половой щели.

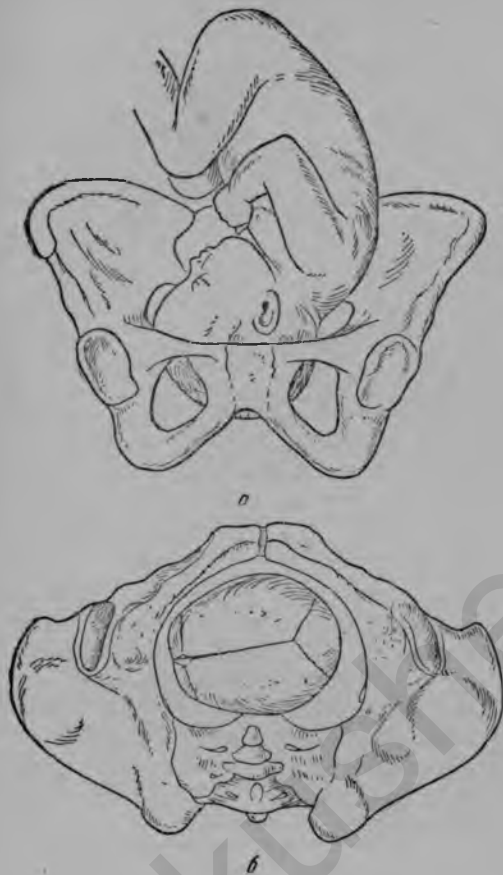


Рис. 109.

a—первый момент механизма родов—сгибание головки; *б*—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в поперечном размере таза.

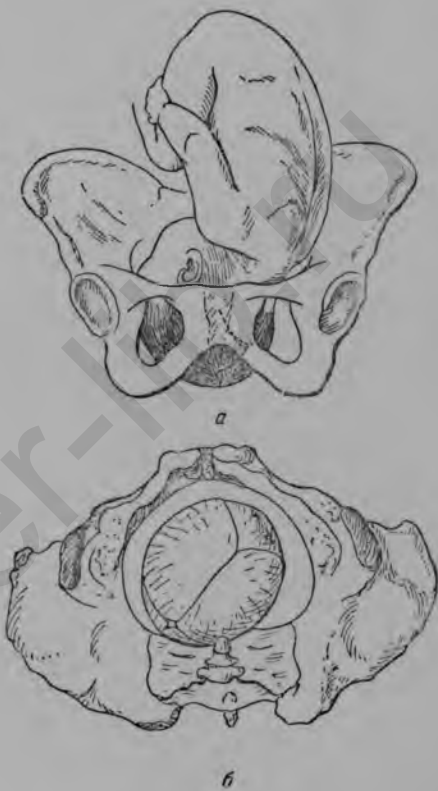


Рис. 110.

a—второй момент механизма родов—внутренний поворот головки; *б*—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов в правом косом размере таза.

В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером, а именно малым косым (9,5 см), вместо прямого размера (12 см), которым она была установлена раньше. Этой уменьшенной окружностью головка проходит через все плоскости таза и половую щель.

Второй момент—внутренний поворот головки (*rotatio capitis interna*). Головка совершает поступательное движение вперед (опускается) и одновременно поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок (и малый родничок) поворачивается кпереди, а лоб (и большой родничок)—кзади (рис. 110, *a*). Стреловидный шов, находившийся в поперечном (или слегка косом) размере входа в таз, постепенно меняет положение. Когда головка опускается в полость таза, стреловидный шов переходит в косой размер (рис. 110, *б*) при первой позиции—в правый косой, при второй—в ле-

вый. В выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере его. Установлением стреловидного шва в прямом размере выхода таза внутренний поворот головки заканчивается; при этом опущенный малый родничок обращен прямо к симфизу (рис. 111, а и б).

Головка при продвижении через полость таза (от входа до выхода) обычно вращается по дуге в 90° . Если затылок до внутреннего поворота был обращен слегка кпереди, то поворот головки происходит на 45° , если затылок был обращен немного кзади—на 135° .

Таким образом, при внутреннем повороте головки стреловидный шов из поперечного размера входа переходит в косой (в полости), а из косого в прямой размер выхода таза.

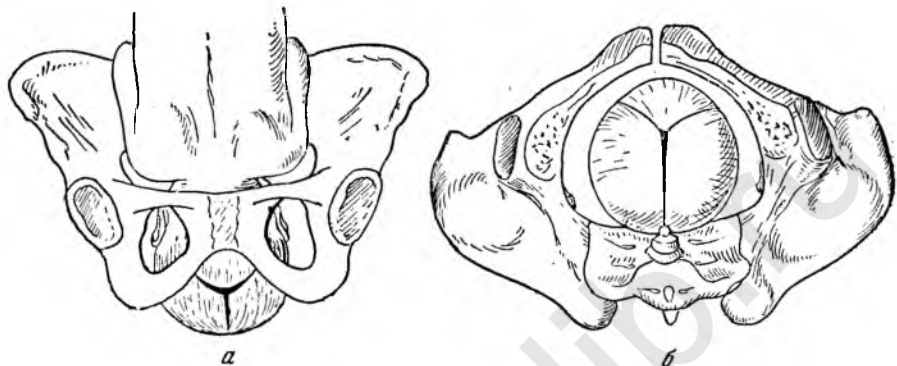


Рис. 111.

а—внутренний поворот головки закончен; б—вид со стороны выхода таза. Стреловидный шов стоит в прямом размере таза.

Внутренний поворот головки связывают с разными причинами. Наиболее распространенной является теория приспособления продвигающейся головки к размерам таза, головка своей наименьшей окружностью (окружность по малому косому размеру) проходит через наибольшие размеры таза. Во входе наибольший размер поперечный, в полости—косой, в выходе—прямой; соответственно происходят вращения головки из поперечного размера в косой и далее—в прямой. В. В. Суругин считал, что головка вращается в связи с поворотом плечиков. П. А. Белошапко и И. И. Яковлев связывают ее вращение с сокращением мышц тазового дна.

Третий момент—разгибание головки (*extensio capitis*). Когда сильно согнутая головка достигает выхода таза, она встречает сопротивление мышц тазового дна.

Сокращения матки и брюшного пресса изгоняют плод по направлению к верхушке крестца и копчика. Мышцы тазового дна оказывают сопротивление продвижению головки в данном направлении и способствуют отклонению ее кпереди, к половой щели.

Под влиянием этих двух сил рождающаяся головка разгибается. Разгибание происходит после того, как область подзатылочной ямки вплотную подойдет под лонную дугу (рис. 112, а). Вокруг этой точки опоры головка разгибается (рис. 112, б); при разгибании последовательно прорезываются лоб, личико и подбородок, т. е. рождается вся головка. Разгибание головки происходит во время врезывания и прорезывания ее. При переднем виде затылочного предлежания головка прорезывается через вульву плоскостью, проходящей через малый косой размер (окружность 32 см).

Точку опоры, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки, называют точкой фиксации или гипомохлином.

При переднем виде затылочного предлежания точкой фиксации является область подзатылочной ямки, при других предлежаниях—другие пункты на головке.

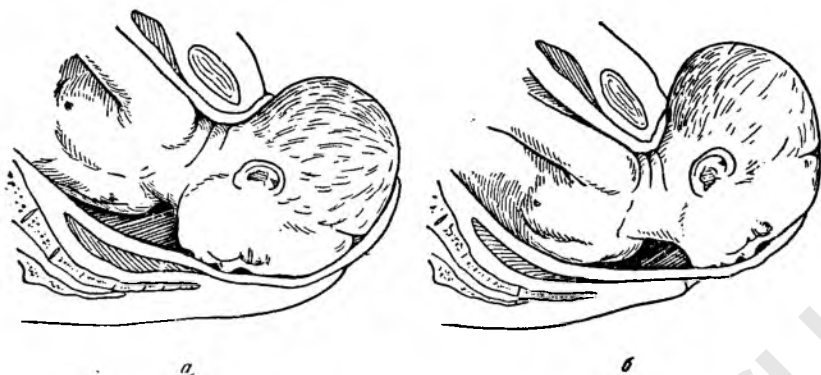


Рис. 112. Третий момент механизма родов.
а—начало разгибания (соответствует врезыванию); б—разгибание головки (соответствует прорезыванию).

Четвертый момент—наружный поворот головки (*rotatio capitis externa*).

Головка после рождения поворачивается личиком к правому или левому бедру матери в зависимости от позиции. При первой позиции личико поворачивается к правому, при второй—к левому бедру матери. Наружный поворот головки зависит от внутреннего поворота плечиков. Плечики вступают в таз в поперечном или слегка в косом размере; в полости таза начинается поворот плечиков, и они переходят в косой размер. На дне таза внутренний поворот плечиков заканчивается, поперечным размером они устанавливаются в прямом размере выхода таза (одно плечико—к симфизу, другое—к крестцу) (рис. 113). Поворот плечиков передается головке; когда плечики устанавливаются в прямом размере выхода таза, личико поворачивается к бедру матери.

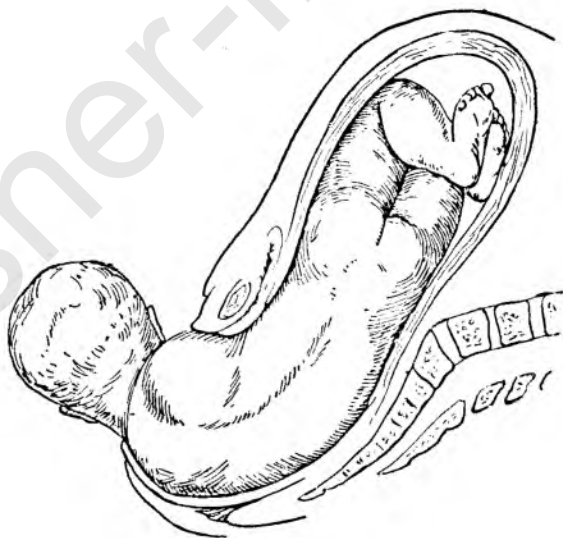


Рис. 113. Четвертый момент механизма родов—наружный поворот головки. Внутренний поворот плечиков закончен, они прорезываются.

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания

При затылочном предлежании внутренний поворот головки обычно происходит так, что затылок поворачивается кпереди (к симфизу), а лоб и личико—кзади (к крестцу). Поворот затылка кпереди наблюдается также при задних видах, т. е. в тех случаях, когда спинка и затылок до периода изгнания были обращены кзади. В процессе изгнания задний вид обычно

переходит в передний. Только в редких случаях (1% всех затылочных предлежаний) при внутреннем повороте головка вращается затылком к крестцу и роды происходят в заднем виде.

При заднем виде затылочного предлежания механизм родов следующий.

Первый момент—сгибание головки. Область малого родничка становится впереди идущим пунктом на головке, т. е. проводной точкой¹.

Второй момент—внутренний поворот головки. Согнутая головка опускается в таз и одновременно поворачивается затылком кзади (рис. 114, а); стреловидный шов в полости таза переходит в косой, в вы-



Рис. 114. Роды в заднем виде затылочного предлежания.

а—внутренний поворот головки затылком кзади (второй момент механизма); б—дополнительное сгибание головки (третий момент механизма).

ходе—в прямой размер таза (поворот закончен). После окончания поворота малый родничок (затылок) обращен к крестцу, большой родничок—к симфизу.

Третий момент. Во время прорезывания происходит: а) дополнительное сгибание и б) разгибание головки. Граница волосистой части лба упирается в лонную дугу и вокруг нее (первая точка фиксации) головка сильно сгибается (рис. 114, б). Во время этого дополнительного сгибания головки прорезываются теменные бугры и затылочный бугор. После этого головка упирается в крестцово-копчиковое сочленение областью подзатылочной ямки (вторая точка фиксации) и прodelывает разгибание. Во время разгибания из-под лонной дуги освобождаются лоб, личико и подбородок. Головка прорезывается окружностью, соответствующей среднему косому размеру (33 см).

Четвертый момент—наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Происходит так же, как при переднем виде затылочного предлежания.

При заднем виде затылочного предлежания продвижение головки по родовым путям осуществляется с затруднениями, период изгнания бывает более длительным, чем при переднем виде затылочного предлежания.

¹ Проводной точкой при заднем виде затылочного предлежания вначале является малый родничок, в конце ротации—середина между большим и малым родничком.

Влияние механизма родов на форму головки. Головка плода обладает способностью приспособляться к форме и размерам родового канала. Приспособляемость головки зависит от смещаемости черепных костей в области швов и родничков, способности костей черепа изменять форму (уплощаться, изгибаться) при прохождении через малый таз.

Под давлением стенок родового канала кости черепа надвигаются одна на другую в области швов и родничков. Одна теменная кость заходит на другую, затылочная и лобные кости могут вдвинуться под теменные. Черепные кости уплощаются или становятся более выпуклыми. В результате указанных смещений происходит изменение формы головки, приспособление ее к форме и размерам родовых путей. Изменение формы головки при прохождении ее через родовые пути называется конфигурацией. Конфигурация головки зависит от особенностей головки и родовых путей. Чем шире швы и мягче кости, тем больше способность головки к конфигурации. Кроме того, конфигурация бывает особенно значительной при затруднении продвижения головки (сужение таза). Форма головки изменяется в зависимости от механизма родов. При затылочном предлежании (особенно заднем виде) головка вытягивается в направлении затылка, принимая долихоцефалическую форму (рис. 115). При переднеголовном предлежании головка вытянута в направлении темени, при лобном—в направлении лба и т. д.



Рис. 115. Конфигурация головки при родах в затылочном предлежании.

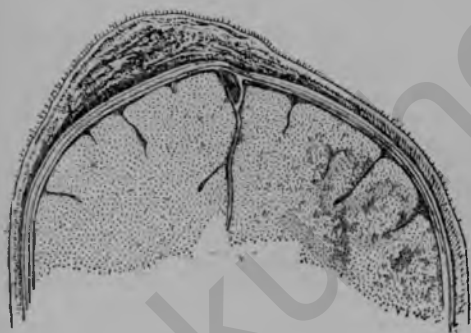


Рис. 116. Головная опухоль в области теменной кости.

При нормальных родах конфигурация головки бывает нерезкой и не отражается на здоровье и развитии новорожденного, изменения формы головки исчезают вскоре без следа.

В периоде изгнания, кроме конфигурации головки, возникает головная, или родовая, опухоль. Родовая опухоль представляет собой припухлость, отечность тканей на самом нижнем, впереди идущем участке предлежащей части. Отечность тканей возникает вследствие затруднения оттока венозной крови из того участка предлежащей части, который располагается ниже пояса соприкосновения.

Родовая опухоль развивается при головных и тазовых предлежаниях; родовую опухоль, образующуюся на предлежащей головке, называют головной опухолью.

Головная опухоль образуется после отхождения вод только у живых плодов. При затылочных предлежаниях головная опухоль располагается в области малого родничка и распространяется на правую или левую теменную кость (рис. 116) в зависимости от позиции. При первой позиции головная опухоль находится больше на правой, при второй позиции—на левой теменной кости. При лицевом предлежании родовая опухоль образуется на

личике, при ягодичном—располагается на ягодиче. При нормальных родах головная опухоль не достигает больших размеров и самопроизвольно исчезает через несколько дней после родов. При затяжном периоде изгнания (например, при узком тазе) головная опухоль достигает большой величины, кожа в области опухоли становится багрово-красной. Наоборот, при очень быстрых родах и маленькой головке родовая опухоль бывает незначительной или не образуется совсем.

При затрудненном прохождении головки через родовые пути и при оперативном родоразрешении на головке может возникнуть кровяная опухоль, или кефалогематома. Кефалогематома образуется вследствие кровоизлияния под надкостницу одной (реже обеих) теменной кости; она представляет собой мягковатую, неправильной формы припухлость, располагающуюся только в пределах данной кости. В отличие от головной опухоли, имеющей распычатые границы, кефалогематома никогда не переходит линию пограничных швов и родничков.

Рассасывание кровяной опухоли происходит несколько недель самопроизвольно. Лечение требуется только при возникновении осложнений, например нагноения.

ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

После рождения плода начинается третий период родов—последовый период. В последовом периоде происходит: 1) отделение плаценты и оболочек от стенок матки, 2) изгнание отслоившегося последа из половых путей.

Главным условием, способствующим отслоению плаценты, являются последовые схватки; в изгнании отделившегося последа участвует брюшной пресс.

После рождения ребенка матка сокращается, приобретает округлую форму; дно ее располагается на уровне пупка; через несколько минут начинаются ритмические сокращения матки—последовые схватки.

При последовых схватках сокращается вся мускулатура матки, включая и область прикрепления плаценты (эта область называется плацентарной площадкой). Плацента не обладает способностью к сокращению, поэтому происходит ее смещение от суживающегося места прикрепления. С каждой схваткой плацентарная площадка уменьшается, плацента образует складки, выпячивающиеся в полость матки и, наконец, отслаивается от стенки матки.

Нарушение связи между плацентой и стенкой матки сопровождается разрывом маточно-плацентарных сосудов в области отделившегося участка плаценты. Кровь, излившаяся из сосудов, накапливается между плацентой и стенкой матки и способствует дальнейшему отделению плаценты от места прикрепления. Отделение плаценты от стенки матки происходит двумя способами: с центра или с края ее.

При первом способе (способ Шульца) вначале отслаивается центральная часть плаценты (рис. 117, А). Между отделившимся участком и стенкой матки образуется скопление крови—ретроплацентарная гематома. Нарастающая гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты и выпячиванию ее в полость матки. Окончательно отделившаяся плацента рождается из полости матки и увлекает за собой оболочки. Плацента выходит из половых путей плодовой поверхностью наружу: оболочки вывернуты наизнанку (водная оболочка располагается снаружи, децидуальная—изнутри). Вывернутые оболочки находятся со стороны материнской поверхности плаценты.

При втором способе (способ Дункана) отделение начинается с периферии плаценты, обычно с нижнего края (рис. 117, Б). Кровь из нарушенных сосудов не образует ретроплацентарной гематомы, она стекает вниз между стенкой матки и оболочками. С каждой схваткой отслаиваются все новые, рас-

положенные выше участки плаценты. После полного отделения плацента скользит вниз и тянет за собой оболочки, которые также отделяются от матки. Плацента выходит из половых путей нижним краем вперед; расположение оболочек сохраняется в том виде, в котором они находились в матке (водная—внутри, децидуальная—снаружи).

Второй способ отделения плаценты встречается реже первого.

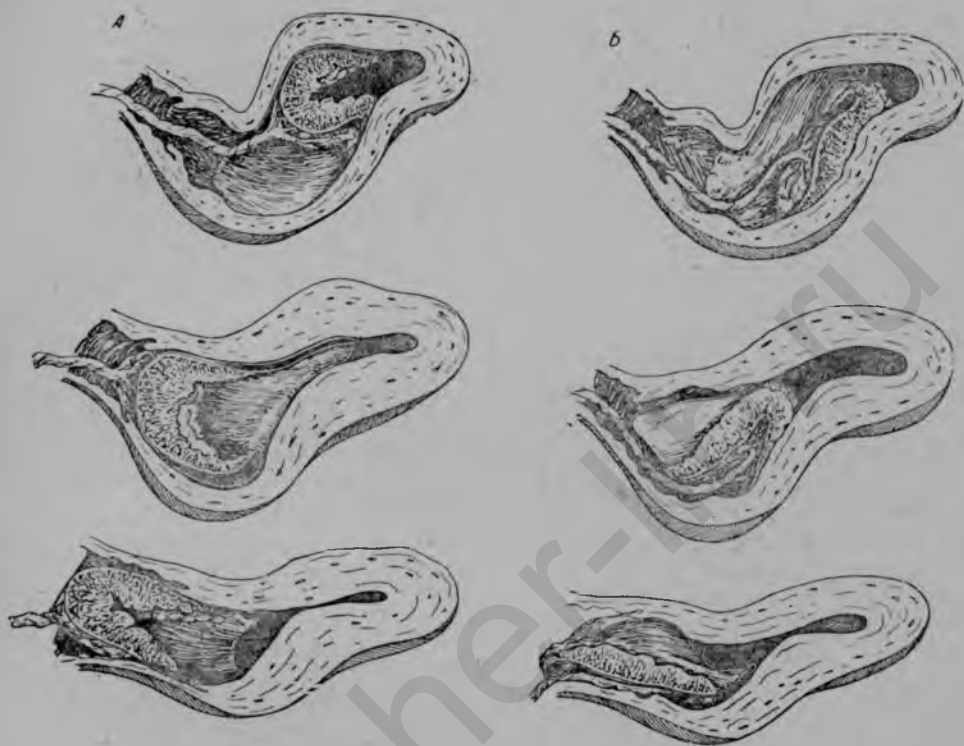


Рис. 117. Различные способы и этапы отделения и изгнания последа.
 А—отделение плаценты началось с центра; Б—отделение плаценты началось с края.

Последовый период характеризуется выделением крови из маточно-плацентарных сосудов, нарушающихся при отслойке плаценты. При нормальном течении последового периода кровопотеря достигает 150—300 мл, в среднем 250 мл. Эта кровопотеря является физиологической, она не оказывает отрицательного влияния на организм женщины.

После изгнания последа матка приходит в состояние длительного сокращения. Сократившиеся мышечные волокна и пучки сдавливают просвет зияющих сосудов, в связи с чем кровотечение прекращается.

После изгнания последа роды заканчиваются и начинается послеродовой период. С момента окончания родов женщину называют не роженицей, а родильницей.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ

Продолжительность родов зависит от разных причин, главным образом от характера родовых сил. Чем интенсивнее схватки и потуги, тем меньше продолжительность родов. На продолжительность родов влияют и такие факторы, как величина плода, вставление предлежащей части, размеры таза, время отхождения околоплодных вод и другие.

Продолжительность первых родов обычно больше, чем повторных; у пожилых (старше 30 лет) и старых первородящих роды нередко затягиваются в связи с недостаточно хорошей растяжимостью мягких тканей родовых путей. Затяжное течение родов наблюдается при недоразвитии организма женщины (инфантилизм), у ожиревших и сильно истощенных женщин.

В среднем у первородящих женщин роды продолжаются около суток (15—24 часа), у повторнородящих—10—12 часов.

Наиболее продолжительным является период раскрытия; у первородящих период раскрытия продолжается 13—18 часов, у повторнородящих—6—9 часов.

Период изгнания у первородящих продолжается 2—3 часа, у повторнородящих—30—60 минут.

Последовый период у перво- и повторнородящих продолжается 15—60 минут, в среднем 30 минут.

—
akusher-lib.ru

Г Л А В А IX

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

ПОРЯДОК ПРИЕМА И САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РОЖЕНИЦ

Поступающие в родильный дом роженицы оставляют в вестибюле (прихожей) верхнюю одежду и направляются в фильтр.

В фильтре или в отведенном для этого месте производится отбор здоровых рожениц от больных или подозрительных в отношении инфекции.

Акушерка знакомится с общим состоянием роженицы, выявляет наличие контакта с инфицированными больными, производит первичный осмотр, обращая особое внимание на состояние кожи (гнойнички, фурункулез и др.), зева (краснота, налеты) и половых органов (гнойные выделения, кондиломы и др.). Здесь же измеряют температуру и сосчитывают пульс роженицы.

Из фильтра здоровых рожениц направляют в смотровую и в душевую первого акушерского отделения (может быть одна смотровая-душевая комната).

Роженицы с повышенной температурой, гнойничковыми заболеваниями кожи, больные гриппом, ангиной и другими инфекционными заболеваниями из фильтра поступают в смотровую-душевую второго акушерского (сомнительного) отделения.

В колхозный родильный дом, где нет второго акушерского отделения, роженицы с повышенной температурой и признаками инфекционных заболеваний не принимаются. Такие роженицы направляются в ближайшую больницу, где есть второе акушерское отделение или изолятор.

В смотровой-душевой производится обследование и санитарная обработка роженицы.

Для этого необходимо следующее оборудование: 1) кушетка, 2) стол, 3) подставка для кружки Эсмарха, 4) весы для взвешивания роженицы, ростомер, 5) термометры, 6) стетоскоп акушерский и обычный, 7) тазомер, 8) сантиметровая лента, 9) кружка Эсмарха для клизм с набором наконечников, 10) кружка Эсмарха для подмывания наружных половых органов роженицы (с наконечниками), 11) бритва, 12) стерильные щетки для мытья рук, 13) кипяченые мочалки для мытья роженицы, 14) стерильные пинцеты и корнцанги для захватывания стерильного материала, 15) аппарат для измерения артериального давления, 16) шпатель, 17) стерильный шприц и набор игл для подкожного впрыскивания, 18) ножницы, 19) стандартные сыворотки и все необходимое для определения группы крови, 20) стерильный материал (вата, шарики, салфетки), 21) спирт, йод, дезинфицирующие средства (лизоформ, хлорамин), 22) мыло, 23) клеенки, простыни, полотенца, 24) подкладное судно.

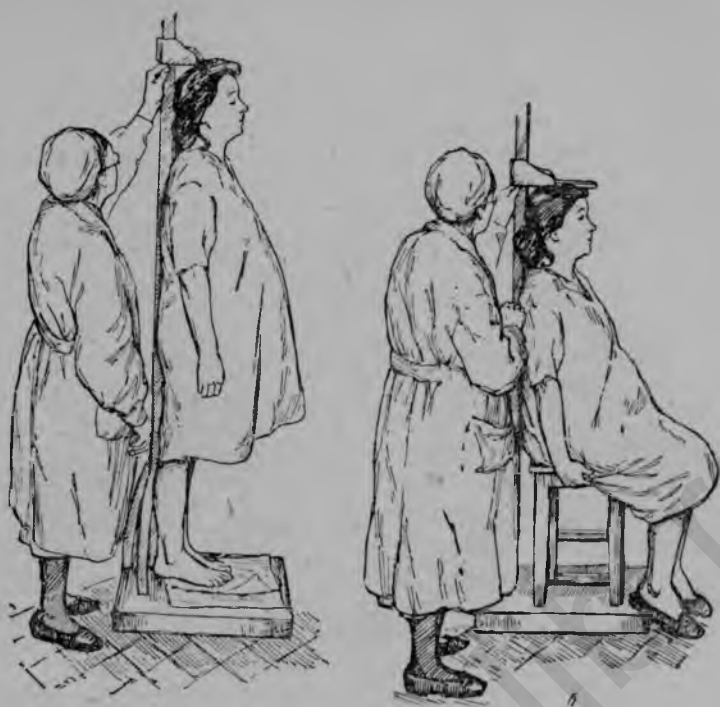


Рис. 118. Измерение роста роженицы.
а—стоя; б—сидя.



Рис. 119. Взвешивание роженицы.



Рис. 120. Измерение артериального давления у роженицы.

Исследование и санитарную обработку роженицы производят следующим образом.

1. Собирают анамнез и записывают паспортные сведения в историю родов.

2. Производят тщательный осмотр тела, видимых слизистых, живота, области таза; исследуют сердце, легкие (перкуссия, аускультация) и другие органы. Измеряют рост роженицы (рис. 118) и взвешивают ее (рис. 119). В обязательном порядке измеряют артериальное давление у каждой поступающей роженицы (рис. 120).



Рис. 121. Подготовка наружных половых органов к родам.

a—волосы с лобка и наружных половых органов сбривают; *b*—половые органы обмывают дезинфицирующим раствором.

3. Укладывают роженицу на кушетку, покрытую чистой простыней, и производят наружное акушерское исследование (пальпация, аускультация, измерение объема живота и высоты стояния дна матки, измерение таза), осмотр наружных половых органов. Влагалищное исследование роженицы обычно осуществляют в родовой комнате, а не в санитарном пропускнике.

Все данные объективного обследования роженицы записывают в историю родов.

4. Сбривают волосы с наружных половых органов (бритвы все время хранятся в посуде со спиртом). Предварительно акушерка моет руки и протирает их спиртом. Затем намыливает при помощи стерильной ваты или кисточки наружные половые органы и сбривает волосы с лобка, больших губ и промежности (рис. 121, *a*).

5. После окончания бритья наружные половые органы обмывают (рис. 121, *b*) слабым дезинфицирующим раствором (1% раствор лизоформа, 0,5% раствор хлорамина, раствор марганцовокислого калия 1 : 6000), высу-

шивают стерильной марлей, взятой корнцангом. Спринцевание влагалища у рожениц не производят, за исключением особых случаев по назначению врача.

Если из влагалища патологических выделений нет, роженице предлагают помочиться в чистое, сухое судно. Из судна берут 8—10 мл мочи для исследования.

При наличии гнойных или сукровичных выделений из влагалища мочу для исследования выпускают при помощи стерильного катетера. Перед катетеризацией вновь моют руки, протирают их спиртом, вульву протирают дезинфицирующим раствором.

Исследование мочи роженицы производится в обязательном порядке. При поступлении ставится проба на белок кипячением с уксусной кислотой или проба с сульфасалициловой кислотой. В дальнейшем исследуют мочу в лаборатории.

Проба на белок с уксусной кислотой. В пробирку набирают 8—10 мл мочи и кипятят на спиртовке. Моча, содержащая белок или большое количество солей, при кипячении мутнеет. К помутневшей моче прибавляют несколько капель слабого раствора (3—5%) уксусной кислоты и снова кипятят. Если муть при этом не исчезает, моча содержит белок; если моча становится прозрачной, то помутнение зависело от солей, которые в присутствии уксусной кислоты растворяются.

Проба с сульфасалициловой кислотой. В пробирку наливают 4—5 мл профильтрованной мочи и добавляют 8—10 капель 20% раствора сульфасалициловой кислоты. При наличии белка в моче образуется хлопьевидный осадок или муть.

6. Очистительную клизму ставят в обязательном порядке за исключением тех случаев, когда роженица поступает в периоде изгнания.

Клизма ставится из 3—4 стаканов кипяченой воды комнатной температуры при положении роженицы на левом боку. Наконечник должен быть стерильным. Использованные наконечники моются, кипятятся и хранятся до употребления в растворе лизоформа.

Роженица в уборной не должна оставаться без надзора акушерки или санитарки потому, что при натуживании может начаться изгнание плода.

7. После действия кишечника подстригают ногти на руках и ногах, тщательно осматривают волосистый покров головы. При необходимости голову моют водой с мылом, вычесывают частым гребнем и обрабатывают раствором сабадиллы или керосином. В остальных случаях голову моют водой с мылом.

8. Роженица моется под душем (рис. 122); погружаться в ванну запрещается потому, что во влагалище может проникнуть загрязненная вода, содержащая микробы. При отсутствии душа роженицу моют, поливая воду сверху из кувшина. После душа роженицу обливают чистой простыней, надевают чистое белье, косынку и халат и сопровождают в предродовую. Если начались потуги, то роженицу отвозят на каталке прямо в родовую комнату в сопровождении акушерки.



Рис. 122. Роженица моется под душем.

ОБОРУДОВАНИЕ ПРЕРОДОВОЙ И РОДОВОЙ КОМНАТЫ

Роженица находится в предродовой комнате в течение всего периода раскрытия, в начале периода изгнания она переводится в родовую комнату.

В небольших родовспомогательных стационарах и колхозных родильных домах предродовой комнаты обычно не бывает, поэтому роженица поступает непосредственно в родовую комнату.

Предродовая и родовая комнаты содержатся в строжайшей чистоте, оборудование их ограничивается предметами, необходимыми для ведения родов; лишние предметы являются помехой для осуществления строгого санитарно-гигиенического режима.

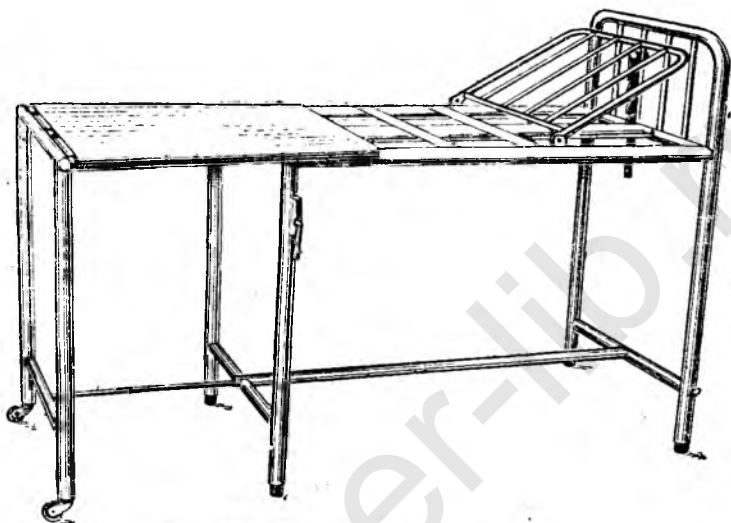


Рис. 123. Кровать Рахманова.

В предродовой находятся обычные кровати, шкафы для медикаментов (обезболивающие, сердечные, кровоостанавливающие, дезинфицирующие средства и др.) и инструментария, прикроватные столики, стол для записей в историю родов, подставка для стерильного материала, приспособления для мытья рук (вода, щетки, мыло).

В родовой комнате помещаются родильные кровати, передвижные столики для стерильного материала и инструментов, столик для туалета новорожденного, детские весы и ростомер, стол для записей в историю родов, подставки для биксов со стерильным материалом и посуды с дезинфицирующими средствами. При отсутствии предродовой в родовой комнате находятся шкафчики для медикаментов и инструментария.

В родовой комнате постоянно должны быть сердечные (кофеин, камфара, кардиазол и др.), кровоостанавливающие (эрготин, питуитрин, жидкий экстракт спорыньи) средства, препараты для обезболивания родов (хранятся в отдельном шкафчике), свежеприготовленный 2% раствор азотнокислого серебра для профилактики гонобленореи новорожденных, спирт, йод, дезинфицирующие средства. Всегда следует иметь наготове стерильные ножницы для перерезки пуповины, лигатуры для перевязки пуповинного остатка, стерильный материал, шприцы, физиологический раствор и аппарат Боброва, средства для оказания помощи ребенку, родившемуся в асфиксии (ванночки, холодная и горячая вода, резиновая груша для отсасывания слизи и др.).

В наших родовспомогательных учреждениях обычно пользуются родильной кроватью, сконструированной А. Н. Рахмановым. Родильная кровать отличается от обычной тем, что: 1) она выше (удобнее оказывать акушерскую помощь во втором и третьем периоде родов), 2) состоит из двух смешивающихся половин (рис. 123 и 124). Ножной конец кровати Рахманова можно вдвинуть в головной; при этом таз роженицы располагается на краю головного конца кровати (так называемая поперечная кровать), ноги роженицы согнуты в тазобедренных и коленных суставах, наружные половые органы доступны для оказания акушерских пособий.



Рис. 124. Кровать Рахманова подготовлена к приему родов.

Высоту изголовья кровати Рахманова можно изменять по желанию акушерки. Матрац родильной кровати тоже состоит из двух половин (подушки-пальстеры), которые обшиты белой клеенкой.

При ведении нормальных родов пальстер с ножного конца кровати удаляется, что создает удобства для действий акушерки, принимающей роды. Этот же пальстер снимается при необходимости создать «поперечную кровать» (сдвинуть ножной конец кровати по направлению к головному концу).

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ

В предродовой (или родовой) комнате акушерка уточняет анамнестические данные, производит дополнительный осмотр роженицы (телосложение, форма живота, пояснично-крестцового ромба и т. д.) и детальное акушерское исследование. Все дополнительные данные анамнеза, общего и акушерского исследования заносятся в историю родов.

Роженицу укладывают в постель. Вставать с постели разрешают только при целых водах, не очень сильных и частых схватках и при условии фиксации головки ко входу в таз. При отсутствии этих условий роженица лежит в постели на спине или на боку в наиболее удобном для нее положении (рис. 125).

В периоде раскрытия акушерка тщательно наблюдает за состоянием роженицы (усталость, головокружение, головная боль, расстройства зрения и др.), динамикой родов и сердцебиением плода, периодически сосчитывает пульс. При нормальных родах пульс может несколько участиться, но остается полным и ритмичным. Измерение температуры тела роженицы производят 2—3 раза в день.

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности. Акушерка следит за силой, продолжительностью и частотой схваток. Рекомендуется производить сосчитывание схваток.

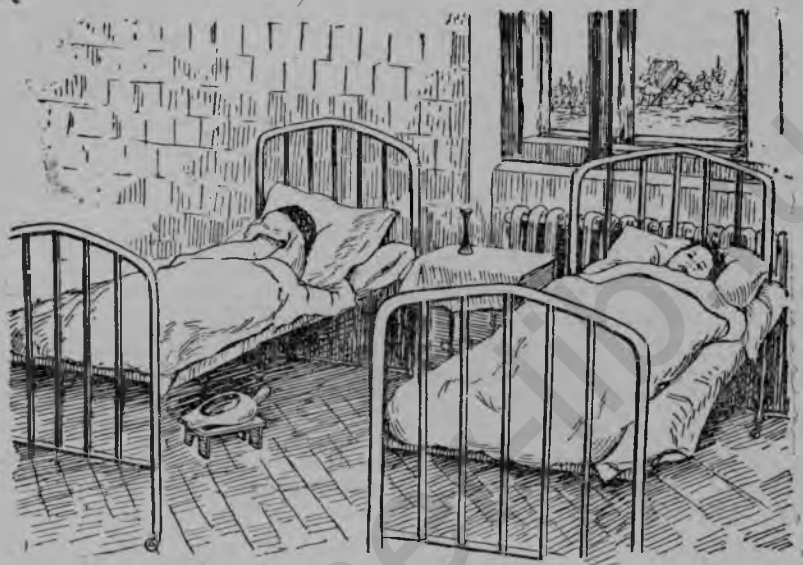


Рис. 125. Положение рожениц в периоде раскрытия: роженицы лежат на спине или на боку.

Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия производят многократно. При этом необходимо обращать особое внимание на отношение предлежащей части ко входу в таз (над входом, прижата ко входу, малым сегментом во входе, стр. 148), на консистенцию матки во время схваток и пауз, высоту стояния дна матки, состояние контракционного кольца. Силу и продолжительность сокращений определяют рукой, расположенной на дне матки, степень расслабления матки выявляют пальпацией. При физиологических родах матка после схваток хорошо расслабляется. Контракционное кольцо при нормальных родах определяется в виде слабо выраженной поперечно идущей борозды. По мере раскрытия наружного зева контракционное кольцо поднимается кверху, в конце периода раскрытия оно располагается на ладонь выше симфиза. Повышается также уровень стояния дна матки. В начале родов дно матки находится обычно на середине между пупком и мечевидным отростком, к концу периода раскрытия оно поднимается до мечевидного отростка и реберной дуги.

Выслушивание сердцебиения плода в периоде раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится через каждые 15—20 минут, а после отхождения вод—через 5—10 минут. Учащение сердцебиения до 160 ударов в минуту и выше, а также урежение сердечных тонов до 110 и ниже являются признаками угрожающей асфиксии плода.

Разрыв плодного пузыря и отхождение околоплодных вод—ответственный момент родов, поэтому он требует особого внимания акушерки. Обычно воды отходят при полном (или близком к полному) раскрытии зева, они представляют собой светлую жидкость. Примесь мекония к околоплодным водам обычно указывает на начинающуюся асфиксию плода, примесь крови—на разрыв краев зева, отслоение плаценты и другие патологические процессы. Если в момент отхождения вод головка не фиксирована ко входу в малый таз (отсутствует пояс соприкосновения), то вместе с водами во влагалище может выпасть петля пуповины или ручка плода. Выпадение пуповины ведет к асфиксии плода, выпавшая ручка создает затруднение или препятствие для изгнания плода.

Влагалищное исследование роженицы производится при поступлении и тотчас после отхождения околоплодных вод.

При дальнейшем течении родов влагалищное исследование производят по показаниям: затяжной период изгнания, неясное положение и предлежащие плода, кровотечение из родовых путей, асфиксия плода и др.

При влагалищном исследовании определяют состояние влагалища (ширина просвета, стеноз, перегородки) и шейки матки (укорочена, сглажена), степень раскрытия и характер краев зева (толстые, тонкие, растяжимые, ригидные), состояние плодного пузыря (нарушен или нет, напряжен или вялый), предлежащую часть и отношение ее к плоскостям таза (над входом, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе), прощупывают опознавательные пункты на предлежащей части, исследуют внутреннюю поверхность костей таза и, наконец, измеряют диагональную конъюгату, если мыс достигается.

Во время родов ведут тщательное наблюдение за выделениями из половых путей роженицы. В первом периоде родов до отхождения вод выделяется прозрачная тягучая слизь, находившаяся в шейном канале.

Необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника. Переполнение мочевого пузыря и прямой кишки препятствует нормальному течению периода раскрытия и изгнания, выделению последа.

Переполнение мочевого пузыря может возникнуть в связи с атонией его, при которой женщина не ощущает позывов к мочеиспусканию. Причиной переполнения мочевого пузыря может быть прижатие мочеиспускательного канала к симфизу головкой плода. Чтобы не допустить переполнения мочевого пузыря, роженице надо предлагать мочиться самостоятельно через каждые 2—3 часа. Если роженица самостоятельно опорожнить мочевой пузырь не может, прибегают к катетеризации.

Катетеризация мочевого пузыря производится следующим образом. Наружные половые органы роженицы обмывают слабым дезинфицирующим раствором; руки моют водой с мылом при помощи прокипяченной щетки и протирают спиртом. Указательным и большим пальцами левой руки раздвигают половые губы, обнажают наружное отверстие мочеиспускательного канала и протирают его слабым дезинфицирующим раствором (лизоформ, марганцовокислый калий). Правой рукой берут катетер (рис. 126), лучше эластический, и осторожно вводят его конец через уретру в мочевой пузырь (рис. 127). Определяют характер мочи (прозрачная, мутная, содержит примесь крови) и при необходимости направляют ее на исследование.

Важно своевременное опорожнение нижнего отдела кишечника. Если период раскрытия продолжается больше 12—15 часов, то ставят очистительную клизму.

Наружные половые органы роженицы в периоде раскрытия обмывают слабым дезинфицирующим раствором не реже 1 раза за 5—6 часов, а также после каждого акта мочеиспускания и дефекации.

Роды сопровождаются большой затратой энергии, поэтому роженица нуждается в питании. Назначается легко усвояемая пища (кисели, бульон с яйцом, манная каша, булка, молочные продукты, сладкий чай и др.) небольшими порциями. Нередко роженицы забывают о еде; акушерка должна учитывать вред голодания и следить за тем, чтобы женщина своевременно принимала пищу.

В периоде раскрытия принимаются меры к обезболиванию родов.



Рис. 126. Женский катетер.



Рис. 127. Техника катетеризации мочевого пузыря.

Период изгнания начинается после полного раскрытия зева; обычно в это время (или немного раньше) происходит разрыв плодного пузыря и отходят передние воды. Если пузырь не разрывается самостоятельно и при первых потугах показывается из половой щели, его разрывают пальцами или инструментом.

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

В периоде изгнания организм роженицы испытывает большое напряжение; нервная, сердечно-сосудистая и мышечная система, органы дыхания и другие органы и системы функционируют с повышенной нагрузкой. В связи с этим у женщин с заболеваниями сердца, сосудов, легких и других органов во втором периоде может наступить расстройство сердечной деятельности и газообмена. При продолжительном периоде изгнания, сильных и частых потугах может нарушиться маточно-плацентарное кровообращение и развиться асфиксия плода.

Поэтому наблюдение за состоянием роженицы и внутриутробного плода во втором периоде родов должно быть усилено.

Акушерка систематически наблюдает за общим состоянием роженицы, окраской кожи и видимых слизистых, сосчитывает пульс, измеряет артериальное давление, справляется о ее самочувствии (нег ли головокружения, головной боли, расстройства зрения и др.). Необходимо наблюдение за

характером родовой деятельности (сила, продолжительность, частота потуг) и состоянием матки. Пальпацией определяют степень сокращения матки и расслабления ее вне схваток, напряжение круглых связок, высоту стояния контракционного кольца. Обращают внимание на состояние нижнего сегмента матки (нет ли его истончения и болезненности).

В периоде изгнания производят повторные наружные акушерские исследования для выяснения продвижения подлежащей части по родовым путям. Третьим и четвертым приемом определяют отношение головки к различным плоскостям малого таза. Влагалищным исследованием эти отношения удается определить более точно. Эти отношения принято формулировать следующим образом.

1. Головка над входом в таз (рис. 128, а). Вся головка помещается над входом в малый таз; она подвижна, свободно перемещается при толчках (баллотирует) или прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании выясняется, что таз свободен, головка стоит высоко, она не препятствует ощупыванию безмянных линий таза и мыса (если он вообще достижим), стреловидный шов обычно находится в поперечном размере, большой и малый роднички—на одном уровне (при затылочном предлежании).

2. Головка во входе в таз малым сегментом (рис. 128, б). Головка неподвижна, большая часть ее находится над входом в таз, небольшой сегмент головки—ниже плоскости входа в таз. При влагалищном исследовании выясняется, что крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти согнутым пальцем (если он достижим). Внутренняя поверхность симфиза доступна исследованию, стреловидный шов стоит в поперечном или в слегка косом размере.

3. Головка во входе в таз большим сегментом (рис. 128, в). При наружном исследовании определяется, что головка большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в таз (опустилась в полость). При влагалищном исследовании выясняется, что головка прикрывает верхнюю треть симфиза и крестца, мыс недостижим, седалищные ости прощупываются легко. Головка согнута, малый родничок ниже большого, стреловидный шов находится в поперечном или в слегка косом размере.

4. Головка в широкой части полости таза. При наружном исследовании прощупывается незначительная часть головки (лоб); при влагалищном исследовании выясняется, что головка наибольшей окружностью прошла плоскость широкой части полости таза, две трети внутренней поверхности лонного сочленения и верхняя половина крестцовой впадины заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров.

5. Головка в узкой части полости таза (рис. 128, г). Наружным исследованием головка не определяется. При влагалищном исследовании обнаруживается, что две верхние трети крестцовой впадины и вся внутренняя поверхность лонного сочленения заняты головкой. Седалищные ости достигаются с трудом. Головка находится близко ко дну таза, внутренний поворот ее еще не закончен, стреловидный шов находится в одном из косых размеров, близко к прямому.

6. Головка в выходе таза (рис. 128, д). При наружном исследовании головка не прощупывается совсем. Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, стреловидный шов стоит в прямом размере таза.

При нормальном течении родов наблюдается последовательное продвижение головки через таз, она не стоит длительно в одной плоскости таза. Продолжительное стояние головки в одной и той же плоскости таза указы-

вают на возникновение каких-то препятствий к изгнанию плода или на ослабление родовой деятельности.

Во втором периоде родов полагается выслушивать сердечные тоны плода после каждой потуги; опасность асфиксии плода в периоде изгнания значительно больше, чем в первом периоде родов, до отхождения околоплодных вод. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных тонов плода; с целью наиболее точной

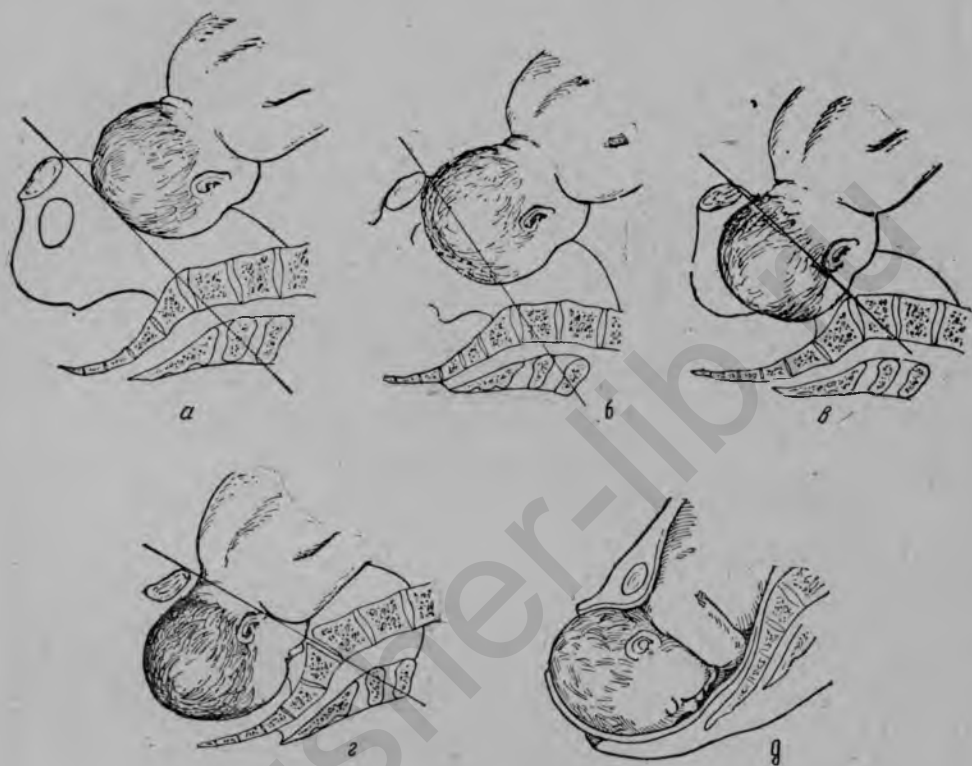


Рис. 128. Отношение головки к плоскостям таза.

а—головка над входом в таз; б—головка во входе в таз малым сегментом; в—головка во входе в таз большим сегментом; г—головка в полости таза; д—головка в выходе таза.

оценки сердечной деятельности следует не только выслушивать, но и сосчитать сердечные тоны плода. Сердечные тоны сосчитывают через каждые 10—15 минут, полученные данные записывают в историю родов.

Имеет большое значение наблюдение за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища. Появление отека наружных половых органов указывает на сдавление мягких тканей родовых путей между головкой и костями таза; кровяные выделения могут сигнализировать о начинающейся отслойке плаценты или о повреждении (разрыв, ссадина) мягких тканей родовых путей. Примесь мекония к водам при головном предлежании является признаком асфиксии плода; гнойные выделения из влагалища свидетельствуют об инфекции.

В периоде изгнания роженица лежит на кровати Рахманова в удобном для нее положении, на спине. К концу периода изгнания роженица лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах (рис. 129).

Головной конец кровати приподнимают; возвышенное положение верхнего отдела туловища облегчает потуги и способствует более легкому прохождению предлежащей части через родовой канал. Польштер с ножного конца кровати вынимают, что облегчает наблюдение за наружными половыми органами роженицы и улучшает условия приема родов.

Если роды ведутся не на родильной кровати, то под голову и плечи роженицы подкладывают дополнительную подушку. Во время потуг роженица ступнями ног (согнутых в коленных и тазобедренных суставах) упирается в кровать, руками держится за края кровати или за специальные «вожжи» (два привязанных к ножному концу кровати полотенца; свободные концы этих полотенец роженица держит в руках и натягивает на себя во время потуг).

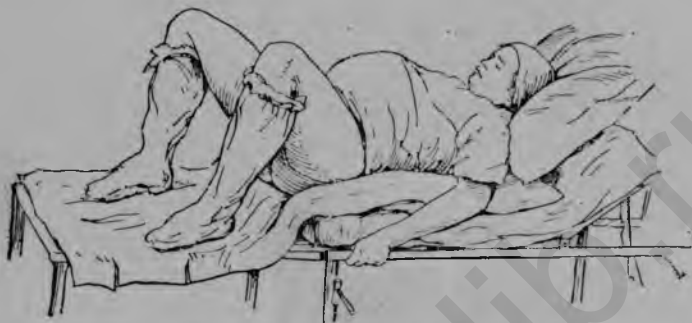


Рис. 129. Положение роженицы в периоде изгнания.

С момента врезывания головки акушерка должна быть готова принимать роды. Она моет руки, как перед операцией. Затем обмывает наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер, седалищную и анальную область слабым раствором марганцовокислого калия, высушивает их стерильной марлей и смазывает 5% йодной настойкой; анальную область закрывает стерильной марлей или пленкой. Под крестец роженицы подстилают стерильную простыню. Если роды принимаются на обычной кровати, то для лучшего доступа к половым органам под крестец подкладывают валик.

После подготовки роженицы акушерка повторно протирает руки спиртом, надевает стерильный халат и перчатки.

Во время врезывания головки акушерка ограничивается наблюдением за состоянием роженицы, родовой деятельностью и продвижением головки (рис. 130).

Как только головка прорезалась (не уходит вглубь после потуги), приступают к акушерскому пособию — приему родов. Помощь акушерки необходима потому, что при прорезывании головка оказывает сильное давление на тазовое дно и производит перерастяжение его. В то же время головка подвергается сдавлению со стороны стенок родового канала. В связи с этим у роженицы может возникнуть разрыв промежности, а у плода — нарушение мозгового кровообращения.

Поэтому акушерка, принимающая роды: а) производит защиту промежности от повреждений, б) бережно выводит плод из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий.

Для выполнения этих задач необходимо соблюдение следующих условий.

1. Прорезывающаяся головка должна продвигаться медленно и постепенно. Постепенное прорезывание головки способствует растяжению тканей промежности без нанесения повреждений.

2. Головка должна прорезываться своим наименьшим (для данного предлежания) размером. Чем меньшей окружностью прорезывается головка через вульварное кольцо, тем меньше она растягивает промежность.

Необходимо учитывать, что при прорезывании наименьшим размером сама головка меньше сдавливается стенками родового канала.

При переднем виде затылочного предлежания наименьшим размером является малый косой размер (9,5 см, окружность 32 см). Этим размером головка должна проходить через вульварное кольцо.



Рис. 130. Врезывание головки. Акушерка готова к приему родов.

Акушерка стоит справа от роженицы и начинает оказывать пособие с самого начала прорезывания головки (во время врезывания всякие манипуляции излишни): а) сдерживает чрезмерно быстрое продвижение головки, способствуя постепенному прорезыванию ее, б) предупреждает преждевременное разгибание головки. Задерживая преждевременное разгибание головки, акушерка способствует ее прорезыванию в согнутом состоянии. В согнутом состоянии головка прорезывается наименьшей окружностью, проходящей по малому косому размеру (32 см), несогнутая головка прорезывается большей окружностью, идущей по прямому размеру (34 см), что сопровождается более значительным растяжением тканей.

Технически указанные требования выполняются следующим образом.

1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Три пальца правой руки располагают на прорезывающейся головке. Касаясь головки мякотью пальцев, акушерка во время потуги задерживает быстрое продвижение головки и предупреждает ее преждевременное разгибание (рис. 131). Если при сильных потугах правая рука не может задержать быстро продвигающуюся головку, то помогают левой рукой. Для этого кисть левой руки располагают на лобке, ладонной поверхностью концевых фаланг пальцев осторожно надавливают на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное продвижение.

Многие акушерки располагают ладонную поверхность правой руки на промежности и поддерживают ее. Однако лучше, если руки акушерки промежности не касаются. Надавливание на промежность ведет к нарушению кровообращения и разминанию тканей, что понижает их питание и способствует возникновению разрыва.

В паузах между потугами пальцы левой руки остаются на головке, а правая рука устраняет растяжение тканей в заднебоковых отделах вульварного кольца, производит так называемый заем тканей. Для этого в паузах

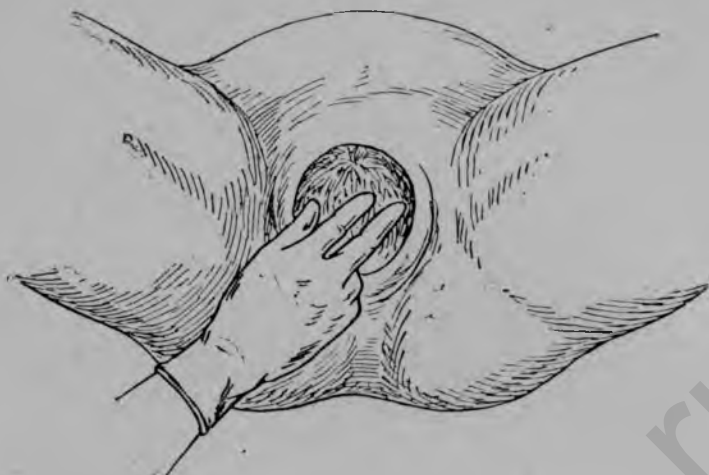


Рис. 131. Акушерка задерживает быстрое продвижение головки и предупреждает преждевременное разгибание ее («защита промежности»).

между потугами ткань клитора и малых половых губ спускают с рождающегося затылка; кроме того, менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводят по возможности кзади, в сторону промежности, чем

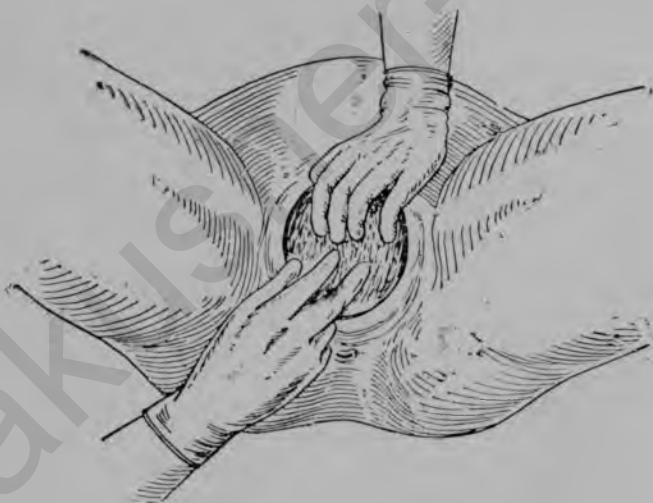


Рис. 132. При сильных потугах левая рука помогает правой, производя сгибание в сторону промежности («защита промежности»).

устраняется ее избыточное растяжение. Как только начинается новая потуга, «заем тканей» прекращают и вновь задерживают быстрое прорезывание и преждевременное разгибание головки.

2. Выведение головки. Когда затылок родится и область подзатылочной ямки (точка фиксации) упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тузиться. С этого момента и до

выведения всей головки роженица дышит ртом, руки сложены на груди. Ритмичное глубокое дыхание (без задержки) через рот помогает преодолеть потугу. Роженице следует заранее объяснить смысл запрещения потуг и необходимость выполнения распоряжений акушерки.

После рождения затылочного бугра освобождают теменные бугры, осторожно сводя с них боковые края вульварного кольца. После этого головку захватывают всей левой рукой и постепенно, осторожно ее разгибают; во время разгибания правой рукой сводят с головки ткани промежности (рис. 133). При постепенном разгибании над промежностью сначала показывается лоб, потом личико и подбородок.

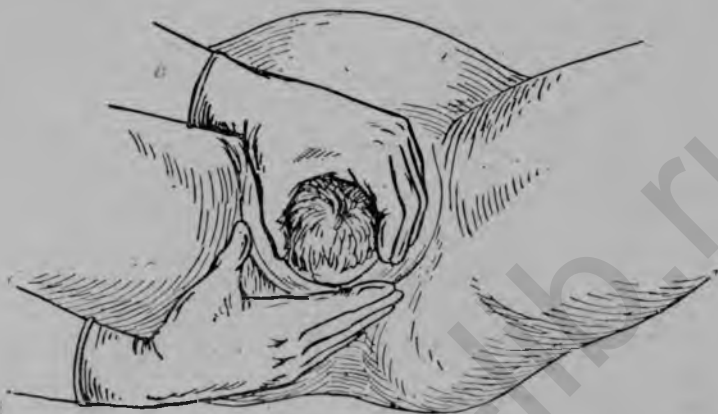


Рис. 133. Выведение головки: головку захватывают левой рукой и медленно разгибают; правой рукой медленно сводят с головки ткани промежности («защита промежности»).

После рождения головки проверяют, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода. Если обвитие имеется, то петлю пуповины осторожно натягивают и снимают с шеи через головку. Если пуповину с шеи снять не удастся, то ее перерезают между двумя зажимами.

3. Освобождение плечевого пояса. Родившаяся головка поворачивается личиком к правому или левому бедру матери (в зависимости от позиции). Если наружный поворот головки задерживается, то роженице предлагают потужиться; во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки; плечики встают в прямой размер таза и прощупываются через вульварное кольцо. Прорезывание плечиков требует особого внимания акушерки потому, что при этом происходит значительное растяжение мягких тканей и может наступить разрыв промежности.

При прорезывании плечевого пояса оказывается следующая помощь. Самостоятельно прорезавшееся переднее плечико прижимают к лонной дуге и после этого осторожно сводят промежность с заднего плечика.

Если самостоятельное прорезывание плечевого пояса задерживается, то разрешается следующий прием.

Головку захватывают обеими руками таким образом, чтобы ладони легли на область ушей (концы пальцев не должны касаться шеи плода потому, что при этом возникает опасность сдавливания сосудов и нервов). Затем головку осторожно оттягивают книзу до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лонную дугу (рис. 134, а). После этого головку приподнимают вверх, и над промежностью выкатывается заднее плечико (рис. 134, б).

Вывести заднее плечико можно и следующим приемом: головку захватывают левой рукой и отводят кверху, правой рукой спускают с плечика ткани промежности (рис. 135).

Если этими приемами вывести плечики не удастся, вводят указательный палец со стороны спинки в подмышечную впадину переднего плечика; роженице предлагают тужиться и в это время потягивают за плечико до тех пор, пока оно не подойдет под лонную дугу. После этого освобождают заднее плечико.

4. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно обхватывают грудную клетку плода (рис. 136) и направляют туловище кверху; при этом рождение нижней части туловища и ножек происходит без затруднений.

Вслед за рождением ребенка начинается последовый период, требующий особо внимательного наблюдения. Акушерка тщательно наблюдает за роженицей и в то же время производит первичную обработку новорожденного.

Первичная обработка новорожденного производится следующим образом.

1. Родившегося ребенка обтирают стерильной марлей. Кусочком стерильной ваты очищают от слизи нос и рот ребенка и кладут его между согнутыми и разведенными ногами матери на

подогретую стерильную пеленку. Пуповина не должна быть натянутой. Акушерка осматривает ребенка и следит за его поведением. Доношенный здоровый ребенок сразу после рождения начинает дышать, издает громкий крик, активно двигает конечностями, нередко вскоре мочится.

Уложив ребенка, акушерка снова моет руки, протирает их спиртом и приступает к обработке новорожденного.

2. Профилактика офтальмобленнорей производится в обязательном порядке потому, что не исключена возможность инфицирования глаз новорожденного при прохождении его через родовые пути. Заражение глаз гонококками ведет к тяжелым последствиям, включая слепоту.

Предложенный в 1853 г. А. Ф. Матвеевым способ профилактики офтальмобленнорей раствором азотнокислого серебра является весьма надежным и получил всеобщее признание.

Для предупреждения офтальмобленнорей пользуются 2% раствором азотнокислого серебра (ляписа). Раствор хранят в склянке из темного стекла

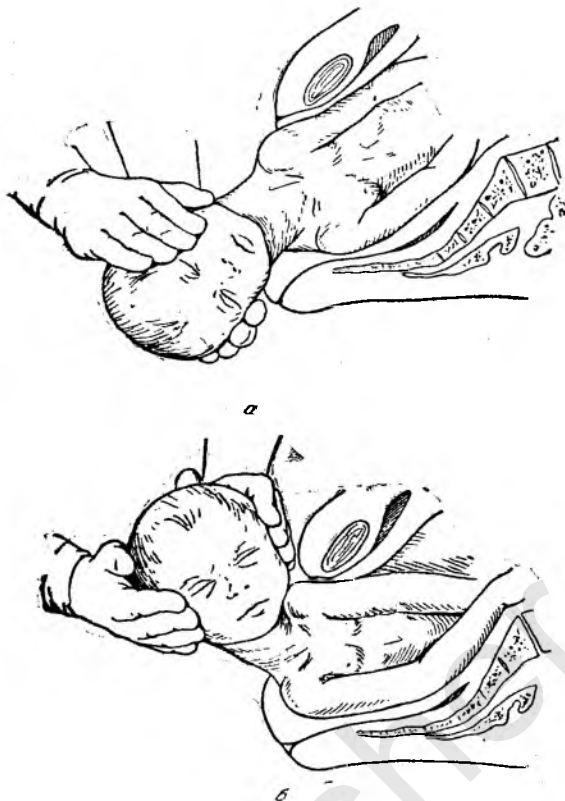


Рис. 134. Выведение плечиков.

а—ручной прием при выведении переднего плечика: родившуюся головку оттягивают назад, переднее плечико подходит под лонную дугу; б—ручной прием при выведении заднего плечика: головку поднимают кверху, из-за промежности выкатывается заднее плечико.

с притертой пробкой. Он должен быть свежим (меняется каждый день), пропись на этикетке—отчетливой. Рядом со склянкой хранят стерильные пипетки; для каждого новорожденного используют отдельную пипетку.

Профилактическую обработку глаз производят следующим образом. Наружную поверхность век протирают кусочком стерильной ваты (для каждого глаза берут отдельный кусочек ваты). После этого нижнее веко оттягивают большим пальцем левой руки книзу, выворачивая конъюнктиву (слизистую) века, правой рукой из пипетки наносят на вывороченную конъюнктиву 1—2 капли 2% раствора азотнокислого серебра, после этого веко осторожно опускают (рис. 137). Таким же образом обрабатывают другой глаз. Промывать глаза после введения раствора азотнокислого серебра не следует.



Рис. 135. Второй прием освобождения заднего плечика.

3. Перевязка пуповины производится после прекращения пульсации ее сосудов, что происходит обычно через 2—3 минуты после рождения плода. В течение нескольких минут пульсации пуповины в сосудистую систему плода из плаценты (по пуповинной вене) поступает кровь в количестве 50—100 мл. После прекращения пульсации пуповину пересекают и перевязывают в условиях строгой асептики.

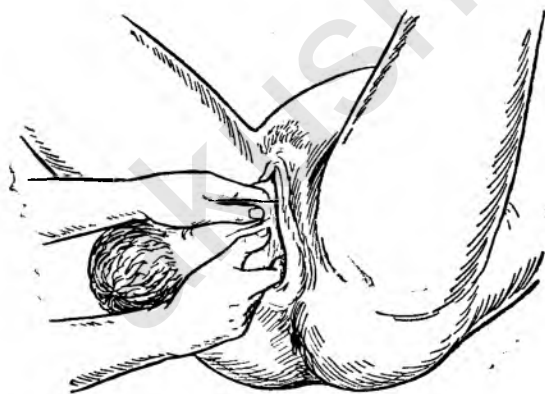


Рис. 136. Выведение туловища.

Пуповину протирают стерильным ватным шариком, пропитанным спиртом, и захватывают двумя зажимами Кохера. Один зажим накладывают на расстоянии 8—10 см от пупочного кольца, другой—немного выше. Пуповину между ними пересекают тупоконечными ножницами (рис. 138). Материнский конец пуповины перевязывают тесемкой или шел-

ковой ниткой у половой щели и заворачивают в марлевую салфетку. Чтобы не охлаждать ребенка, обработку детского конца пуповины производят на согретом (грелки, электрический рефлектор) пеленальном столике, накрытом стерильной пленкой.

Детский конец пуповины вновь протирают спиртом и перевязывают стерильной тесемкой или толстой шелковой ниткой на расстоянии 1,5—2 см

Рис. 138. Перевязка пуповины.

от пупочного кольца. Концы лигатуры один раз завязывают на одной стороне пупочного канатика, второй раз—на противоположной стороне. Второй узел завязывают петлей, которую можно распустить, чтобы перетянуть



Рис. 137. Профилактика офтальмобленнореи. В конъюнктиву глаза новорожденного закапывают по 1—2 капли 2% раствора азотнокислого серебра.

пуповину туго, если она усыхает или ослабевает первый узел. После этого отсекают конец пуповинного остатка на расстоянии 2—3 см выше места перевязки, поверхность разреза смазывают 10% йодной настойкой, пуповинный остаток завертывают сухой стерильной марлевой салфеткой, концы



Рис. 138. Рассечение пуповины между двумя зажимами.

которой завязывают у пупочного кольца (рис. 139); пуповинный остаток, завернутый в салфетки, можно прибинтовать к животу стерильным марлевым бинтом.

4. Сыровидную смазку с кожи плода не снимают; только из мест большого скопления (подмышечные области, паховые складки и др.) избыток

смазки удаляют стерильной ватой, пропитанной стерильным вазелиновым маслом или рыбьим жиром.

Закончив туалет, новорожденного взвешивают (рис. 140), измеряют его рост (от макушки до пяток) (рис. 141), размеры головки и плечиков, на ручки

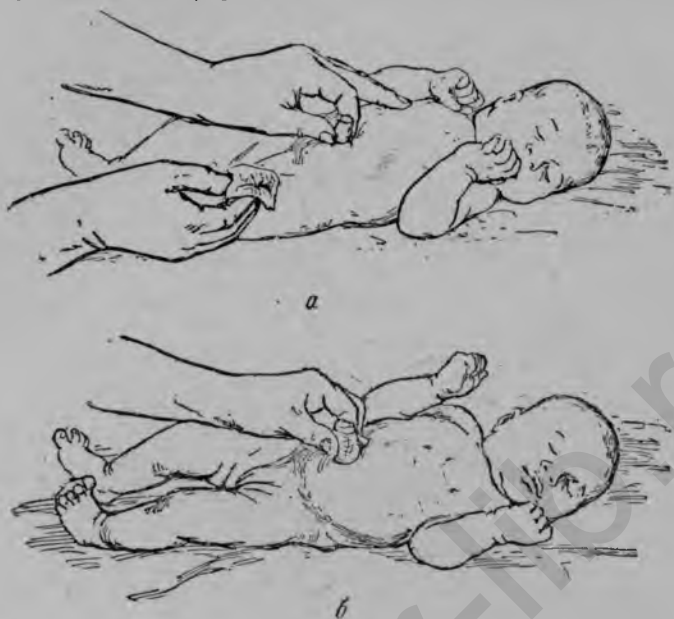


Рис. 139. Наложение повязки на пуповинный остаток.
а—первый момент; б—второй момент.



Рис. 140. Взвешивание новорожденного.

надевают браслеты из белой стерильной клеенки. На браслетах предварительно чернилами записывают: фамилию, инициалы матери, номер истории родов, пол ребенка, вес, рост, дату рождения. Затем на ребенка надевают

стерильную теплую распашонку, заворачивают в стерильную пленку и одеяло и оставляют на обогреваемом пеленальном столике 2 часа. По истечении двух часов ребенка отправляют в палату новорожденных.

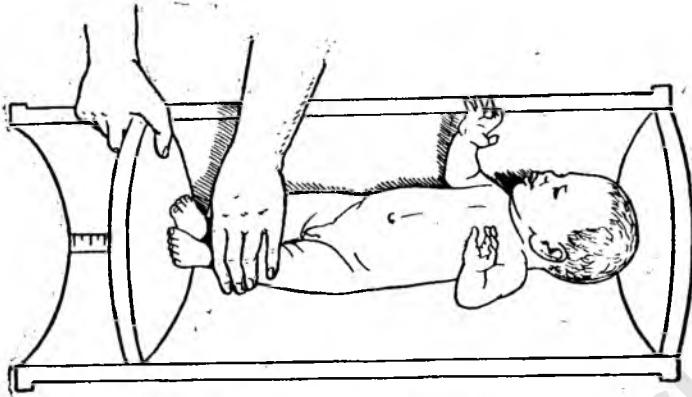


Рис. 141. Измерение роста новорожденного.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

В третьем периоде родов происходит отслойка последа и изгнание его из половых путей.

Уже упоминалось, что процесс отделения плаценты сопровождается небольшой кровопотерей, которая считается физиологической. Однако в последовом периоде наблюдаются значительные и даже опасные кровотечения, связанные с нарушением процесса отслойки и изгнания плаценты. Кровотечение в третьем периоде родов может вызвать разрыв мягких тканей родовых путей. В связи с этим роженица в третьем периоде родов должна находиться под постоянным наблюдением акушерки. Акушерка все время следит за общим состоянием женщины, окраской кожи и видимых слизистых, сосчитывает пульс, измеряет артериальное давление.

При физиологическом течении последового периода состояние роженицы хорошее, пульс полный, ритмичный, артериальное давление нормальное. Изменение самочувствия (вялость, головокружение), побледнение кожи и слизистых, учащение пульса, снижение артериального давления свидетельствуют обычно о кровопотере и требуют принятия срочных мер.

Необходимо учитывать количество крови, теряемой роженицей; для этого под таз ее подкладывают специальное плоское эмалированное блюдо или прокипяченное судно. Следует помнить, что количество крови, излившейся наружу, не всегда соответствует истинной кровопотере. В последовом периоде возможна значительная кровопотеря без наружного кровотечения вследствие скопления крови между плацентой и стенкой матки.

Наблюдение за формой матки и высотой стояния ее дна представляет возможность судить об отслойке плаценты, а также о возникновении позади-плацентарной гематомы.

Переполнение мочевого пузыря тормозит последовые схватки и нарушает процесс отслойки и изгнания последа. Поэтому в последовом периоде надо следить за состоянием мочевого пузыря и не допускать его переполнения.

Последовый период ведется строго выжидательно при внимательном и постоянном наблюдении за роженицей. Всякие попытки ускорить процесс отслойки и изгнания плаценты (массаж матки, потягивание за пуповину и т. д.) нарушают физиологический процесс отслойки детского

места, изменяют ритм сокращений матки и могут быть причиной возникновения кровотечения.

При хорошем состоянии роженицы и отсутствии кровотечения надо ждать самостоятельной отслойки и рождения плаценты в течение 2 часов. Активные меры к удалению последа требуются при кровотечении свыше 250—300 мл и ухудшении состояния женщины, а также при задержке плаценты в матке свыше 2 часов. В таких случаях послед удаляют наружными приемами или рукой, введенной в полость матки.

Для ведения послеродового периода важно знать признаки, указывающие на то, что плацента отделилась от стенок матки и находится в нижнем сегменте ее или во влагалище.

Важнейшие признаки отделения плаценты следующие.

1. Изменение формы матки (признак Шредера). Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается (над отслоившейся плацентой) выше пупка (иногда до реберной дуги); матка нередко отклоняется вправо (рис. 142).

2. Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда). Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10—12 см.

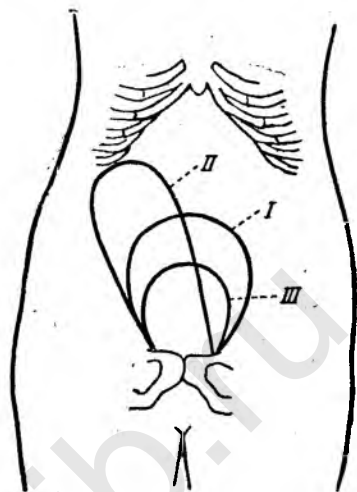


Рис. 142. Высота стяжения и форма матки в послеродовом периоде. I—после рождения плода; II—после отделения плаценты; III—после рождения плаценты.

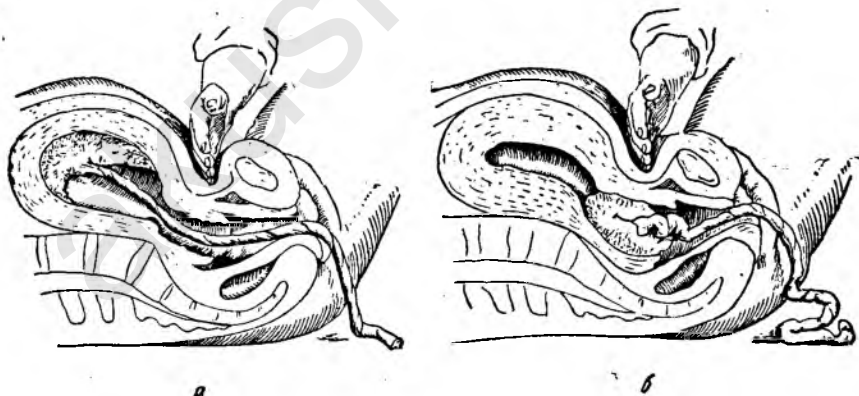


Рис. 143. Признак Кюстнера-Чукалова.

а—плацента не отделилась, пуповина втягивается во влагалище; б—плацента отделилась, пуповина не втягивается во влагалище.

3. Признак Кюстнера-Чукалова. Если надавить ребром кисти на надлобковую область, то пуповина при нестделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается (рис. 143).

4. Появление выпячивания над симфизом. Когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образуется выпячивание над симфизом.

Об отделении плаценты обычно судят не по одному, а по совокупности описанных признаков.

При физиологическом течении последового периода отделившийся послед выделяется из половых путей самостоятельно, в большинстве случаев в течение получаса после рождения плода. Реже выделение отслоившейся

плаценты происходит в срок от получаса до часа после изгнания плода и еще реже после часа.

Если рождение последа задерживается больше получаса, акушерка проверяет наличие признаков отделения плаценты. Если плацента не отделилась, кровотечения нет и состояние роженицы хорошее, то продолжают выжидать до 2 часов и после этого приступают к выделению ее. Если при проверке через 30 минут признаки отделения плаценты положительны, то сразу принимают меры к ее выделению.

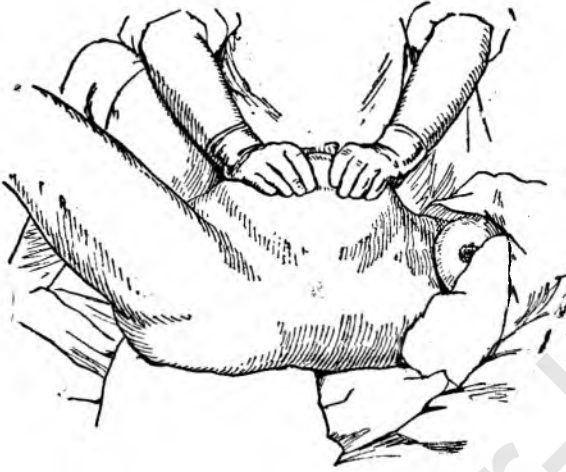


Рис. 144. Выделение последа по Абуладзе.

Прежде всего опорожняют мочевой пузырь и предлагают роженице потужиться. Под действием брюшного пресса отделившаяся плацента нередко легко рождается. Если этот простейший способ оказывается безуспешным, то прибегают к выделению последа наружными приемами. Существуют следующие способы выделения отделившегося последа.

1. Способ Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря производят бережный массаж матки с целью ее сокращения. Затем обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться (рис. 144). Отделившийся послед обычно рождается легко.

2. Способ Гентера. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки приводят к срединной линии. Акушерка становится сбоку от роженицы, лицом к ее ногам; кисти рук, сжатые в кулак, кладет тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливает по направлению книзу и кнутри (рис. 145); роженица при этом не должна тужиться.

3. Способ Креде-Лазаревича. Этот способ менее бережный, чем способы Абуладзе и Гентера, поэтому к нему прибегают после безуспешного применения одного из двух описанных выше методов. Техника данного метода заключается в следующем: а) опорожняют мочевой пузырь; б) приводят дно матки в срединное положение; в) легким массажем стараются вызвать сокращение матки; г) становятся слева от роженицы (лицом к ее ногам), дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь—на дне, а четыре пальца—на задней поверхности матки (рис. 146); д) производят выжимание последа: сжимают матку в переднезаднем размере и одновременно надавливают

на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза. Отделившийся послед при этом способе легко выходит наружу.

Обычно послед (плацента и оболочки) рождается сразу полностью; иногда после рождения плаценты обнаруживается, что оболочки, соединенные с детским местом, задерживаются в матке. В таких случаях роженицу берут в ладони обеих рук и медленно вращают в одном направлении. При этом происходит скручивание оболочек, способствующее постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва (рис. 147, а).

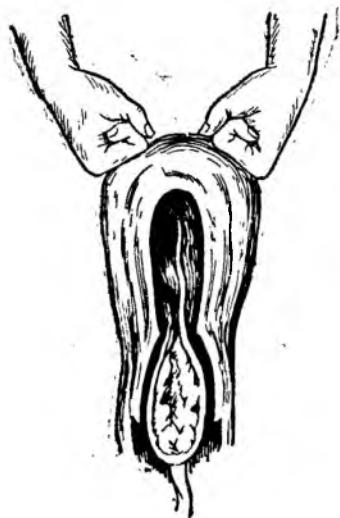


Рис. 145. Прием Гентера.



Рис. 146. Выжимание последа по Креде.

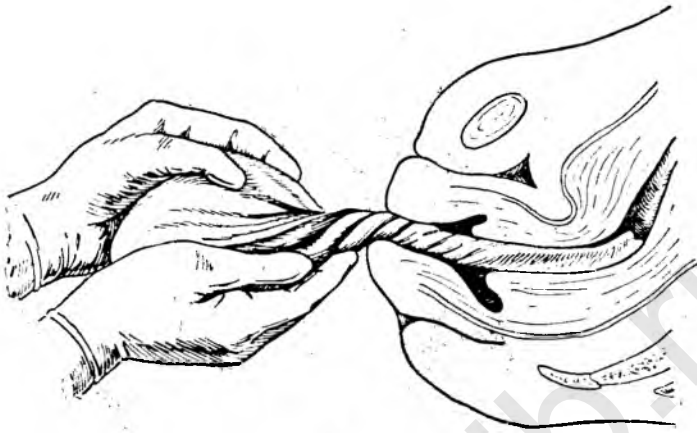
Существует другой способ выделения оболочек (Гентер). После рождения плаценты роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз; при этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению оболочек (рис. 147, б).

Родившийся послед подвергают тщательному осмотру, чтобы убедиться в целости плаценты и оболочек.

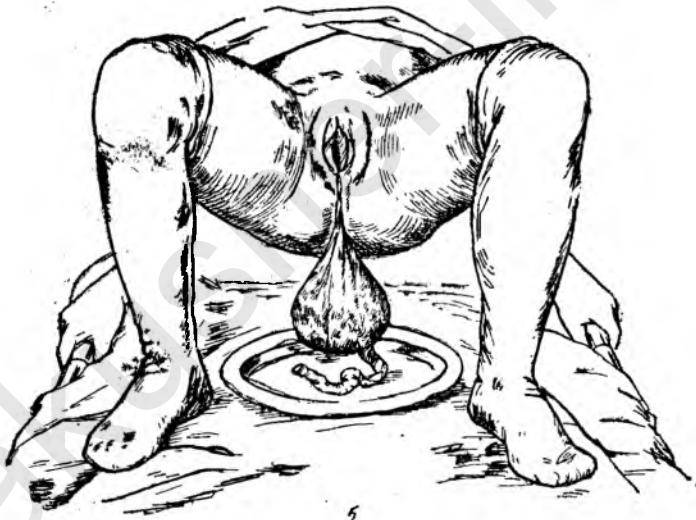
Плаценту раскладывают на гладком подносе или на ладонях материнской поверхностью вверх (рис. 148) и внимательно осматривают всю плаценту, одну дольку за другой. Необходимо очень тщательно осмотреть края плаценты; края целой плаценты гладкие и не имеют отходящих от них оборванных сосудов.

После осмотра плаценты переходят к осмотру оболочек. Для этого переворачивают плаценту материнской стороной вниз, а плодовой—кверху (рис. 149, а). Края разрыва оболочек берут пальцами и расправляют оболочки, стараясь восстановить яйцевую камеру (рис. 149, б), в которой находился плод вместе с водами. При этом обращают внимание на целостность водной и ворсистой оболочек и выясняют, нет ли между оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты. Наличие таких сосудов (рис. 150) указывает на то, что была добавочная долька плаценты, которая осталась в полости матки. При осмотре оболочек выясняют место разрыва их, что позволяет в известной степени судить о месте прикрепления плаценты к стенке матки. Чем ближе от края плаценты находится место разрыва оболочек в родах, тем ниже была прикреплена плацента к стенке матки.

Определение целостности плаценты имеет важнейшее значение. Задержка в матке частей плаценты является грозным осложнением родов. Последствием этого осложнения бывает кровотечение, которое наступает вскоре после рождения последа или в более поздние сроки послеродового периода. Кровотечение может быть очень сильным, угрожающим жизни роженицы. Задержавшиеся частицы плаценты способствуют также развитию септических послеродовых заболеваний.



a



b

Рис. 147. Выделение оболочек.

a—скручивание в канатик; б—второй способ (Гентера). Роженица поднимает таз, плацента свисает, что способствует отделению оболочек.

Поэтому задержавшиеся в матке частицы плаценты удаляют рукой непосредственно после установления дефекта в плаценте. Задержавшиеся части оболочек не требуют внутриматочного вмешательства, они выходят вместе с выделениями, вытекающими из матки.

После осмотра плаценту измеряют и взвешивают. Все данные о плаценте и оболочках заносят в историю родов (после осмотра плаценту сжигают или

зарывают в землю в местах, указанных санитарным надзором). Далее измеряют общее количество крови, потерянной в послеродовом периоде и непосредственно после родов.

После рождения последа наружные половые органы, область промежности и внутренние поверхности бедер обмывают теплым, слабым дезинфицирующим раствором, высушивают стерильной салфеткой и осматривают. Вначале осматривают наружные половые части и промежность, затем раздвигают при помощи стерильных тампонов половые губы и осматривают вход во влагалище (рис. 151). Следует производить осмотр шейки матки при помощи зеркал, особенно у первородящих и после оперативных вмешательств.

Все незащитные разрывы мягких тканей родовых путей являются входными воротами для инфекции. Разрывы промежности, кроме того, способствуют опущению и выпадению половых органов. Разрывы шейки матки способствуют возникновению выворота шейки, хронического эндоцервицита, эрозий. Все эти патологические процессы могут со-

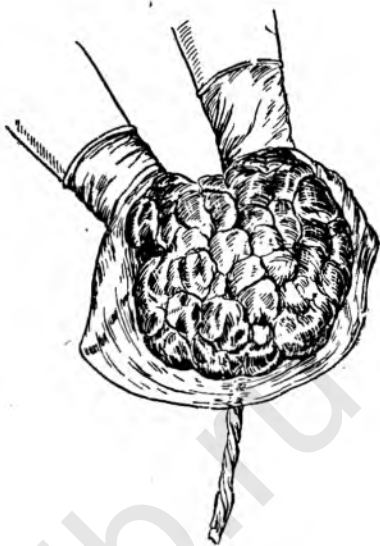


Рис. 148. Осмотр материнской поверхности плаценты.

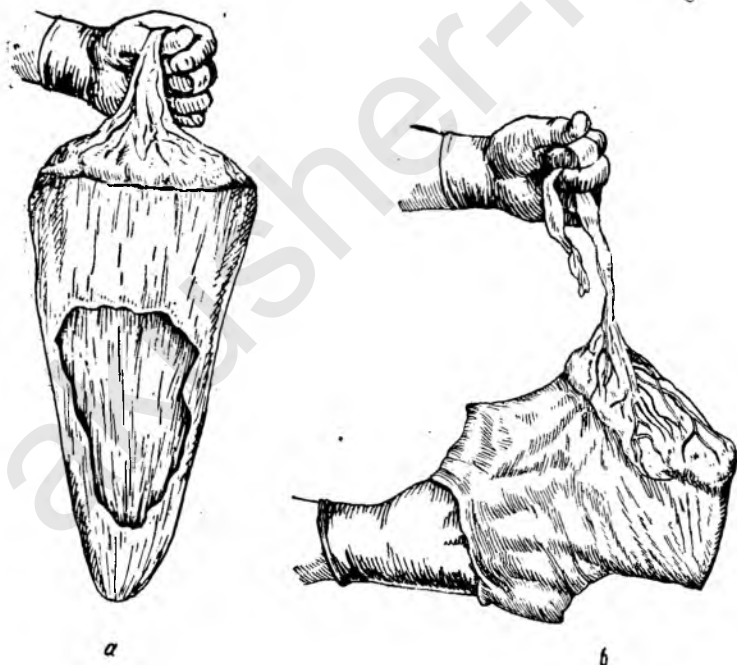


Рис. 149.
а, б—осмотр оболочек.

вдать условия для возникновения рака шейки матки. Поэтому разрывы промежности, стенок влагалища и шейки необходимо тщательно зашить непосредственно после родов. Зашивание разрывов мягких тканей родовых

путей является профилактикой послеродовых инфекционных заболеваний, опущения половых органов и других гинекологических заболеваний.

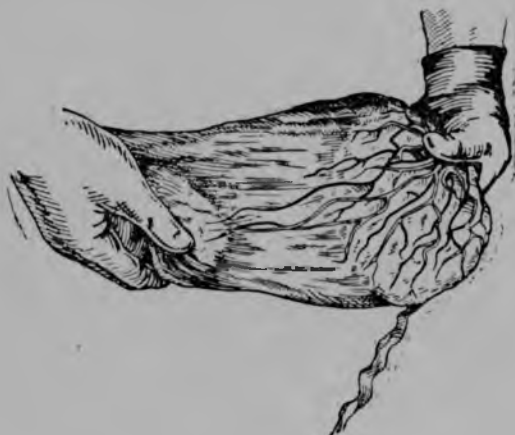


Рис. 150. Сосуды, идущие между оболочками, указывают на наличие добавочной доли.

После осмотра наружных половых органов на родильницу надевают чистую рубашку, меняют под ней простыню, накрывают одеялом и наблюдают за ней в родильной комнате. При этом обращают внимание на



Рис. 151. Осмотр промежности и входа во влагалище после рождения последа.

общее состояние родильницы, сосчитывают пульс, справляются о самочувствии. Периодически пальпируют матку и выясняют, нет ли кровоте-

чения из влагалища. Необходимо учитывать, что иногда в первые часы после родов возникает кровотечение, связанное чаще всего с понижением тонуса матки.

Если состояние родильницы хорошее, жалоб нет, пульс хорошего наполнения и не учащен, матка плотная и кровяные выделения из матки скудные, то через 2—3 часа родильницу перевозят в послеродовое отделение. Вместе с родильницей направляют ее историю родов, где должны быть своевременно сделаны все записи.

акusher-lib.ru

ГЛАВА X

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

У большинства женщин роды сопровождаются болевыми ощущениями, степень которых варьирует в широких пределах. Многие роженицы испытывают сильнейшие боли, особенно во время раскрытия шейки и изгнания плода.

Стремление снять или облегчить родовые боли возникло давно, еще в древние времена.

Однако научно-обоснованные методы обезболивания родов предложены лишь в первой половине XIX столетия, когда было открыто обезболивающее действие эфира и других веществ.

Эфир в акушерской практике впервые был применен Н. И. Пироговым при наложении щипцов (1847) и Симпсоном при повороте плода (1847). В дальнейшем эфир и хлороформ стали применять с целью обезболивания родов.

В 60-х годах прошлого столетия Н. А. Сочава предложил для обезболивания родов смесь хлороформа с алкоголем. Впоследствии для обезболивания родов применялись многие средства: закись азота (Кликович, 1881), хлоралгидрат (Святловская, 1873); морфин и другие наркотики, барбитураты, сернокислый магний в сочетании с пантопоном, раствор новокаина и др. Вопросами обезболивания родов занимались крупные акушеры нашей страны: А. Я. Крассовский, И. П. Лазаревич, В. М. Флоринский, В. А. Добронравов, Ф. В. Букоемский, Е. М. Курдиновский и др. Однако только после Великой Октябрьской социалистической революции были созданы условия для углубленного изучения новых методов обезболивания родов и для широкого применения их во всех городских и сельских родовспомогательных учреждениях.

В 1936 г. А. Ю. Лурье выдвинул идею массового обезболивания родов, получившую широкое распространение в родильных учреждениях нашей страны.

Массовое обезболивание родов проводится не только в крупных, но и в небольших родовспомогательных учреждениях, в том числе и в колхозных родильных домах.

Распространению обезболивания способствовало выяснение роли родовых болей. Установлено, что боль при родах не обязательна и не является необходимым условием для правильного течения их. Нередко наблюдаются малоблезненные или даже безболезненные роды, имеющие нормальное течение. Больше того, наблюдения над роженицами показали, что сильные и длительные боли истощают нервную систему и наносят вред организму. Чрезмерно интенсивные боли могут вызвать нарушение родовой деятельности: слабость и нерегулярность схваток и потуг. Было выяснено также благо-

приятное влияние обезболивания на течение родов. Устранение родовых болей нередко способствует восстановлению нарушенной родовой деятельности и благоприятному окончанию родов.

Одновременно с широким внедрением методов обезболивания родов в практику в нашей стране проводится большая работа по изучению новых, эффективных методов обезболивания. В течение последних лет широкое распространение получил метод психопрофилактической подготовки женщины к родам, разработанный учеником К. И. Платонова И. З. Вельвовским при участии В. А. Плотичер и Э. А. Шугом. Указанный метод имеет преимущества перед медикаментозными методами обезболивания родов и рекомендуется для применения во всех родовспомогательных учреждениях. В тех редких случаях, когда для психопрофилактической подготовки к родам не было условий или подготовка не дала должного эффекта, применяются медикаментозные методы обезболивания родов.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН К РОДАМ

Данный метод подготовки к родам основан на изучении причин возникновения родовых болей. Цель психопрофилактической подготовки—устранить боли путем воздействия на центральную нервную систему женщины.

Во время родов возникают условия, способствующие раздражению нервных окончаний (интерорецепторов), волокон и сплетений, располагающихся в матке и других отделах половых путей. Раздражение интерорецепторов матки происходит в связи с сокращениями мускулатуры тела матки и растяжением нижнего сегмента и шейки матки. Ощущение боли зависит главным образом от раздражения нервных окончаний раскрывающейся шейки матки. Возникновению боли способствует раздражение опускающейся головкой нервных сплетений, располагающихся около шейки матки, растяжение связок матки и брюшины, сжатие кровеносных сосудов, стенки которых снабжены высокочувствительными нервными элементами. В периоде изгнания дополнительным источником болевых ощущений является раздражение нервных элементов промежности и наружных половых органов.

Болевые раздражения из матки проводятся по нервным стволам в центральную нервную систему. При этом возникают отраженные боли на поверхности тела: в нижнем отделе живота, в крестцово-поясничной области, в пахах, в верхних отделах бедер.

Отрицательные эмоции—убеждение в неизбежности родовой боли, ожидание боли и страх перед ней, опасения за исход родов, боязнь за ребенка и т. д.—составляют второй, психогенный компонент родовой боли. Эти отрицательные эмоции угнетают деятельность коры головного мозга, способствуют нарушению правильных взаимоотношений между корой и нижележащими отделами центральной нервной системы. В результате указанных изменений в центральной нервной системе раздражения нервных окончаний матки воспринимаются как чрезмерно сильные боли.

Раздражение нервных элементов матки и других отделов полового аппарата при родах происходит всегда. Однако степень болевых ощущений у рожениц бывает различной в зависимости от функциональных особенностей нервной системы. Клинические наблюдения показывают, что у некоторых женщин роды протекают с незначительной болью или даже безболезненно. Многие роженицы испытывают умеренные боли и терпеливо их переносят, не испытывают страха, ведут себя спокойно, выполняют советы и указания акушерки и врача. Такие реакции на болевые раздражения наблюдаются обычно у спокойных, уравновешенных женщин, имеющих сильный тип нервной системы.

Женщины с неуравновешенной нервной системой подвержены страху и другим отрицательным эмоциям; у этих женщин низкий порог болевой чувствительности, поэтому раздражения нервных элементов, связанные со схватками и потугами, воспринимаются как сильные боли. Роженицы при этом беспокойны, плохо выполняют указания акушерки, мешают вести роды.

Следовательно, при наличии одинаковых раздражителей нервной системы полового аппарата ответная реакция рожениц бывает различной. Степень болевых ощущений меняется в зависимости от характера деятельности высшего отдела центральной нервной системы—коры головного мозга.

Советские акушеры давно учитывали зависимость интенсивности родовых болей и поведения роженицы от состояния нервной системы и стремились к устранению болей путем воздействия на психику женщины. Однако метод устранения родовых болей путем положительного воздействия на высшие отделы центральной нервной системы был разработан и введен в практику лишь в течение последнего десятилетия; этот метод называется психопрофилактической подготовкой женщин к родам.

Цель психопрофилактической подготовки женщин к родам—снять психогенный компонент родовой боли, устранить представление о неизбежности родовой боли, гнетущее чувство страха и способствовать созданию нового представления о родах как о благополучно протекающем физиологическом процессе, при котором боль не обязательна. Воздействие на кору головного мозга в процессе психопрофилактической подготовки способствует смягчению или полному устранению болевых ощущений.

Женщину следует убедить в возможности безболезненного течения родов при условии правильного поведения. В процессе психопрофилактической подготовки у женщины воспитывают спокойное и активное поведение во время родов. Ее знакомят с основными сведениями о физиологии родов и их клиническом течении, а также с ощущениями, возникающими в разные периоды родов; при этом подчеркивается необязательность болевых ощущений.

Женщине дают указания о правильном поведении во время родов; разъясняют, что выполнение определенных приемов, которым ее обучают в процессе психопрофилактической подготовки, способствует безболезненному течению родов.

Психопрофилактическая подготовка к родам представляет собой систему мероприятий, проводимых с самого начала беременности, особенно за 4 недели до родов и во время родов.

Во время беременности производится тщательное ознакомление с анамнезом, общее и акушерское исследование по общепринятым правилам. Выявляют отношение к беременности, наличие страхов и опасений. С самого начала беременности стремятся устранить страх перед родами, создать положительные эмоции (уверенность в возможности безболезненного течения родов, радость материнства). Благоприятное воздействие на психику оказывается в течение всей беременности, при каждом посещении консультации.

С 35—36 недель беременности с женщиной проводят специальные занятия, во время которых ее знакомят с течением родов и обучают правильному поведению во время родов и приемам, способствующим обезболиванию родов.

Для проведения занятий в консультации выделяется особый кабинет, оборудованный кушетками и учебными пособиями (рисунки, плакаты, муляжи). Если выделить специальный кабинет невозможно, занятия проводятся в обычном кабинете в специально выделенные часы.

При соблюдении предварительной подготовки (устранение страха и опасений, создание положительных эмоций) во время обычных посещений кон-

сультации достаточно проведения четырех занятий за 4—5 недель до родов. Министерством здравоохранения СССР (методическое письмо от 4/VIII 1954 г.) рекомендуется следующее содержание и порядок занятий.

На первом занятии беременной сообщают краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов об изменениях, происходящих в ее организме в связи с беременностью; подчеркивают, что все это обеспечивает нормальное течение родов. Роды освещают как нормальный физиологический акт, дают представление о трех периодах родов. Знакомят женщин с особенностями первого периода родов, объясняют субъективные ощущения рожавшей женщины, дают понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Затем излагают процессы, происходящие в женских половых органах роженицы в первом периоде родов: подчеркивают физиологический характер происходящих изменений, связанных с раскрытием шейки матки, и разъясняют роль плодного пузыря, околоплодных вод. Обращают внимание на то, что роды протекают при извместной затрате физических сил. Поэтому важно, чтобы женщина во время родов сохраняла силы к решающему моменту родового акта—изгнанию плода. Для этого необходимо во время родов спокойное положение, регулярное питание, выполнение указаний медицинского персонала.

На втором занятии указывают, как должна вести себя женщина при появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Беременных женщин обучают следующим специальным физическим приемам, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.

1. Лежать спокойно.
2. Во время схваток глубоко и ритмично дышать.
3. Сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота концами пальцев обеих рук, проводимым от средней линии живота над лоном наружу и вверх.
4. Поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с дыханием.
5. Прижимать кожу к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передневерхних остей и у наружных углов пояснично-крестцового ромба. При прижатии у передневерхних остей ладони располагаются вдоль бедер, прижатие же совершается концами больших пальцев. Прижатие у наружных углов пояснично-крестцового ромба совершается подкладыванием кистей рук роженицы, сжатых в кулаки.

6. Считать схватки.
 7. В паузе между схватками отдыхать и по возможности дремать.
- Приемы должны быть хорошо усвоены беременной и точно выполняться в определенной последовательности, указываемой персоналом.

В конце занятия беременным разъясняют причины, могущие усилить болезненные реакции при родах (страх, беспоконное поведение, переполненный мочевой пузырь и т. д.). Подчеркивают, что эти причины при правильном поведении могут быть устранены.

На третьем занятии беременных знакомят с течением родов во втором и третьем периодах и характером ощущений роженицы. Рекомендуют рациональные положения в начале и в конце периода изгнания. Беременных тренируют задерживать дыхание при потугах. Разъясняют, что для усиления эффективности потуг нужно после глубокого вдоха задержать дыхание на 10—15 секунд, что способствует увеличению мышечного напряжения, повторяя это 2—3 раза в течение каждой схватки. Обучают правильному дыханию и расслаблению всех мышц для уменьшения силы потуги в момент выведения головки. Знакомят с течением последового периода, продолжительностью и характером схваток при нем.

Четвертое занятие. Во время четвертого занятия кратко повторяют все пройденное на предыдущих занятиях, проверяют усвоение женщинами указанных выше приемов.

Если при предыдущих посещениях консультации психопрофилактическая подготовка не проводилась в должной мере и она впервые осуществляется с 35—36-й недели, четырех занятий недостаточно. В таком случае требуется пять или шесть занятий.

Для закрепления вновь создаваемых условных связей во время занятий в консультации необходимо рекомендовать беременной женщине повторять дома усвоенные ею в консультации приемы.

Беременную женщину знакомят с порядком и обстановкой в родильном доме и осведомляют об обязательных и возможных манипуляциях во время родов (наружное и влагалищное исследование, внутривенное введение глюкозы, вдыхание кислорода и пр.). Беременной разъясняют необходимость строгого выполнения ею всех указаний медицинского персонала, регулярного питания во время родов.

При патронажном посещении беременных акушерка вновь закрепляет в сознании женщины полученное представление о течении родов и правилах поведения во время родов.

Эффект психопрофилактической подготовки в значительной мере зависит от организации работы в родильном доме, поведения медицинских работников. В родильном доме должна быть уютная, спокойная обстановка, приветливое отношение к роженице. В присутствии роженицы не допускаются посторонние разговоры и рассуждения об осложнениях родов. Неправильное поведение медицинского персонала (неосторожные разговоры, недостаточно внимательное отношение к роженице) может снизить результаты психопрофилактической подготовки к родам.

Акушерка ведет постоянное наблюдение за роженицей, ободряет ее, напоминает приемы обезболивания, вселяет уверенность в благоприятном исходе родов. Исследование роженицы, прием родов, все манипуляции проводятся спокойно, без суеты.

После окончания родов акушерка оценивает эффективность психопрофилактической подготовки. При этом учитывается: а) поведение женщины во время родов, б) отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях. На основании указанных данных выводится одна из следующих оценок эффекта психопрофилактической подготовки— «полный эффект», «частичный эффект», «отсутствие эффекта».

Если роженица не прошла психопрофилактической подготовки в консультации, ее обучают всем приемам в родильном доме. При этом также выявляют и устраняют страхи и опасения и поддерживают уверенность в благоприятном исходе родов. Эффект такой беседы ниже, чем продолжительная психопрофилактическая подготовка.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Медикаментозные средства с целью обезболивания родов назначают: а) при отсутствии должного эффекта психопрофилактической подготовки, б) роженицам, которые по какой-либо причине не проходили психопрофилактическую подготовку в консультации.

Медикаментозные средства, применяемые для обезболивания родов, должны быть эффективными в отношении болеутоления, безвредными для матери и плода. Обезболивающие средства не должны ослаблять родовой деятельности.

Обезболивание родов медикаментозными средствами начинается в первом периоде родов, при наличии регулярных сильных схваток и раскрытия зева на 2—3 пальца. Обезболивание медикаментозными средствами проводится у здоровых рожениц, при правильном течении акта родов. Применение указанных методов обезболивания требует особо тщательного наблюдения за состоянием роженицы, сердцебиением плода и характером родовой деятельности.

Если в состоянии матери, плода или в характере родовой деятельности возникают патологические изменения, введение обезболивающих средств прекращается.

Инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 4/1 1950 г. рекомендованы разные методы медикаментозного обезболивания родов для врачебных стационаров и колхозных родильных домов, обслуживаемых акушерками.

Методы обезболивания родов, рекомендуемые для родильных домов с круглосуточным дежурством врача-акушера.

В начале периода раскрытия применяют одно из следующих средств.

1. Свеча следующего состава: Extr. Belladonnae 0,03, Pantoponi 0,02, Antipyrini 0,5, But. Sasaо 1,5. Антипирин в свече может быть заменен в той же дозировке аспирином, фенацетином, пирамидоном. Повторное введение этих свечей не рекомендуется.

* Свечу вводят в прямую кишку, за сфинктер, по возможности глубже. Перед введением свечи акушерка надевает резиновую перчатку.

2. Раствор пантопона и сернокислого магния: Sol. Pantoponi 2% 1,0, Sol. Magnesiaе sulfurici 20% 5,0.

Раствор пантопона и сернокислого магния набирают в один шприц и вводят внутримышечно в верхненаружный квадрант ягодичной области.

В конце периода раскрытия (открытие зева больше трех пальцев) и в периоде изгнания применяют одно из следующих средств.

1. Закись азота в виде ингаляционного наркоза в смеси с кислородом (в пропорции 85 : 15). Закись азота дают через специальный аппарат при помощи маски. Роженице объясняют технику использования закиси азота; в дальнейшем она сама накладывает маску и вдыхает закись азота во время схваток. В паузы между схватками маска удаляется.

Закись азота не оказывает отрицательного действия на организм матери и плода и дает хороший болеутоляющий эффект.

2. Пудендальная анестезия (применяется в начале периода изгнания).

Роженица лежит на спине с разведенными и приведенными к животу бедрами. Кожу в области промежности и ягодиц обмывают, высушивают, смазывают йодом. При помощи шприца с длинной иглой со стороны промежности (на 2 см медиальнее седалищного бугра) вводят 0,25% раствор новокаина. Раствор вводят при постепенном погружении иглы на глубину 5—7 см. Раствор поступает в ишио-ректальное пространство и анестезирует проходящие здесь нервные волокна. Дополнительно раствор новокаина вводят под основание больших половых губ и в область лонного бугорка.

При пудендальной анестезии в каждую сторону вводят 50—60 мл 0,25% раствора новокаина.

3. Ликер в следующем составе (на один прием):

Paraverini hydrochlorici 0,02, Extr. Belladonnae 0,02, Spiritus Vini 15,0, Sirupus simplex 20,0.

4. В момент врезывания и прорезывания головки можно применить малые дозы эфира.

Через маску дают вдыхать минимальные дозы эфира до тех пор, пока не будет достигнута поверхностная анальгезия, сопровождающаяся успокоением роженицы. Как только эффект достигается, непрерывную подачу эфира прекращают. В дальнейшем эфир дают в малых дозах только в начале потуги, чем поддерживают дремотное состояние роженицы. Общее количество затрачиваемого эфира 15—20 мл.

Методы обезболивания родов, рекомендуемые для родильных домов, не имеющих дежурного врача (колхозные родильные дома) и обслуживаемых акушерками.

В периоде раскрытия применяют следующее средство.

Свеча следующего состава: Extr. Belladonnae 0,015, Pantoponi 0,02, Antipyriini 0,5, But. Sasaо 1,5.

Антипирин может быть заменен в той же дозировке аспирином, фенацетином, пиромидоном.

Пальцем в перчатке вводят свечу в прямую кишку, за сфинктер. При надобности введение указанной свечи можно повторить (не более одного раза!) не ранее чем через 2 часа после первой свечи.

В периоде изгнания применяют ликер следующего состава (на один прием): Paraverini hydrochlorici 0,02, Extr. Belladonnae 0,02, Spiritus Vini 15,0, Sirupus simplex 20,0.

Можно дать ликер другого состава: Antipyriini 0,5, Spiritus Vini 15,0, Sirupus simplex 15,0.

В периоде изгнания можно использовать ментоловый карандаш следующего состава: ментол 20%, парафин 80%.

Карандаш втирают в течение трех минут в кожу нижней части живота и крестцово-поясничной области (соответственно ромбу Михаэлиса).

В течение последних лет с целью обезболивания родов предложены новые средства: текодин, лидол, промедол и др.

Текодин (Thecodinolum) применяют в виде 1% раствора по 1,5 мл подкожно. Обезболивающий эффект продолжается 2—3 часа. Текодин можно применить в комбинации с сернокислым магнием (1мл 1% раствора текодина подкожно, 4 мл 25% раствора сернокислого магния внутримышечно).

Лидол (Lydolium) обладает болеутоляющим и спазмолитическим действием. Спазмолитическое свойство лидола способствует более быстрому раскрытию зева и ускорению родов. Лидол применяют в виде 5% раствора по 2 мл внутримышечно.

Лидол можно применять вместе с текодином и витамином В₁ (2 мл 5% раствора лидола и 1 мл 1% раствора текодина подкожно, 40—60 мг витамина В₁ внутримышечно).

Промедол (Promedolum) оказывает болеутоляющее и спазмолитическое действие (способствует ускорению раскрытия зева). Промедол вводят подкожно в виде 1% раствора по 2 мл. Действие промедола начинается через 10—20 минут после введения и продолжается 2—4 часа. Промедол можно применять в комбинации с текодином (2 мл 1% раствора промедола и 0,5 мл 1% раствора текодина подкожно).

Акушерка должна учитывать эффект обезболивания и производить соответствующие записи в истории родов. При оценке эффективности обезболивания учитывается поведение женщины во время родов и отзыв ее о самочувствии и ощущениях после применения обезболивающего средства. Оценка определяется в следующих формулировках: «полный эффект», «частичный эффект», «отсутствие эффекта».

Все средства для обезболивания родов хранятся в особом шкафу под замком в родовой или предродовой комнате. Ключ от шкафа хранится у акушерки.

В шкафу хранится тетрадь для учета поступления и расхода средств для обезболивания родов.

Все медикаменты должны быть снабжены этикетками.

акusher-lib.ru

ГЛАВА XI

НОРМАЛЬНЫЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Послеродовой период (puerperium) начинается с момента изгнания последа и продолжается 6—8 недель. В течение того времени в организме женщины проходят почти все изменения, возникшие в связи с беременностью и родами. Половой аппарат женщины возвращается почти полностью к состоянию, бывшему до беременности. У некармлиющих женщин окончание послеродового периода характеризуется возобновлением менструальной функции; у кормящих матерей менструации возобновляются позднее, нередко после окончания кормления грудью. Только у некоторых кормящих женщин менструации начинаются спустя 6—8 недель после родов.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ

Обратное развитие (инволюция) половых органов. После рождения последа матка хорошо сокращается, имеет шаровидную форму, плотную консистенцию и значительную подвижность, которая связана с растяжением связочного аппарата. Дно матки непосредственно после родов находится на 1—2 пальца ниже пупка, через 10—12 часов после родов поднимается до уровня пупка, что связано с повышением тонуса влагалища и мышц тазового дна. Матка легко смещается вверх и в стороны. При переполнении мочевого пузыря дно матки может достигнуть уровня подреберной дуги. Шейка матки сразу после родов имеет вид тонкостенного мешка, шейный канал свободно пропускает кисть руки, края зияющего наружного зева свисают во влагалище складками. Внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность, образовавшуюся после отделения плаценты и оболочек. Длина матки тотчас после родов в среднем равна 15 см (13—16 см), ширина на уровне отхождения труб — 12—13 см, вес 1000 г.

Влагалище после родов дряблое, широкое, наружные половые органы отечны, половая щель зияет. На наружных половых органах и стенках влагалища часто образуются трещины и ссадины.

В послеродовом периоде происходит уменьшение матки, формирование шейки, заживление внутренней, раневой поверхности матки.

Объем послеродовой матки уменьшается в результате сокращений мускулатуры (послеродовые схватки), которые ведут к анемизации и жировой дистрофии части мышечных волокон.

О степени сокращения матки можно судить по уровню стояния ее дна. В течение первых 10—12 дней после родов дно матки опускается ежедневно приблизительно на один поперечный палец. На 1—2-й день после родов дно матки находится на уровне пупка

(при отсутствии наполнения мочевого пузыря), на 3-й день—на 1—2 пальца ниже пупка, на 4-й день —на 2—3 пальца ниже пупка, на 5-й день—на середине расстояния между пупком и верхним краем лона, на 6-й день—опускается ниже указанного уровня примерно на 1 палец, на 7-й день—располагается на 3 пальца выше лона, на 8-й день—на 2 пальца выше лона, на 10—12-й день дно матки обычно исчезает за лоном.

Об инволюции матки можно судить на основании данных, получаемых при измерении высоты стояния ее дна. Измерение производится сантиметровой лентой при опорожненном мочевом пузыре. Одновременно с длиной уменьшается ширина матки и вес ее.

Шейка матки формируется изнутри кнаружи: внутренний зев закрывается раньше, наружный позднее. Внутренний зев на 3-й день ещеходим для пальца, к 7—10-му дню он закрывается. Наружный зев закрывается на 3-й неделе после родов.

Одновременно с сокращением матки происходит восстановление (регенерация) слизистой оболочки матки за счет разрастания эпителия донных отделов желез и стромы базального слоя эндометрия. Регенерация слизистой представляет собой по существу процесс заживления раневой поверхности матки. Во время заживления раневой поверхности в ней образуется вал лейкоцитов (грануляционный вал), который препятствует проникновению микробов в стенку матки и другие отделы половых путей.

Эпителизация внутренней (раневой) поверхности матки заканчивается к 10-му дню, полное восстановление эндометрия—к 20-му дню после родов.

Быстрота инволюции матки зависит от ряда причин: общего состояния женщины, возраста, характера родов, кормления грудью и т. д. Инволюция матки замедлена у ослабленных и многорожавших женщин, у старых первородящих, после патологических родов; у кормящих женщин матка сокращается значительно быстрее, чем у не кормящих грудью.

В послеродовом периоде восстанавливается тонус влагалища, сокращается его объем, исчезает отечность и гиперемия, заживают ссадины, трещины (и разрывы) в области наружных половых органов, влагалища и шейки матки.

Связки матки постепенно укорачиваются, маточные трубы и яичники принимают обычное положение и состояние, бывшее до возникновения беременности. Постепенно сокращается брюшная стенка и восстанавливается обычный тонус мышц тазового дна. У некоторых женщин брюшная стенка после родов не достигает прежней упругости. Рубцы беременности приобретают белый цвет, пигментация белой линии проходит или резко уменьшается.

Л о х и и. В процессе восстановления эндометрия образуются послеродовые выделения из матки—лохии (*lochia*). Лохии представляют собой отделяемое из заживающей раневой поверхности матки, т. е. раневой секрет. Лохии состоят из кровяной сыворотки, остатков распадающейся децидуальной оболочки, лейкоцитов; в первые дни лохии содержат значительную примесь крови.

В первые 3—4 дня лохии имеют кровянистый характер (*lochia rubra*). В последующие дни лохии постепенно бледнеют, приобретают характер серозной жидкости с небольшой примесью сукровицы (*lochia serosa*), к 10-му дню лохии светлые, без примеси крови (*lochia alba*). Количество лохий постепенно уменьшается; с 3-й недели лохии скудные, слизистые, к 5—6-й неделе выделения их прекращаются.

При замедленной инволюции матки выделение лохий затягивается, примесь крови держится дольше. При закупорке внутреннего зева при перегибе матки кзади может произойти скопление лохий в полости матки—лохиометра (*lochiometra*).

Функция молочных желез. Во время беременности в молочных железах происходят изменения, подготавливающие их к будущей функции—продукции молока. Уже во время беременности из соска можно выжать каплю секрета—молозива. Молозиво представляет собой жидкость щелочной реакции, содержащую белок, жировые капельки, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков и «молозивные тельца»—лейкоциты, наполненные жировыми капельками (рис. 152, а).

На 2—3-й день после родов начинается отделение молока. Обычно в это время молочные железы набухают, становятся чувствительными; при силь-

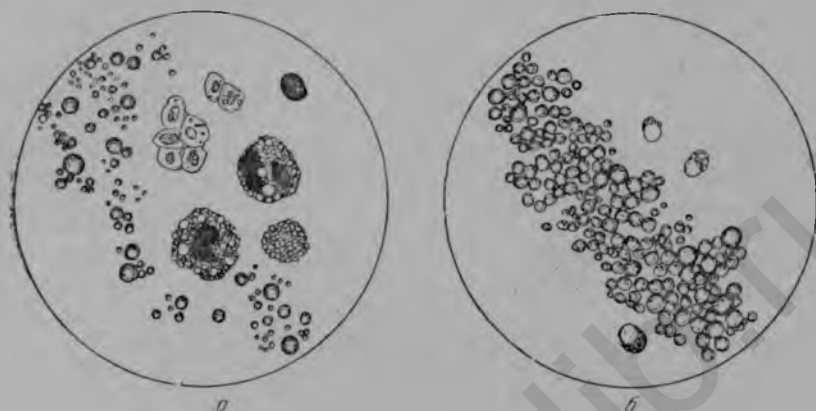


Рис. 152. Микроскопическая картина молока и молозива.
а—молозиво—видны жировые капельки и молозивные тельца; б—молоко—видны только жировые тельца.

ном набухании роженица жалуется на распирающую боль в молочных железах, отдающую в подмышечную область, где иногда прощупываются чувствительные узелки.

Секрция молока происходит под влиянием сложных рефлекторных и гормональных воздействий. Процесс образования молока регулируется нервной системой и лактогенным гормоном гипофиза.

В молочных железах, кроме молока, образуется гормон—маммин, который усиливает сократительную способность матки и способствует ее инволюции в послеродовом периоде. Сокращения матки возникают также рефлекторно вследствие раздражения нервных элементов сосков при сосании ребенка. Рефлекторные сокращения матки во время кормления нередко ощущаются роженицей в виде чувствительных схваток.

Молоко—белая жидкость, представляющая собой взвесь (эмульсию) мельчайших капелек жира, располагающихся в сыворотке (рис. 152, б). Молоко имеет щелочную реакцию, при кипячении не свертывается. Состав молока: воды 87—88%, белка (казеина и альбумина) 1,5—2%, жиров 3,5—4%, сахара 6,6—7,5%, солей 0,18—0,2%.

Общее состояние и внутренние органы. При нормальном течении послеродового периода общее состояние роженицы хорошее. В первые дни роженицы иногда отмечают непостоянную боль в области наружных половых органов и промежности. Иногда роженицы жалуются на болезненные схватки, особенно во время кормления ребенка грудью. Дыхание роженицы глубокое, 14—16 в минуту. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 70—75 ударов в минуту, нередко бывает замедлен (физиологическая брадикардия). Артериальное давление в пределах нормальных величин или слегка понижено в первые дни. Температура тела при физиологическом течении послеродового периода нормальная. Пульс и температура

тела обычно характеризуют течение послеродового периода. Частый пульс (90 и выше) и неоднократное повышение температуры тела выше 37° указывают на возникновение осложнений, чаще всего на наличие послеродовых инфекционных заболеваний.

Родильницы склонны к потливости, особенно при обильном питье.

Обмен веществ в первые недели послеродового периода повышен, в дальнейшем становится обычным. Вес тела в первые дни после родов понижается, в дальнейшем вновь нарастает, обычно за счет отложения жира.

Мочепотделение. Деятельность почек в послеродовом периоде нормальная, но мочеотделение нередко затрудняется в связи с нарушением функции мочевого пузыря. Нарушение мочеотделения чаще всего выражается в том, что родильница не ощущает позыва к мочеиспусканию, даже при значительном переполнении мочевого пузыря. Иногда бывает затруднение мочеиспускания при наличии позывов, иногда—болезненность при мочеиспускании. Расстройства мочеиспускания могут зависеть от атонии мочевого пузыря или от отека его слизистой оболочки вследствие прижатия головкой. Болезненность при мочеиспускании обычно бывает связана с попаданием мочи на трещины и ссадины в области наружных половых органов и промежности. Задержка мочеиспускания у некоторых женщин связана с неумением мочиться лежа.

Функция кишечника. В послеродовом периоде нередко наблюдается задержка стула (запор), зависящая от атонии кишечника. Атонии кишечника способствуют расслабление брюшного пресса и постельный режим, связанный с ограничением движений.

У родильниц иногда наблюдаются геморроидальные узлы, которые обычно не причиняют особого беспокойства. При ущемлении узлы увеличиваются, становятся болезненными, особенно при дефекации.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

При нормальном течении послеродового периода родильницу следует считать здоровой женщиной. Однако она нуждается в особом режиме, который способствует правильной инволюции половых органов, заживлению раневых поверхностей и нормальной функции организма.

При организации ухода за родильницей особо важное значение имеет соблюдение в с е х п р а в и л а с е п т и к и и а н т и с е п т и к и. Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких тканей родовых путей могут служить входными воротами для инфекции. Поэтому занесение инфекции в половые пути родильницы представляет собой реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции. Также опасно попадание инфекции на трещины сосков, нередко образующихся у родильниц. Проникновение инфекции через трещины сосков вызывает воспаление молочной железы—грудницу (мастит).

Поэтому в послеродовом периоде приобретает особо важное значение строжайшая чистота палаты, постели и всех предметов ухода. Все инструменты, материал и предметы ухода, соприкасающиеся с половыми органами и молочными железами родильницы, должны быть стерильными. При уборке родильниц требуется тщательное мытье и дезинфекция рук и ношение маски. Должны соблюдаться все правила личной гигиены медицинского персонала.

Правильному течению послеродового периода способствует покой родильницы. Поэтому необходимо создать родильнице условия для нормального сна, оградить ее от тревог, волнения и других отрицательных эмоций. Большое значение имеет правильное питание, регулирование функций мочевого пузыря и кишечника, последовательность активных движений.

Условия содержания родильниц. Палаты для родильниц должны быть светлыми и просторными. На каждую родильную койку полагается не менее $7,5 \text{ м}^2$ площади. Палаты подвергаются влажной уборке не реже 2 раз в сутки и многократно проветриваются. Через каждые 7—10 дней палата освобождается (после выписки родильниц) и подвергается тщательной уборке (мытьё и дезинфекция стен, пола, мебели). Кровать и клеенки после выписки каждой родильницы моют водой и дезинфицирующим раствором, матрацы, подушки и одеяла проветривают не менее суток. После выписки лихорадящих родильниц постельные принадлежности подвергают дезинфекции.



Рис. 153. Общий вид палаты для родильниц.

Родильницу из родовой комнаты укладывают на чистую постель. Койку родильницы застилают следующим образом. Матрац накрывают простыней, которую в средней трети покрывают белой клеенкой. Поверх клеенки расстилают подкладную простыню (размер в среднем $1 \times 1 \text{ м}$), которую меняют не реже 2 раз в сутки, после каждой уборки. Остальное постельное и нательное белье меняют по мере загрязнения. Белье при стирке тщательно кипятят и хорошо проглаживают горячим утюгом.

При каждой койке должно быть индивидуальное прокипяченное подкладное сукно, которое моют водой и дезинфицирующим раствором каждый раз после использования родильницей (рис. 153).

За родильницей устанавливают тщательное наблюдение: а) выясняют общее состояние и самочувствие (сон, аппетит, настроение); б) сосчитывают пульс и не менее двух раз в день измеряют температуру тела; в) выясняют степень набухания молочных желез, нет ли трещин на сосках, болезненности и т. д.; г) определяют высоту стояния, консистенцию матки, выясняют, нет ли болезненности при пальпации ее; д) осматривают наружные половые органы и определяют характер и количество лохий; е) справляются о функции мочевого пузыря и кишечника. Все эти данные, полученные путем опроса и объективного обследования родильницы, записывают в историю родов.

При болезненных послеродовых схватках назначают внутрь одно из следующих средств: пирамидон, аспирин, антипирин, фенацетин (в дозе 0,3—0,5). При сильных болях можно применить болеутоляющую свечку (с пантопоном, экстрактом белладонны и др.).

При физиологическом течении послеродового периода и регулярном кормлении грудью обратное развитие матки происходит правильно и медикаментозные средства, сокращающие матку, являются излишними. При замедленной инволюции матки (субинволюция) назначают средства, усиливающие ее сокращение: жидкий экстракт спорыньи (Extr. Secalis cornuti fluidum) 2 раза в день по 25 капель, стиптицин (Stypticinum) 2—3 раза в день по 0,05 г, инъекции питуитрина (Pituitrini) по 1 мл 1—2 раза в день.

Правильной инволюции матки способствует своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника.

При затруднении мочеиспускания под таз родильнице подкладывают подогретое судно; можно положить на область мочевого пузыря грелку на 15—20 минут. Можно сделать попытку вызвать мочеиспускание рефлекторным путем (пустить струю воды из водопровода, кружки и т. д.). Хорошее действие оказывают инъекции питуитрина (по 1 мл 1—2 раза в день) и сернокислого магния (5—6 мл 25% раствора внутримышечно).

Если эти средства не помогают, приходится прибегать к катетеризации мочевого пузыря, которую производят с соблюдением правил асептики и антисептики (кипячение катетера, мытье рук, обработка области уретры слабым дезинфицирующим раствором). После катетеризации назначают внутрь уротропин (по 0,5 г три раза в день) или отвар медвежьего ушка (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0:200,0) по 1 столовой ложке 4—5 раз в день.

При задержке стула на 3-й день после родов назначают очистительную клизму или слабительное (Natrium sulfuricum или Magnesium sulfuricum 20—30 г).

При наличии больших болезненных геморроидальных узлов рекомендуется пузырь со льдом на промежность (пузырь завернуть стерильной пленкой), свечи с белладонной или пантопоном. Если эти меры не помогают, узлы осторожно вправляют пальцами (рука в перчатке), смазанными вазелином.

При нормальном течении послеродового периода и отсутствии разрыва промежности родильнице можно сидеть на 4-й день, ходить—на 5—6-й день. При разрыве промежности женщине можно поворачиваться набок и не стеснять движений, лежа в постели; ходить разрешают после снятия швов (на 6-е сутки), если заживление произошло первичным натяжением.

Слишком раннее вставание после родов не рекомендуется потому, что оно способствует опущению стенок влагалища и матки.

П и т а н и е. Здоровая родильница не нуждается в особой диете. В первые дни после родов рекомендуется высококалорийная, легко усвояемая пища: булки, печенье, творог, сметана, манная каша, кисель, сладкий чай и кофе. С 3-го дня назначают обычное питание. Необходимо употребление свежих ягод, фруктов, овощей и других продуктов, богатых витаминами. Родильницам можно назначать витамины С, В, D, А в виде препаратов, особенно зимой и в тех местах, где нет свежих фруктов и овощей. Не рекомендуются острые блюда, консервы, колбаса и трудно перевариваемая пища (жирное мясо, горох, чечевица); алкогольные напитки категорически запрещаются.

Необходимо проверять качество пищи, приготовляемой для родильниц, наблюдать за порядком кормления, следить за тем, какие продукты доставляют из дома. Не следует разрешать передачу слишком большого количества пищи.

Уход за родильницей. Главная цель ухода за родильницей заключается в ограждении ее от инфекции и в содействии нормальному течению всех функций организма.



Рис. 154. Уборка родильниц.

а—оборудование специального столика для уборки родильницы; б—уборка родильницы.

Особое значение имеет соблюдение строгой чистоты. Родильница в обязательном порядке чистит зубы, умывается не менее 2 раз в день теплой водой с мылом над чистым тазом, причесывается, надевает чистую косынку, меняет белье. В дальнейшем руки моет перед кормлением ребенка и приемом пищи.

Большое внимание уделяют содержанию в чистоте наружных половых органов. Выделяющиеся из половых путей лохии загрязняют наружные половые органы и промежность и способствуют размножению микробов. Поэтому необходимо производить не реже 2 раз в день уборку (туалет) наружных половых органов родильницы, соблюдая правила асептики и антисептики.

Уборку производят следующим образом. Предварительно кипятят инструменты для захватывания стерильной ваты (корнцанги или длинные пинцеты). Для каждой родильницы используют отдельный инструмент, поэтому количество их должно соответствовать количеству родильниц. Заготавливают необходимое количество теплого слабого раствора марганцовокислого калия (1 : 4000—1 : 6000) или лизола (0,25—0,5%).

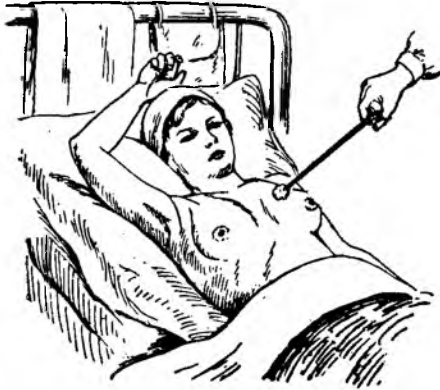


Рис. 155. Обмывание молочных желез.

Инструменты, стерильный материал (ватные шарики), спирт, йод помещают на передвижной столик (рис. 154,а).

Акушерка надевает маску, моет руки, надевает стерильные перчатки и производит туалет; санитарка передвигает столик от одной родильницы к другой, подает и убирает судно, поливает на наружные половые органы дезинфицирующий раствор из кружки Эсмарха или кувшина (рис. 154,б).

Обмывание наружных половых органов родильницы производят не руками, а стерильным ватным шариком, взятым корнцангом. Под таз родильницы подкладывают ее собственное (индивидуальное) судно и предлагают раздвинуть ноги. Под струей дезинфицирующего раствора обмывают наружные половые органы (движения от лона кзади) и промежность, внутреннюю поверхность бедер, область заднего прохода. Затем производят обсушивание обмытых частей стерильной ватой или марлевой салфеткой. После каждой уборки подкладную простыню сменяют чистой. Такую же уборку следует производить после дефекации.

При разрыве промежности осторожно обмывают половые органы, не касаясь швов. Область швов держат в сухом виде; рекомендуются стерильные закладки, которые должны часто меняться (не реже 4—5 раз в день). Швы снимают на 5—6-е сутки после родов.

Влагалищные спринцевания в послеродовом периоде не применяют.

Родильниц с повышенной температурой, катаром верхних дыхательных путей, с гнойничковыми высыпаниями на коже и другими признаками инфекции необходимо изолировать от здоровых во второе акушерское отделение, а в небольших родовспомогательных учреждениях—в отдельную палату. Уборку таких родильниц производят в последнюю очередь.

Своевременная изоляция инфицированных родильниц имеет огромное значение для предупреждения заболеваний среди родильниц и новорожденных детей.

Большое внимание уделяется уходу за молочными железами родильницы. Молочные железы должны содержаться в чистоте. Рекомендуется обмывать молочные железы 1—2% раствором нашатырного спирта или теплой водой с мылом утром и вечером после кормления. Вначале

обмывают сосок, потом всю железу, а затем обсушивают стерильной ватой или марлей (рис. 155). Для предупреждения чрезмерного нагрубания молочных желез рекомендуется носить лифчик, сшитый по мерке. При значительном нагрубании ограничивают питье, назначают слабительное (20—30 г сернокислого натрия). Если ребенок при сосании опорожняет молочную железу не полностью, то необходимо после каждого кормления сцеживать молоко руками или молокоотсосами.

ГИМНАСТИКА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОДОВ

Здоровым родильницам со второго дня после нормальных родов назначают гимнастические упражнения, которые повышают тонус организма, улучшают кровообращение, дыхание, обмен веществ, функцию кишечника и мочевого пузыря. Гимнастические упражнения ускоряют процесс обратного развития половых органов, способствуют укреплению мышц брюшного пресса и тазового дна. При наличии разрыва промежности занятия проводят по сокращенному комплексу, состоящему главным образом из дыхательных упражнений.

Гимнастика назначается врачом или самостоятельно работающей акушеркой, проводится акушеркой или медицинской сестрой. Перед каждым упражнением акушерка инструктирует родильниц о порядке его выполнения. Необходимо следить, чтобы каждое упражнение производилось соответственно ритму дыхания. При проведении гимнастики необходимо следить за самочувствием родильниц, сосчитать пульс и дыхание. При стойком учащении пульса и одышке занятия прекращают; если родильница отмечает утомление, то количество упражнений уменьшают, сложные упражнения исключают или заменяют легкими. При повышении температуры тела гимнастику прекращают.

Упражнения проводятся утром, после осмотра врачом (или акушеркой), не ранее чем через 30 минут после завтрака. Перед гимнастикой палату тщательно проветривают. В теплое время года упражнения выполняют при открытой форточке (или открытом окне).

Упражнения проводят на кровати. Женщина снимает белье за исключением лифчика; наружные половые органы и область таза прикрывают чистой, проглаженной подкладной пеленкой («импровизированные трусики»). При выраженном расслаблении брюшного пресса рекомендуется перед упражнениями забинтовать живот. Когда родильнице разрешено вставать, она после окончания упражнений обтирает тело полотенцем, смоченным теплой водой, а затем вытирает его насухо.

Описание упражнений¹ (рис. 156)

1 комплекс упражнений—2-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении². В выполнении³: 1—2—слегка приподняв руки, развести их в стороны (вдох); 3—4—вернуть руки в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—развести руки в стороны на уровень плеч, одновре-

¹ Комплексы упражнений разработаны А. В. Бартельсом и Н. Е. Гранат (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР).

² Основное положение лежа: женщина лежит на спине с вытянутыми вдоль туловища и обращенными ладонями вниз руками; ноги вытянуты, пятки и носки вместе; голову держит прямо.

³ Цифры указывают счет, при котором надо выполнять ту или иную часть упражнения.

менно разводя пальцы (вдох); 2—согнуть пальцы в кулак и привести руки на грудь (выдох).

Упражнение 3. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: перед началом сделать вдох; 1—достать правой рукой противоположный край кровати с небольшим поворотом верхней половины туловища (выдох); 2—вернуться в исходное положение (вдох); 3—достать левой рукой противоположный край кровати (выдох); 4—вернуться в исходное положение (вдох).

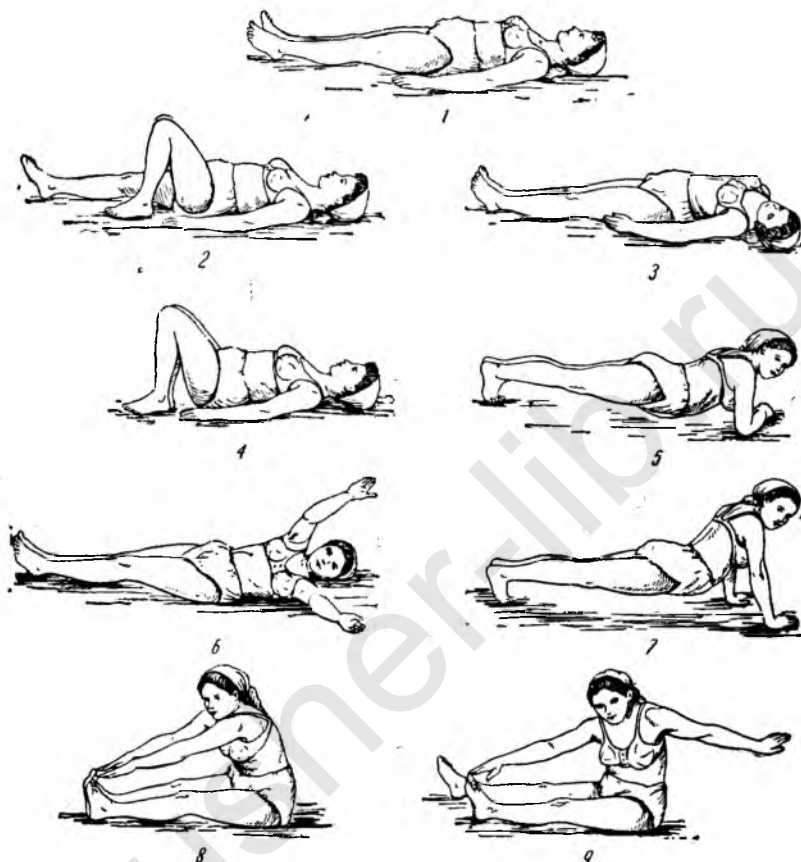


Рис. 156. Гимнастика в послеродовом периоде.

1—исходное положение; 2—I комплекс, упражнение 7; 3—II комплекс, упражнение 2; 4—II комплекс, упражнение 7; 5—III комплекс, упражнение 4; 6—IV комплекс, упражнение 2; 7—V комплекс, упражнение 4; 8—V комплекс, упражнение 8; 9—VII комплекс, упражнение 8.

Упражнение 4. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—развести пальцы рук и одновременно разогнуть (на себя) до отказа стопы; 2—сжать пальцы в кулак и одновременно согнуть (от себя) до отказа стопы. Дыхание равномерное.

Упражнение 5. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—2—вернуться на бок; 3—4—полежать на боку; 5—6—вернуться в исходное положение. Дыхание равномерное.

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—втянуть в себя задний проход—сжать мышцы заднего прохода (вдох); 2—расслабить задний проход—расслабить мышцы заднего прохода (выдох).

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—2—согнуть левую ногу в коленном суставе, не отрывая стопу от постели (вдох); 3—4—разогнуть ногу (выдох); 5—6—согнуть правую ногу в коленном суставе (вдох); 7—8—разогнуть ногу (выдох).

Упражнение 8. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечание к I комплексу. 1. Упражнения 1, 2, 4, 6 проводятся 3—4 раза, упражнение 3—2—3 раза и упражнение 5—1 раз.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 4.

II комплекс упражнений—3-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 2 I комплекса.

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине, руки по швам. Выполнение: 1—согнуть туловище влево, скользя правой рукой вдоль туловища вверх, а левой—вниз, одновременно голову наклонить влево (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох); 3—согнуть туловище вправо, скользя левой рукой вдоль туловища вверх, а правой—вниз, одновременно голову наклонить вправо (вдох); 4—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 4 I комплекса.

Упражнение 4. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. Выполнение: 1—2—повернуться на живот; 3—4—полежать на животе; 5—6—вернуться в исходное положение. Дыхание равномерное.

Упражнение 5. Исходное положение: положение лежа на спине; ноги согнуты в коленных суставах, руки вытянуты вдоль туловища ладонями вниз. Выполнение: 1—поднять таз, опираясь на стопы ног, согнутых в коленных суставах, и на руки (вдох); 2—опустить таз (выдох).

Упражнение 6. Повторение упражнения 6 I комплекса.

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. Выполнение: 1—согнуть ноги в коленных суставах, не отрывая стоп от постели (вдох); 2—разогнуть ноги (выдох).

Упражнение 8. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания ко II комплексу. 1. Упражнения 1, 3, 5, 6, 7, 8 проводятся 3—4 раза, упражнения 2—2—3 раза, упражнения 4—1 раз.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и упражнение 5 I комплекса.

III комплекс упражнений—4-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 2 I комплекса.

Упражнение 2. Повторение упражнения 2 II комплекса.

Упражнение 3. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. Выполнение: 1—развести носки стоп в стороны и одновременно развести пальцы рук (вдох); 2—свести носки вместе и одновременно сжать пальцы рук (выдох).

Упражнение 4. Исходное положение: лежа на животе; руки на уровне подбородка согнуты в локтевых суставах под прямым углом и положены одна на другую; подбородок на руках. Выполнение: 1—опираясь на локти и на носки, приподнять туловище и голову, слегка прогибая спину (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 5. Исходное положение: положение на спине, ноги согнуты в коленных суставах; руки вытянуты вдоль туловища ладонями вниз. Выполнение: 1—поднять таз, опираясь на стопы ног, согнутых в коленных суставах, и на руки, лежащие вдоль туловища. Одновременно втянуть мышцы заднего прохода (вдох); 2—опустить таз; одновременно расслабить мышцы заднего прохода (выдох).

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. Выполнение: 1—отвести правую руку в сторону и одновременно повернуть голову влево (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох); 3—отвести левую руку в сторону и одновременно повернуть голову вправо (вдох); 4—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. Выполнение: 1—сгибая левую ногу в коленном суставе, скользить стопой по внутренней поверхности правой ноги (вдох); 2—разогнуть левую ногу, скользя стопой; 3—сгибая правую ногу в коленном суставе, скользить стопой по внутренней поверхности левой ноги (вдох); 4—разогнуть правую ногу, скользя стопой (выдох).

Упражнение 8. Исходное положение: сесть в кровати, положить руки за голову. Выполнение: 1—повернуть туловище вправо; 2—вернуться в исходное положение (туловище прямо); 3—повернуть туловище влево; 4—вернуться в исходное положение (туловище прямо).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к III комплексу. 1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 8 и 9 проводятся 3—4 раза, упражнения 2, 6, 7—2—3 раза.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и упражнение 5 I комплекса.

IV комплекс упражнений—5-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—поднять руки вверх, соединить их ладонями над головой (вдох); 2—опустив руки, вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине, руки разведены в стороны ладонями вверх. В выполнении: перед началом упражнений вдох; 1—ладонью правой руки коснуться ладони левой руки, повернуть верхнюю половину туловища влево (выдох); 2—вернуться в исходное положение (вдох); 3—ладонью левой руки коснуться ладони правой руки (выдох); 4—вернуться в исходное положение (вдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 III комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 III комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. Исходное положение: лежа на спине, руки по швам; ноги вытянуты. В выполнении: 1—развести ноги в стороны и одновременно развести руки в сторону, подняв их до уровня плеч (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—поднять вверх левую вытянутую ногу; 2—опустить ее; 3—поднять правую вытянутую ногу; 4—опустить ее. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. Исходное положение: сидя, свесить ноги с кровати, руки за голову. В выполнении: перед началом сделать вдох; 1—наклониться вперед (выдох); 2—выпрямиться (вдох).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к IV комплексу. 1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 проводятся 3—4 раза, упражнения 2 и 7—2—3 раза.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и дополнительно следующее упражнение (упражнение 10).

Упражнение 10. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—приподнять таз (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

V комплекс упражнений—6-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 1 IV комплекса.

Упражнение 2. Повторение упражнения 2 IV комплекса.

Упражнение 3. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—повернуть ладони кверху, разведя пальцы; одновременно развести носки в стороны, разогнув на себя стопы (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 4. Исходное положение: лежа на животе; руки, согнутые в локтевых суставах, лежат вдоль туловища, ладонями книзу; ноги вытянуты. В выполнении: 1—поднять голову и туловище, опираясь на ладони и носки (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. Повторение упражнения 6 IV комплекса.

Упражнение 7. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—поднять вверх вытянутые ноги; 2—опустить ноги. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. Исходное положение: сидя на постели; руки по швам. В выполнении: 1—развести руки в стороны (вдох); 2—слегка согнув туловище, коснуться пальцами рук носков вытянутых ног (выдох); 3—выпрямить туловище, развести руки в стороны (вдох); 4—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

Примечания к V комплексу. 1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 проводятся 3—4 раза, упражнения 2 и 8—2—3 раза.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3 и дополнительное упражнение (упражнение 10) IV комплекса.

VI комплекс упражнений—7-й день после родов

Упражнение 1. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: 1—разведя руки в стороны, заложить их за голову (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение: лежа на спине в основном положении. В выполнении: перед началом сделать вдох; 1—достать правой рукой коленный сустав левой вытянутой ноги, опираясь на левый локоть, слегка приподняв и повернув верхнюю часть туловища (выдох); 2—вернуться в исходное поло-

жение (вдох); 3—достать левой рукой коленный сустав правой вытянутой ноги, опираясь на правый локоть (выдох); 4—вернуться в исходное положение (вдох).

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 V комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 V комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. И с х о д н о е п о л о ж е н и е: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—согнуть ноги в коленных суставах; одновременно поднять руки вверх (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. И с х о д н о е п о л о ж е н и е: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—приподнять вытянутые ноги; 2—развести ноги в стороны; 3—соединить ноги вместе; 4—опустить ноги. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. Повторение упражнения 8 V комплекса.

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

П р и м е ч а н и я к V I к о м п л е к с у. 1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 9 проводятся 3—4 раза; упражнения 2, 7, 8—2—3 раза.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 5 и упражнение 4 III комплекса.

VII комплекс упражнений—8-й день после родов

Упражнение 1. Повторение упражнения 1 VI комплекса.

Упражнение 2. Повторение упражнения 2 VI комплекса.

Упражнение 3. Повторение упражнения 3 V комплекса.

Упражнение 4. Повторение упражнения 4 V комплекса.

Упражнение 5. Повторение упражнения 5 III комплекса.

Упражнение 6. И с х о д н о е п о л о ж е н и е: лежа на спине, руки по швам. В ы п о л н е н и е: 1—согнуть ноги в коленях и развести их в стороны, одновременно развести руки в стороны ладонями вверх на уровне плеч (вдох); 2—вернуться в исходное положение (выдох).

Упражнение 7. И с х о д н о е п о л о ж е н и е: лежа на спине в основном положении. В ы п о л н е н и е: 1—согнуть левую ногу в коленном и тазобедренном суставах; правая нога разогнута; 2—согнуть правую ногу, одновременно левую ногу разогнуть. Дыхание равномерное.

Упражнение 8. И с х о д н о е п о л о ж е н и е: сидя в постели, руки разведены в стороны на уровне плеч ладонями вниз. В ы п о л н е н и е: перед началом сделать вдох; 1—коснуться пальцами правой руки носка левой ноги, слегка согнув туловище и повернув его в сторону; левая рука остается отведенной на уровне плеч (выдох); 2—вернуться в исходное положение (вдох); 3—коснуться пальцами левой руки носка правой ноги, слегка согнув туловище и повернув его в сторону; правая рука остается отведенной на уровне плеч (выдох).

Упражнение 9. Прodelать упражнение 1 этого комплекса.

П р и м е ч а н и я к V I I к о м п л е к с у. 1. Упражнения 1, 3, 4, 5, 6, 7 и 9 проводятся 3—4 раза; упражнения 2 и 8—2—3 раза.

2. Женщины после операции зашивания разрыва промежности проделывают упражнения 1, 2, 3, 4 и 5.

На 9-й день после родов можно рекомендовать тот же комплекс, что и на 8-й день.

Для послеродового отделения можно рекомендовать следующий распорядок дня.

6.00—подъем.

6.00—6.40—умывание и измерение температуры, проветривание палат.

6.40—7.00—кормление новорожденных.

7.00—8.00—утренний туалет родильниц, уборка и проветривание помещения, выполнение назначений.

8.00—8.30—смена дежурств санитарок.

8.30—9.00—завтрак, смена дежурств акушерок.

9.00—9.30—подготовка к кормлению детей.

9.30—10.00—кормление детей.

10.00—13.00—обход родильниц врачами, гимнастика, выполнение лечебных процедур.

13.00—13.30—кормление детей.

13.30—14.30—обед.

14.30—16.00—послеобеденный сон, проветривание палат.

16.00—16.30—подготовка к кормлению.

16.30—17.00—кормление детей.

17.00—18.30—измерение температуры, вечерний туалет родильниц, проветривание палат, выполнение назначений.

18.30—19.00—ужин.

19.00—20.00—вечерний обход, подготовка к кормлению детей.

20.00—20.30—кормление детей.
20.30—21.00—смена дежурств.
21.00—21.30—чай.
21.30—23.00—сон.
23.00—23.30—подготовка к кормлению детей.
23.00—24.00—кормление детей.
24.00—сон.
22.00—24.00—вечерняя уборка помещения.

При нормальном течении послеродового периода выписка родильниц производится на девятые-десятые сутки. Перед выпиской родильнице дают подробные указания об уходе за ребенком и о правилах гигиены послеродового периода. Теплое обмывание под душем разрешают непосредственно после выписки, ванну—спустя 3—4 недели после родов. Половые сношения разрешаются не ранее 6—8 недель после родов.

Перед выпиской родильница получает обменную карту, в которой отмечены особенности течения родов и послеродового периода. Эту карту родильница сдает в женскую консультацию. В детскую консультацию сообщают сведения о новорожденном.

При выписке родильнице выдается также справка о рождении ребенка для регистрации в загсе. Колхозницам выдают справку о родах для получения послеродового отпуска (см. приложение); эта справка представляется в правление колхоза.

Работницам и служащим послеродовой отпуск оформляется в консультации (по справке родильного дома) или в родильном доме перед выпиской родильницы.

Г Л А В А XII

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ. АСФИКСИЯ И ТРАВМЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Новорожденные дети по строению тела и функциональным особенностям резко отличаются от детей более старшего возраста и взрослых.

У новорожденных не закончено развитие многих органов и систем, в частности центральной нервной системы. Ткани новорожденного богаты водой, функционально недоразвиты, легко ранимы, неустойчивы к неблагоприятным воздействиям. Терморегуляция несовершенная, особенно у недоношенных детей. В связи с этим новорожденные дети легко подвергаются охлаждению и перегреванию.

Новорожденные дети неустойчивы ко многим видам инфекции; они особенно восприимчивы к септической инфекции, которая может проникнуть через пуповинный остаток, через кожу, носоглотку, желудочно-кишечный тракт.

Организм новорожденных не может локализовать инфекцию на месте внедрения; в связи с этим микробы легко проникают в кровеносную и лимфатическую систему и распространяются по всему организму.

Период новорожденности является временем приспособления ребенка к новым, внеутробным условиям среды. Приспособление происходит легко, если условия внешней среды являются благоприятными. При неблагоприятных условиях процесс приспособления нарушается, и у новорожденных легко возникают заболевания.

При вскармливании новорожденных и организации ухода за ними необходимо помнить о чувствительности новорожденных к инфекции, охлаждению и перегреванию, нарушению условий питания.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ (ПАЛАТЫ) НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Во всех крупных родильных домах существуют отделения для новорожденных детей, где выделены палаты для здоровых доношенных детей (рис. 157), недоношенных, перенесших родовую травму. Детей, подозрительных на инфекцию, помещают в палату с боксами, больных детей—в изолятор.

Во втором (сомнительном) акушерском отделении существует собственная палата (отделение) для новорожденных.

В небольших родовспомогательных учреждениях для новорожденных организуются не отделения, а палаты.

Для ухода за новорожденными выделяется специальный штат медицинских сестер.

В колхозных родильных домах на 2—3 койки детские кроватки находятся в послеродовой палате (за ширмой), уход за новорожденными поручается акушерке.

Под отделения (палаты) новорожденных отводят самые светлые, сухие, просторные, хорошо проветриваемые помещения. На каждую детскую койку отводится не менее 2,5 м² площади.



Рис. 157. Палата новорожденных (общий вид).

В детских отделениях (палатах) находится только необходимое оборудование; хранение лишних предметов недопустимо. Вся мебель и предметы ухода должны быть легко моющимися. В палате для новорожденных помещаются: кроватки, весы, пеленальный стол, шкафчик для хранения инструментов, медикаментов и материала, шкафчик для чистого белья, бачок для сбрасывания загрязненных пеленок, умывальник с горячей и холодной водой, столик для записей в историю развития новорожденных.

Кроватки лучше иметь металлические, окрашенные светлой краской. На сетку кроватки кладут тюфячок из волоса или морской травы. Плотную тюфячную наволочку можно набить мягкой стружкой. Перины из перьев не допускаются. На тюфячок кладется клеенка, а на нее—простынка. Подушечка тоненькая, набита волосом или морской травой, можно обойтись и без подушечки (рис. 158).

Легкие пеленки и распашонки делаются из мягкой бумажной материи белого цвета, теплые пеленки и кофточки—из фланели, бумазеи или мягкой байки. Пеленки и распашонки не должны иметь грубых швов и пуговиц. Одежда зимние—байковые, летние—тканевые.

На каждого ребенка в течение суток требуется 3 распашонки, 3 кофточки, 20 подгузников, 20 легких пеленок, 10 теплых пеленок, 2 пододеяльника, 1 простынка. Общее количество белья на детскую койку зависит от быстроты стирки. Обычно требуется не меньше трех смен указанного количества белья.

Температура в палатах для доношенных детей 20—22°, для недоношенных 22—24°. В зимнее время при необходимости устанавливаются дополнительные обогревательные приборы. Летом принимают меры против перегре-

вания (затемнение окон, развешивание на окнах влажных простыней, проветривание в прохладные часы суток). Необходимо проветривание палат во время каждого кормления новорожденных; летом окна держат открытыми.

В детских палатах соблюдают строжайшую чистоту. Во время кормления детей производят тщательную влажную уборку помещения и протирание всей мебели. Кроме многократной ежедневной уборки, осуществляют регулярную уборку палат циклическим способом. Палаты по очереди освобождают (дети, рожденные в течение суток, помещаются в одну палату и выписываются обычно в один срок); проветривают в течение суток; палаты и мебель тщательно моют и протирают дезинфицирующим раствором, матрацы дезинфицируют. Вымытую палату и мебель облучают ртутно-кварцевой лампой. После такой обработки палату заполняют новорожденными, поступающими из родовой комнаты.

Особое внимание уделяют чистоте детского белья. Детское белье стирают отдельно, тщательно кипятят, проглаживают горячим утюгом.

При наличии соответствующих условий для детей в первые дни используют стерильные пеленки и распашонки.

Посуда детского отделения, соски, инструменты и т. д. должны кипятиться после каждого употребления.

Персонал детских отделений тщательно соблюдает правила личной гигиены (см. главу VII), особенно чистоту рук, халатов, косынок, масок.

Сотрудники детского отделения подвергаются систематическому медицинскому обследованию (включая рентгенологические и лабораторные исследования).

Заболевшие, бациллоносители, соприкасавшиеся в быту с инфицированными больными к обслуживанию детей не допускаются.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (ПАЛАТЕ)

Уход за новорожденными должен содействовать созданию наиболее благоприятных условий для их развития. К основным принципам ухода относится ограждение новорожденных от неблагоприятных влияний внешней среды, особенно от инфекции.

Уход за новорожденными поручается медицинским сестрам с соответствующей подготовкой; в небольших родильных домах (отделениях) уход за новорожденными производит акушерка. Технический персонал к уходу за детьми не допускается, санитаркам разрешается уборка и другие виды вспомогательной работы.

Персонал при поступлении на дежурство тщательно моет руки до локтей с мылом и щеткой, после чего дезинфицирует их (спирт, раствор лизола, хлорамин и др.). Перед пеленанием каждого ребенка руки вновь моют и протирают дезинфицирующим раствором.

Ребенка, поступившего из родовой в детскую палату, одевают в нагретое белье, укладывают в кроватку и внимательно следят за его состоянием. Следует иметь в виду, что у новорожденного может наступить рвота, нарушение дыхания (цианоз), кровотечение из пуповины.

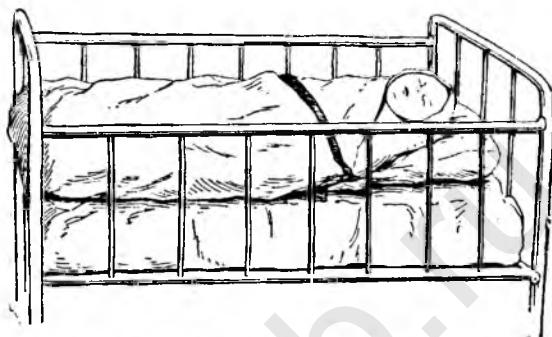


Рис. 158. Новорожденный в кроватке.

Два раза в сутки (утром до первого кормления и вечером) производят тщательный туалет новорожденных. При этом осматривают ребенка, проверяют все складки кожи, повязку на пуповине, проводят уход за кожей и органами чувств, измеряют температуру, выполняют врачебные назначения. Во время утреннего туалета новорожденных взвешивают.

Уход за кожей имеет очень большое значение. При неправильном уходе на нежной коже ребенка легко образуются опрелости, ссадины и другие повреждения, являющиеся входными воротами для инфекции.

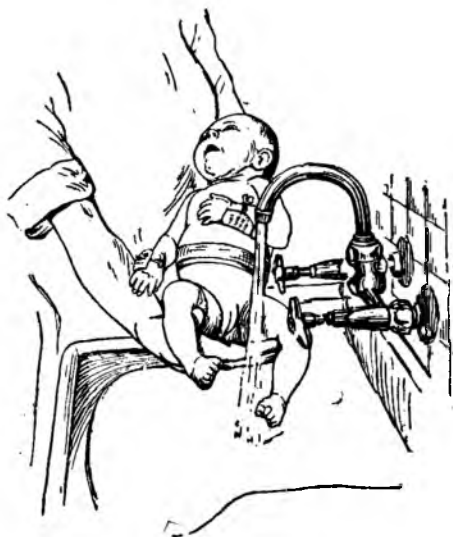


Рис. 159 Подмывание новорожденного ребенка.

В связи с этим на коже возникают гнойные процессы, которые могут вести к септическому заболеванию.

При утреннем и вечернем туалете тщательно осматривают все тело ребенка, обращая внимание на складки кожи, где легко образуется опрелость (за ушами, на шее, в подмышечных и паховых областях и др.).

До отпадения пуповинного остатка новорожденного не купают потому, что через незажившую пупочную рану может проникнуть инфекция. Поэтому до отпадения пуповины и заживления пупочной ранки ограничиваются тем, что личико ребенка обмывают ваткой, смоченной теплой кипяченой водой или 2% раствором борной кислоты; влажной ваткой протирают

и обсушивают кожу за ушами, ушные раковины и подошвы; затем обсушивают все тело.

Если при осмотре обнаруживаются участки покраснения кожи, необходимо смазать их стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом.

Если ребенок помочился или помарался, то перепеленание и туалет производят также между кормлениями. Загрязненные пеленки убирают, нижнюю часть тела ребенка обмывают струей теплой воды (рис. 159). При этом надо следить за тем, чтобы вода не попадала на область пуповинного остатка. После обмывания кожу обсушивают путем прикладывания (не протирая!) чистой пеленки, легко впитывающей влагу. Кожу ягодиц и паховые складки профилактически смазывают стерильным маслом.

Опрелость обычно является результатом неправильного ухода за новорожденным. Для ее устранения надо улучшить уход, предохранить кожу от загрязнения мочой и калом. При легкой опрелости (покраснение кожи) ограничиваются смазыванием стерильным маслом. Если появляется мацерация покрасневшей кожи, рекомендуется смазывание этих участков 3% раствором марганцовокислого калия с последующим припудриванием порошком следующего состава: *Acidi boric* 1,0, *Bismuti subnitrici*, *Zinci oxydati* aa 5,0, *Talci veneti*, *Amyli tritici* aa 50,0.

Особое внимание уделяется профилактике гнойничковых заболеваний. При появлении гнойничков ребенка изолируют. Каждый гнойничок смазывают спиртовым раствором грамицидина (0,04%) или стрептоцида (1—2%), или марганцовокислого калия (3%). Часто одновременно назначают пенициллин внутримышечно. Ребенок подлежит врачебному наблюдению.

Уход за органами чувств. Глаза ребенка промывают ватными шариками, пропитанными 2% раствором борной кислоты. Каждый глаз протирают отдельной ваткой от наружного угла глаза к внутреннему (рис. 160).

Уход за ушами ограничивается протираaniem ушных раковин при утреннем туалете; слуховой проход обычно очищать не требуется.

Носовые ходы очищают в том случае, если дыхание затруднено и в носу имеется слизь или корочки. Носовые отверстия осторожно протирают ватным жгутиком, пропитанным вазелиновым маслом.

Слизистую оболочку полости рта протирать категорически запрещается, потому что при этом возможно нарушение ее целостности, что ведет к возникновению заболеваний. Даже при появлении молочницы (следствие плохого ухода и вскармливания) слизистую рта не протирают, а осторожно смазывают 10% раствором буры с глицерином.

Пеленание новорожденных. У доношенных новорожденных при пеленании в первые дни покрывают головку и ручки, в дальнейшем ручки и головку оставляют открытой. С 3—4-го дня на ребенка надевают распашонку, запахивающуюся сзади, и теплую кофточку с запахом спереди (распашонка и кофточки имеют завязки из мягкой тесьмы). Рукава кофточки длинные, зашитые на концах. Нижняя часть тела завертывается в подгузник и пеленки.

Техника пеленания сводится к следующему (рис. 161). Ребенка кладут на подгузник, разостланный на пеленках. Под пеленкой находится одеяло. Подгузник—квадратная пеленка, сложенная углом в виде треугольника. Широкое основание подгузника достигает области поясницы, нижние кончики протягиваются между ножками, наружные концы завертывают вокруг туловища. Большой мягкой пеленкой обертывают туловище ребенка. Таким же образом обертывают теплой пеленкой и одеялом. Между легкой и теплой пеленкой кладут небольшую белую клеенку.

При наличии большого количества беля клеенку можно заменить дополнительной пеленкой, сложенной в 6—8 раз. Подобная замена имеет преимущество в отношении профилактики опрелости кожи.

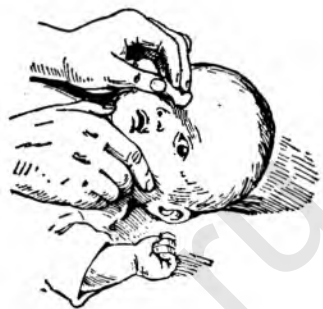


Рис. 160. Промывание глаз новорожденного.

ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Нормальным питанием для новорожденных детей является грудное молоко матери. Только грудное вскармливание обеспечивает вполне правильное развитие ребенка. Заболеваемость и смертность среди детей, вскармливаемых грудью матери, во много раз ниже, чем у детей, находящихся на искусственном питании. Поэтому медицинские работники разъясняют женщинам роль грудного вскармливания и предпринимают все меры к тому, чтобы каждая мать кормила своего ребенка грудью.

Эта задача разрешается довольно легко потому, что подавляющее большинство женщин (80—90%) способны вскармливать своих детей грудью, особенно в течение первых недель и месяцев жизни. Успех вскармливания грудью в значительной мере зависит от соблюдения правил и техники кормления.

Первое прикладывание доношенных новорожденных к груди матери обычно производят через 12 часов после рождения. Некоторые педиатры



a



б

Рис. 161. Техника пеленания новорожденного.

a—первый момент. Углы подгузника протянуты между ножками;
б—второй момент. Правый и левый концы подгузника завернуты
вокруг живота;



в



г



д

Рис. 161. Техника пеленания новорожденного.
в—третий момент, ребенка закрывают в пеленку; г—четвертый момент. Ребенок завернут в пеленку; д—пеленание ребенка закончено.

и акушеры считают целесообразным первое кормление грудью производить через 6—8 часов. Недоношенных детей следует прикладывать к груди через 6—8 часов после рождения.



Рис. 162. Кормление ребенка лежа в кровати.



Рис. 163. Кормление ребенка сидя в кровати.

Доношенных детей кормят грудью 6—7 раз в сутки, через 3—3½ часа с обязательным 6-часовым ночным перерывом.

При кормлении соблюдают меры предупреждения инфицирования новорожденных.

1. С целью профилактики капельной инфекции рот и нос матери во время кормления закрывают маской.

2. Родильница моет руки перед каждым кормлением теплой водой с мылом и протирает марлевой салфеткой, смоченной 0,25—0,5% раствором нашатырного спирта.

3. Перед каждым кормлением соски обмывают кипяченой водой.

Во время кормления новорожденного укладывают на специальную пеленку, которую расстилают на постели матери.

Большое значение имеет техника прикладывания ребенка к груди. В первые дни после родов мать кормит ребенка лежа, слегка повернувшись к лежащему рядом ребенку и придерживая его рукой (рис. 162). С 4-го дня родильница кормит ребенка сидя в постели (рис. 163). В дальнейшем мать при кормлении садится на стул или табуретку, поставив одну ногу на скамеечку, поддерживает одной рукой голову и спину ребенка, лежащего у нее на коленях (рис. 164).



Рис. 164. Кормление ребенка после того, как родильнице разрешают ходить.

Перед кормлением женщина сцеживает свободной рукой несколько капель молока, чтобы устранить загрязнение молочных протоков. После этого она захватывает сосок указательным и большим пальцами и вкладывает его в рот ребенка вместе с околососковым кружком. Захватывание соска вместе с околососковым кружком способствует правильному сосанию и пред-

упреждает заглатывание ребенком воздуха. При кормлении надо следить за тем, чтобы ноздри ребенка не соприкасались с грудью матери; закрытие ноздрей мешает дыханию ребенка. После окончания кормления родильница высушивает сосок и надевает чистый лифчик, поддерживающий молочные железы в приподнятом положении. При нежной коже после кормления сосок можно смазать стерильным вазелиновым маслом и прикрыть его кусочком ваты или марли.

При каждом кормлении следует прикладывать ребенка только к одной груди.

Прикладывание ко второй груди допускается только в первые дни после родов, когда еще мало молока, а также при пониженной секреции молока (гипогалактия).

Каждое кормление продолжается 15—20 минут; хорошо сосущий ребенок в первые 5 минут высасывает около 50% необходимого количества молока.

При каждом кормлении грудь должна полностью освобождаться от молока. Установлено, что неполное опорожнение молочных желез при кормлении ведет к понижению продукции молока.

Молоко, оставшееся в груди после кормления, необходимо сцедить чисто вымытыми руками (рис. 165) или прокипяченным молокоотсосом (рис. 166).

При плоских и втянутых сосках и при трещинах на сосках рекомендуется кормить через стеклянную накладку с резиновой соской (рис. 167). Наиболее удобны молокоотсос и накладка С. А. Дятлова (рис. 168).



Рис. 165. Сцеживание молока.



Рис. 166. Молокоотсос.



Рис. 167. Стеклянная накладная с резиновой соской.



Рис. 168. Накладка Дятлова.

Большое значение для развития новорожденного имеет количество молока, получаемого при кормлении. Для определения необходимого количества молока пользуются следующим расчетом. В течение первых 8—9 дней новорожденный при каждом кормлении должен получать молоко в количестве, равном числу дней жизни, умноженному на 10. Так, на второй день жизни ребенок при каждом кормлении должен получить 20 мл молока, на третий—30 мл, на пятый—50 мл и т. д.

Суточная потребность молока для ребенка этого возраста определяется по формуле:

$$x = (10 \cdot n) \cdot 7,$$

где x —суточная потребность в молоке, n —день жизни ребенка.

О достаточном количестве получаемого молока свидетельствуют хорошее самочувствие ребенка, спокойный сон, активное сосание.

Если возникает сомнение в достаточности высасываемого молока, назначается контрольное взвешивание ребенка до и после кормления (разница веса показывает количество полученного молока).

С первых дней жизни ребенку рекомендуют давать ежедневно 30—50 мл кипяченой воды или чая. В жаркое время года количество воды доводят до 100—120 мл.

Хорошим показателем правильности вскармливания и развития является весовая кривая новорожденного.

У новорожденных в течение первых 3—4 дней жизни наблюдается физиологическое снижение веса. Доношенные новорожденные теряют в весе около 100—300 г, что составляет 6—8% первоначального веса. С 4—5-го дня вес ребенка начинает нарастать. К моменту выписки из родильного дома вес новорожденного достигает первоначального уровня (при рождении) или превышает его.

УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ

При определении недоношенности и ее степени учитывают анамнез, данные акушерского исследования, а главное—данные исследования ребенка (стр. 73).

Недоношенные дети вялые, сонливые, крик слабый, дыхание поверхностное, нередко нерегулярное, рефлексы понижены. При значительной незрелости отсутствуют сосательный и глотательный рефлексы. У недоношенных слабо развита терморегуляция, в связи с чем при охлаждении температура тела у них понижается, при перегревании—повышается.

Иммунитет у недоношенных детей понижен, отсюда их повышенная восприимчивость к заболеваниям, связанным с инфекцией (грипп, пневмония, пиодермия, сепсис).

Выживание и развитие недоношенных детей в значительной степени зависят от ухода и вскармливания. Недоношенных детей тщательно оберегают от охлаждения. Первый туалет производят осторожно и быстро, на утепленном столике (грелки, нагретые пеленки), под обогревательной лампой, завертывают в согретые пеленки и одеяло. В дальнейшем пеленание и туалет производят при обязательном согревании ребенка.

Для обогрева недоношенных детей предложены кувезы и грелки. Кувезы имеют разную конструкцию (рис. 169); в частности, существуют кувезы с автоматической регуляцией температуры, влажности и др. (рис. 169, а). Простые кувезы имеют вид ванночки с двойными стенками (рис. 169, б): в пустое пространство между стенками по мере надобности наливается вода температуры около 60°. На дно кувеза на матрац, накрытый простынькой, кладут тепло завернутого ребенка. Рядом с ребенком помещают термометр; температура в кувезе должна быть 30—32°. Существуют кувезы в виде кибиток с электрическими лампочками (рис. 169, в); такие кувезы-кибитки приспособляются к детским кроваткам.

При отсутствии кувезов обходятся грелками, в которые наливают воду, нагретую до 60°. По грелке кладут с каждой стороны, одну—в ножном конце кроватки (рис. 170). Грелки не следует подкладывать под ребенка, смену их необходимо производить не сразу, а по очереди.

Недоношенные чувствительны к перегреванию. При перегревании ребенок проявляет беспокойство, температура повышается, кожа краснеет, появляется потливость. В таких случаях надо снизить температуру грелок (или в кувезе). Маловесных детей можно держать завернутыми в вату.

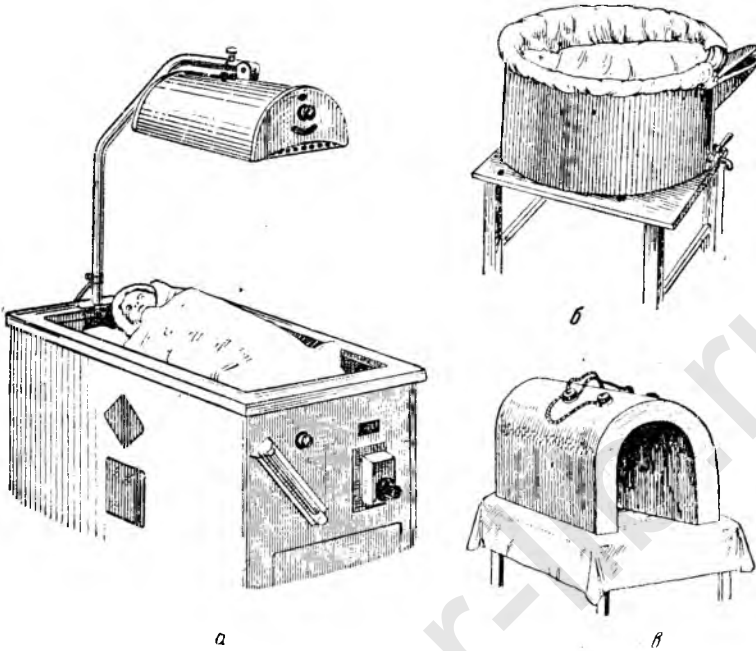


Рис. 169.

а—кувез с автоматической регуляцией температуры; *б*—простой кувез (ванночка); *в*—кувез, обогреваемый электрическими лампочками.

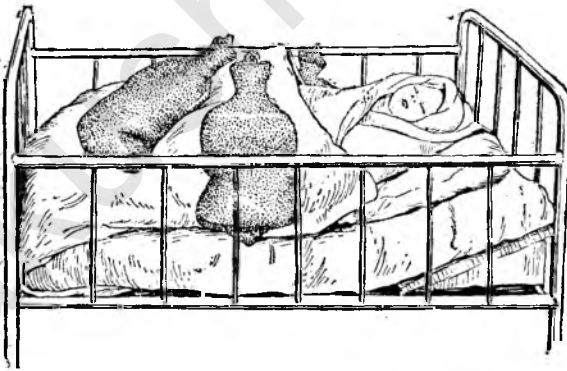


Рис. 170. Недоношенный новорожденный в кроватке с грелками.

Недоношенных детей тщательно оберегают от инфекции, чему способствует их выделение в специальные палаты. В маленьких учреждениях, где специальную палату выделить не удастся, недоношенного ребенка приходится держать в общей палате новорожденных за застекленной перегородкой. При уходе за недоношенными детьми правила асептики и антисептики соблюдаются самым тщательным образом.

Исключительно важно для недоношенного ребенка вскармливание женским, лучше всего материнским молоком. Способ вскармливания недоношенных новорожденных зависит от степени их незрелости, общего состояния, способности к сосанию и глотанию. Первое кормление целесообразно назначить через 4—6 часов после рождения. Количество кормлений в сутки зависит от особенностей ребенка. А. Ф. Тур рекомендует кормить при весе детей 2000—2500 г 7—8 раз в сутки, при весе 1500—2000 г—8—10 раз; при весе 1000—1500 г—10—14 раз.



Рис. 171. Ложечка для кормления.

Если недоношенный ребенок сосет удовлетворительно, его кормят грудью, соблюдая общепринятые правила. Если ребенок сосет плохо, скоро утомляется, то прикладывание к груди можно чередовать с кормлением из бутылочки, через резиновую соску. Прикладывание к груди производят вначале 1—2 раза в сутки, когда ребенок окрепнет, прикладывают к груди чаще, а впоследствии отказываются от соски совсем. Если ребенок не берет грудь и не может сосать соску, его кормят сцеженным подогретым молоком из ложечки небольшими порциями. Пользуются небольшой чайной ложечкой; лучше всего иметь ложечку с оттянутым кончиком (рис. 171). До и после кормления дают ребенку дышать кислород. Слабых детей можно кормить молоком из пипетки. Молоко из пипетки капают на верхнюю губу ребенка поблизости к ноздрям (рис. 172). Молоко стекает через носоглотку и попадает в пищевод.



Рис. 172. Кормление через нос при помощи пипетки.



Рис. 173. Кормление через зонд.

Наиболее слабых детей, у которых отсутствует способность к сосанию и глотанию, кормят через зонд. Для этого пользуются мягким катетером № 13—15, который соединяют посредством стеклянной трубочки с воронкой. Зонд вводят в пищевод ребенка через рот без всякого насилия. Кончик зонда перед введением смазывают стерильным вазелиновым маслом. Молоко должно поступать непрерывно, чтобы в желудок не попал воздух (рис. 173).

Тщательно следят за температурой, весом, кожей, органами чувств, действием кишечника, общим состоянием и поведением недоношенного ребенка. Недоношенных детей держат в родильном доме не меньше двух недель, при значительной недоношенности срок пребывания в родильном доме увеличивают. При выписке матери дают подробные наставления об уходе и вскармливании недоношенного ребенка. Детскую консультацию оповещают о выписке недоношенного ребенка заранее.

АСФИКСИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Внутриутробная асфиксия плода. Внутриутробный плод получает необходимое для его развития количество кислорода из организма матери через плаценту. При недостаточном поступлении кислорода через плаценту у плода возникает асфиксия.

Асфиксия плода может возникнуть при заболеваниях матери и осложнениях родов, сопровождающихся нарушением плацентарного кровообращения и газообмена плода.

Нередко асфиксия развивается при токсикозах беременности (нефропатия, эклампсия), при гипертонической болезни, при тяжелых заболеваниях сердца и легких, при острой анемии, при заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры тела.

Асфиксия плода может возникнуть при продолжительных родах с длительным безводным промежутком, при отслойке плаценты, при прижатии пуповины и обвитии ее вокруг шеи или туловища плода. При тазовых предлежаниях асфиксия плода наблюдается чаще, чем при головных, в связи с тем, что чаще возникают нарушения, сопровождающиеся сдавлением пуповины. Нарушение доставки плоду кислорода возникает при судорожных схватках.

Возникновению асфиксии способствует нарушение мозгового кровообращения, связанное с продолжительным давлением на голову со стороны родовых путей, что наблюдается при узком тазе, крупном плоде и т. д.

Возможно возникновение асфиксии рефлекторным путем, например при низведении ножки, операции поворота плода и т. д.

Асфиксия плода сопровождается нарушением кровообращения, вследствие чего могут возникнуть множественные кровоизлияния. Асфиксия является главной причиной возникновения внутричерепных кровоизлияний.

Наиболее отчетливым и постоянным проявлением внутриутробной асфиксии является нарушение сердцебиения плода. Симптомами развивающейся асфиксии являются: а) ускорение сердцебиения до 160 ударов в минуту и выше (в норме частота сердцебиения 120—140 ударов в минуту), б) замедление сердцебиения до 110—100 в минуту, не выравнивающееся в паузах между схватками (потугами), в) нарушение ритма сердцебиений, г) утрата ясности сердечных тонов, они становятся глухими.

О развивающейся асфиксии внутриутробного плода свидетельствует также отхождение мекония при головном предлежании (при родах в тазовом предлежании меконий выдавливается механически, отхождение его не говорит об асфиксии).

Возникновение асфиксии нередко сопровождается усиленными движениями плода.

Однако два последних признака (отхождение мекония и усиленные движения плода) нередко отсутствуют при явной асфиксии плода.

Постоянным, наиболее ярким признаком асфиксии является нарушение сердцебиения плода. Поэтому систематическое выслушивание сердечных тонов плода имеет первостепенное значение для выявления начинающейся асфиксии и принятия мер к ее устранению.

С появлением начальных, даже нерезко выраженных признаков нарушения сердечных тонов плода необходимо начать борьбу с асфиксией. При заболеваниях матери и осложнениях родов, ведущих к нарушению газообмена плода, меры борьбы с асфиксией проводятся профилактически, до возникновения изменений сердцебиения плода. В. Н. Хмелевский для устранения асфиксии плода предложил введение глюкозы с аскорбиновой кислотой и хлористого кальция. При начинающейся асфиксии автор рекомендует внутривенное вливание 40—50 мл 40% раствора глюкозы с 2% раствором аскорбиновой кислоты и 5—10 мл 10% раствора хлористого кальция. Кроме того, назначают внутрь до 100 г глюкозы, 2 г хлористого кальция, 0,5 г аскорбиновой кислоты, 30 мг витамина В₁ и 8 капель разведенной соляной кислоты на полстакана воды.

А. П. Николаев предложил для борьбы с асфиксией плода «триаду»: вдыхание кислорода, внутривенное введение глюкозы и внутримышечное введение кардиазола (коразола). Все эти вещества переходят из организма матери к плоду через плаценту. Глюкоза усиливает процессы окисления, понижает потребность мозга в кислороде и поддерживает жизнедеятельность плода при кислородном голодании. Кардиазол возбуждает сосудодвигательный центр плода и способствует устранению расстройств кровообращения. Кислород, вдыхаемый матерью, переходит через плаценту в кровь плода и способствует устранению асфиксии.

Метод профилактики асфиксии сводится к следующему. 1. Роженице дают дышать кислородом (из кислородной подушки) через каждые 5 минут в течение 10 минут до стойкого улучшения сердечных тонов плода.

2. Одновременно вводят внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы. Глюкозу можно дать внутрь (50 г глюкозы, растворенной в стакане горячей воды).

3. Внутримышечно вводят 1 мл 10% раствора кардиазола или коразола. Через час или позднее все это можно повторить.

Если меры борьбы с асфиксией плода не дают должного эффекта, приходится прибегать к ускорению родоразрешения потому, что асфиксия может привести к смерти плода. Метод разрешения зависит от условий, имеющих в каждом данном случае.

Методы оживления ребенка, родившегося в асфиксии. Асфиксия после рождения характеризуется тем, что у ребенка, родившегося живым (сердцебиение выслушивается) дыхание не появляется совсем или имеются только отдельные нерегулярные поверхностные дыхательные движения.

Различают две формы асфиксии новорожденных: легкую, или синюю, и тяжелую, или белую.

При синей асфиксии кожа и слизистые ребенка цианотичны, рефлексы понижены, сердцебиение замедлено, тонус мышц удовлетворительный. У родившихся в белой асфиксии кожа бледная, слизистые цианотичны, сердечная деятельность резко ослаблена, рефлексы резко понижены или отсутствуют, мышцы расслаблены.

Синюю асфиксию в большинстве случаев удается устранить, при белой асфиксии наблюдается большой процент гибели новорожденных.

Если меры оживления не дают эффекта в течение 30—40 минут, то дети обычно погибают. У детей, оставшихся живыми, нередко наблюдаются последствия асфиксии: внутричерепные кровоизлияния, вызывающие расстройства важнейших функций (внутричерепная травма), пневмония, ателектаз легких и др.

Для оживления детей, родившихся в асфиксии, предложены многочисленные методы. В большинстве родовспомогательных учреждений нашей страны принят следующий порядок применения методов борьбы с асфиксией.

1. Ребенка, родившегося в асфиксии, сразу погружают до головки в ванночку с теплой кипяченой водой (температура 38—39°); ванночка устанав-

ливается на родильной кровати, между ногами матери (рис. 174). Ребенка кладут в ванночку до перерезки пуповины. С перерезкой пуповины торопиться не следует: пока плацента не отделилась и пуповина пульсирует, из организма матери к плоду переходят известное количество кислорода.



Рис. 174. Ребенка, родившегося в асфиксии, кладут в ванночку с теплой водой.

Дальнейшие меры оживления проводятся при обязательном согревании ребенка. Данный метод предложен И. С. Легенченко и получил широкое распространение.

2. Немедленно приступают к освобождению верхних дыхательных путей от слизи и попадающих при асфиксии околоплодных вод. Из носа и рта слизь отсасывается стерильным резиновым баллоном с мягким наконечником. Если дыхание не появляется, удаляют слизь

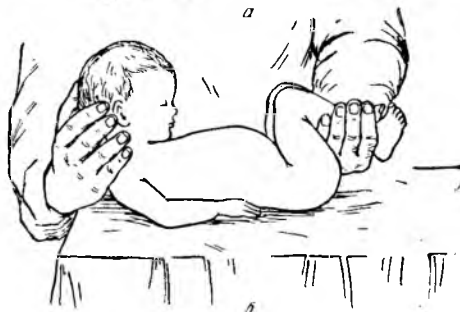
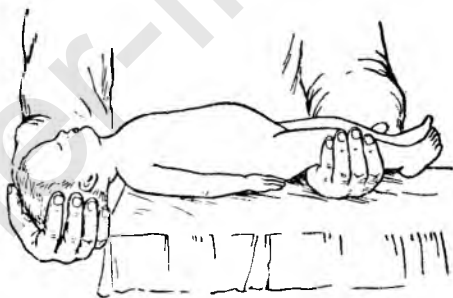


Рис. 175. Введение катетера (наконечника) в трахею для отсасывания слизи.

Рис. 176. Оживление новорожденного по способу Соколова.

a—первый момент; *b*—второй момент.

из трахеи. Для этого на наконечник баллона надевают стерильный эластический катетер, из баллона выжимают воздух, свободный конец катетера под контролем пальца вводят в трахею (рис. 175). При разжимании баллона происходит отсасывание слизи из трахеи и крупных бронхов.

Если слизи много, отсасывание повторяют несколько раз. Нередко после устранения слизи ребенок начинает дышать, кожа его розовеет.

3. Если ребенок начал дышать, но регулярное и глубокое дыхание не устанавливается, можно применить обрызгивание холодной водой области грудной клетки и затылка ребенка; обрызгивание применяется также при переходе белой асфиксии в синюю.

4. Всем детям, родившимся в асфиксии, подкожно вводят 0,2—0,3 мл 10% раствора кофеина, 0,2 мл 0,15% раствора цититона (или 0,2—0,3 мл 1% раствора лобелина).

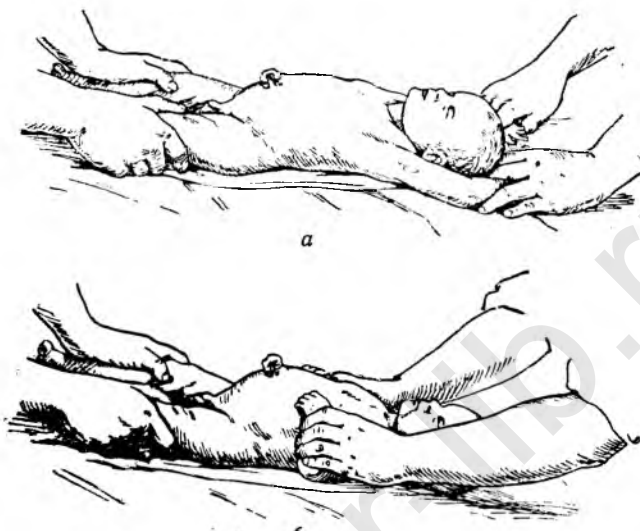


Рис. 177. Оживление новорожденного по способу Сильвестра.

а—первый момент; б—второй момент.

После прекращения пульсации пуповину перерезают, производят туалет и укутывают новорожденного в теплые пеленки.

5. При тяжелой асфиксии указанные выше меры оживления могут оказаться недостаточными. В подобных случаях приходится применять искусственное дыхание.

Метод Соколова. Ребенка кладут на столик, накрытый стерильной пеленкой, головка свисает за край стола. Одной рукой захватывают ножки, другую кладут под затылок. Ножки ребенка, согнутые в коленях, прижимают к животу, головку одновременно пригибают к груди (рис. 176). Такие движения ритмически повторяют 20—30 раз в минуту.

Метод Сильвестра. Ребенка кладут на столик, накрытый стерильной пеленкой. Обе ручки ребенка отводят за головку и задерживают в таком положении на несколько секунд (вдох). Затем ручки приводят к туловищу и слегка прижимают к грудной клетке (выдох). При этом помощник держит ребенка за ножки (рис. 177). Такие движения повторяют 20—30 раз в минуту. Оживление ребенка надо производить очень осторожно. Дети, родившиеся в асфиксии, склонны к внутричерепным кровоизлияниям. Поэтому все неосторожные и грубые манипуляции опасны в отношении возникновения кровоизлияний в мозг.

Новорожденные, выведенные из состояния асфиксии, нуждаются в особом тщательном наблюдении. У таких детей может наступить рецидив асфиксии, могут появиться признаки внутричерепных кровоизлияний.

РОДОВЫЕ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

При патологических родах могут возникнуть различные повреждения плода: вывихи, переломы костей, гематомы, парезы и параличи, повреждение позвоночника и др. Наиболее часто встречающимся повреждением является внутрочерепная родовая травма новорожденных.

Типичным проявлением внутрочерепной травмы являются кровоизлияния, локализующиеся в мозговых оболочках, в веществе мозга и его желудочках. Реже внутрочерепная травма возникает в связи со сдавлением мозга и протекает без кровоизлияний. Внутрочерепная травма может развиваться на почве кровоизлияний, связанных с асфиксией.

Однако наиболее частой причиной внутрочерепной родовой травмы является сочетание асфиксии со сдавлением головки плода стенками родовых путей.

Возникновению внутрочерепных и других родовых травм способствуют сложные и недостаточно правильно выполненные акушерские операции.

Клинические признаки внутрочерепных родовых травм проявляются сразу после рождения или несколько позднее (на 2—3-й день жизни). Симптомы различны в зависимости от величины и локализации внутрочерепных кровоизлияний.

Наиболее ранним симптомом является возбуждение ребенка. Новорожденный беспокоен, вскрикивает, производит автоматические движения; бывают общие судороги или судорожные подергивания отдельных мышц, чаще всего лица. Возбуждение вскоре сменяется сонливостью; новорожденный перестает кричать, вяло сосет или совсем не берет грудь. Дыхание нерегулярное, замедленное, пульс замедлен, бывает аритмия. Кожа бледна или несколько цианотична, конечности холодные. Температура тела понижается; реже наблюдается повышение температуры.

У недоношенных детей симптомы внутрочерепной родовой травмы неотчетливые, возбуждение и судороги наблюдаются редко; травма проявляется тяжелым общим состоянием (неправильное дыхание, цианоз, понижение температуры, общая вялость, нарушение акта сосания и глотания и др.).

Тяжелые внутрочерепные родовые травмы могут закончиться гибелью новорожденного.

При правильном уходе выживает большинство детей, родившихся с признаками внутрочерепной родовой травмы. Уход направлен в первую очередь на прекращение внутрочерепного кровотечения. С этой целью ребенку создается полный покой. Новорожденного укладывают в кроватку так, чтобы верхняя часть тела была приподнята, к головному концу кроватки подвешивают пузырь со льдом (пузырь должен висеть близко от головки, но не давить на нее) (рис. 178). Ребенка хорошо укутывают, к ножкам кладут грелку температуры 60° .

В первые 3—4 дня ребенка к груди матери не прикладывают, кормят в кроватке сцеженным сырым материнским молоком из бутылочки или ложечки. При расстройстве глотания кормят через зонд. Пеленание и туа-



Рис. 178. Положение ребенка при внутрочерепной родовой травме: головной конец приподнят, к спинке кровати подвешен пузырь со льдом.

лет производят бережно. По назначению врача проводят лечение. Внутрь дают кровоостанавливающие и общеукрепляющие средства: 10% раствор хлористого кальция по 1 чайной ложке 3—5 раз в день, витамин К по 5—10 мг в день, аскорбиновую кислоту до 100 мг в сутки. При судорогах назначают хлоралгидрат в клизме (1% раствор 20—25 мл на клизму) или бромиды.

При расстройстве дыхания назначают вдыхание кислорода; если появляется приступ асфиксии, подкожно вводят лобелин (0,2—0,3 мл 1% раствора) или цититон (0,2—0,3 мл 0,15% раствора). При падении сердечной деятельности дают внутрь кофеин (0,5 мл 1% раствора по 1 чайной ложке 3—4 раза в сутки).

Профилактика внутричерепных кровоизлияний основывается на борьбе с асфиксией и бережном ведении родов. Большое значение имеет бережное оживление детей, родившихся в асфиксии.

ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Спротивляемость новорожденных к распространенным микробам (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и др.) значительно ниже, чем у детей старшего возраста и у взрослых.

При неблагоприятных условиях микробы могут проникнуть через пупочную ранку, дыхательные пути, кожу, желудочно-кишечный тракт ребенка и вызвать различные инфекционные заболевания.

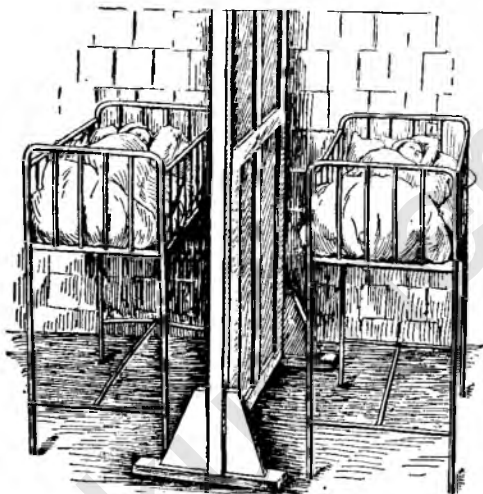


Рис. 179. Заболевшие дети в боксах.

При неблагоприятных условиях микробы могут проникнуть через пупочную ранку, дыхательные пути, кожу, желудочно-кишечный тракт ребенка и вызвать различные инфекционные заболевания. Возникшие местные инфекционные процессы (например, нагноение пупочной ранки, гнойничковые заболевания кожи) у новорожденных нередко являются источником общих септических заболеваний. Септические заболевания у новорожденных протекают при явлениях резкой интоксикации организма и поэтому называются токсико-септическими.

Токсико-септические заболевания новорожденных начинаются обычно с 4—5-го дня жизни. При легкой форме у ребенка наблюдается обычно вялость, понижение активности сосания, вторичное снижение веса. При

более резко выраженных формах ребенок вял или беспокоен, кожа бледная или серовато-желтушная, бывает цианоз; вес снижается, ребенок плохо сосет или не берет грудь, срыгивает, появляется понос. Температура обычно не повышается или повышается незначительно.

При тяжелом течении заболевания возникает пневмония, отит и другие явления.

Токсико-септические заболевания опасны не только для каждого заболевшего, но и для окружающих здоровых новорожденных, так как распространяются по типу эпидемических заболеваний. При отсутствии хорошей изоляции заболевших возможно заражение здоровых детей.

К родовспомогательным учреждениям предъявляются строгие требования в отношении предупреждения токсико-септических заболеваний новорожденных; возникновение их расценивается как чрезвычайное событие.

Установлено, что токсико-септические заболевания возникают вследствие грубого нарушения санитарно-гигиенического режима родильного дома. При правильной организации работы в родильном доме, в частности при соблюдении правил асептики и антисептики при ведении родов и уходе за новорожденным, инфекционно-токсических заболеваний не бывает. Имеет большое значение личная гигиена медицинского персонала, санитарно-гигиенический режим детских палат и своевременная изоляция заболевших матерей и новорожденных детей.

Родильницы, имеющие признаки инфекции (повышение температуры, насморк, кашель, гиперемия зева и др.), изолируются от здоровых матерей; при кормлении ребенка они особенно тщательно закрывают нос и рот маской, моют руки и молочную железу. Заболевших детей изолируют немедленно при появлении первых, даже нерезко выраженных признаков. Заболевшие дети помещаются в бокс (рис. 179), где имеются индивидуальные предметы ухода за ними и специальные халаты для врача и акушерки.

При возникновении токсико-септических заболеваний родильный дом закрывается для тщательной чистки и дезинфекции.

Самостоятельно работающая акушерка должна немедленно сообщить врачу о всех, даже нерезко выраженных заболеваниях новорожденных.

ГЛАВА XIII

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Тазовые предлежания встречаются в среднем у 3,5% рожениц. Роды при тазовых предлежаниях в большинстве случаев протекают нормально. Однако во время родов возникают осложнения, имеющие неблагоприятные последствия для плода, а иногда и для матери. Асфиксия плода, родовые травмы и мертворождаемость при тазовых предлежаниях значительно выше, чем при головных. В связи с этим роды при тазовых предлежаниях оцениваются как пограничные между нормальными и патологическими родами.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

Принято различать: 1) ягодичные предлежания (сгибательные) и 2) ножные предлежания (разгибательные).

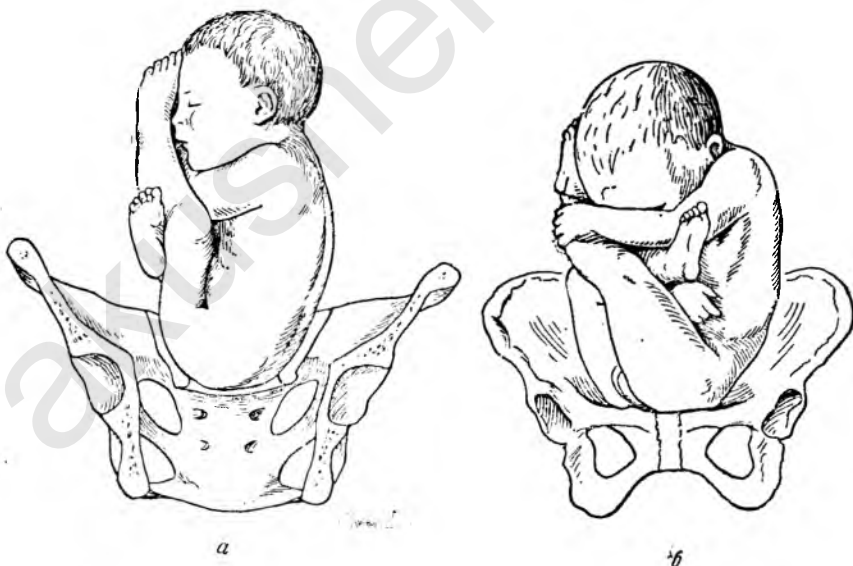


Рис. 180. Чистое ягодичное предлежание.
а—первая позиция, передний вид; б—первая позиция, задний вид.

Ягодичные предлежания делятся на: а) чисто ягодичные (неполные) и б) смешанные ягодичные (полные) предлежания.

а) При чисто ягодичных предлежаниях во вход в таз вступают ягодичцы; ножки вытянуты вдоль туловища (тазобедренные суставы согнуты, коленные—разогнуты) (рис. 180).



Рис. 181. Смешанное ягодичное предлежание, вторая позиция, задний вид.



Рис. 182. Полное ножное предлежание, первая позиция, передний вид.

б) При смешанных ягодичных предлежаниях ягодцы обращены к просвету таза матери вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (рис. 181).

Ножные предлежания бывают: а) полные—предлежат обе ножки (рис. 182) и б) неполные—предлежит одна разогнутая ножка (рис. 183).

В редких случаях наблюдается разновидность ножных предлежаний—коленное предлежание (предлежат согнутые колени), переходящее во время родов в ножное. Ножные предлежания образуются во время родов.

Ягодичные предлежания встречаются вдвое чаще ножных. Из ножных предлежаний неполные встречаются чаще полных.

Причины происхождения тазовых предлежаний выяснены недостаточно. Тазовые предлежания встречаются при преждевременных родах, у многорожавших женщин с недостаточным тонусом матки, при двойнях. Имеют значение условия, препятствующие вступлению головки в нижний отдел матки: предлежание плаценты, миоматозные узлы в нижнем сегменте матки, неправильное строение матки. Иногда вследствие маловодия плод теряет нормальную подвижность и не может совершить поворота головкой книзу.



Рис. 183. Неполное ножное предлежание, вторая позиция, задний вид.

РАСПОЗНАВАНИЕ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

При распознавании основываются главным образом на данных наружного и влагалищного исследования.

При наружном исследовании над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной округлой формы предлежащая часть мягкой консистенции, неспособная к баллотированию. В дне матки определяется округлая, плотная, баллотирующая головка, которая нередко отклоняется от средней линии вправо или влево. Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях наиболее отчетливо прослушивается выше пупка, иногда на уровне пупка, справа или слева (в зависимости от позиции).

При тазовых предлежаниях наблюдается высокое стояние дна матки (у мечевидного отростка).

При наружном исследовании головку от тазового конца отличить не всегда легко. В таких случаях диагноз тазового предлежания уточняется при влагалищном исследовании.

Влагалищное исследование во время родов позволяет получить отчетливые данные о характере предлежащей части, особенно после разрыва плодного пузыря и при достаточном открытии зева.

При ягодичном предлежании прощупывается объемистая мягковатая часть, на которой определяются седалищные бугры, крестец, копчик, заднепроходное отверстие, половые части плода. При чистом ягодичном предлежании, следуя за ножкой, можно прощупать паховый сгиб. При смешанном ягодичном предлежании нередко прощупывается стопа, лежащая рядом с ягодичами. Прощупывание крестца способствует уточнению позиции и вида (куда обращен крестец, там и спинка).

При большой родовой опухоли малоопытная акушерка может спутать ягодичное предлежание с лицевым. Для уточнения диагноза следует прощупать крестец с копчиком, паховый сгиб, стопу. Область половых органов и заднепроходного отверстия следует пальпировать очень бережно, чтобы не нанести травму.

Ножные предлежания при влагалищном исследовании обычно распознаются легко. Чтобы ошибочно не принять ножку за выпавшую ручку (что бывает при поперечном положении), надо помнить следующие отличительные признаки. У ножки имеется пяточная кость, пальцы ровные, короткие, большой палец не отстает и не обладает большой подвижностью. Большой палец ручки легко прижимается к ладони, большой палец ножки прижать к подошве не удастся. Колено от локтя отличается округлой, подвижной надколенной чашечкой.

По расположению подколенной ямки можно определить позицию плода. При первой позиции подколенная ямка обращена влево, при второй—вправо.

При затруднениях в диагностике тазовых предлежаний можно применить рентгенологическое исследование.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Беременность при тазовых предлежаниях протекает так же, как при головных. Беременным рекомендуют обычный для здоровых беременных гигиенический режим и диету.

Учитывая нередкие осложнения родов при тазовых предлежаниях, некоторые акушеры предлагали превращать тазовые предлежания в головные путем поворота наружными приемами (стр. 368). Б. А. Архангельский и М. Б. Трубкович разработали методику профилактического наружного поворота плода с тазового конца на головку, а также показания и противопоказания к нему. Авторы считают, что поворот способствует снижению

мертворождаемости и рекомендуют производить его при 35—36-недельной беременности. Необходимо отметить, что поворот может иметь отрицательные последствия для плода. Поэтому большинство акушеров воздерживается от поворота плода и считает более правильным вести роды в тазовом предлежании.

Роды при тазовых предлежаниях могут протекать и закончиться нормально. Однако нередко возникают осложнения, представляющие опасность для плода и реже для матери.

Период раскрытия может быть нормальным, но осложнения возникают нередко. Наиболее частым и неблагоприятным осложнением является раннее или преждевременное отхождение околоплодных вод. Особенно часто это осложнение наблюдается при ножных предлежаниях. Тазовый конец меньше головки и при вступлении в таз не прилегает плотно к родовому каналу. Пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены. При каждой схватке околоплодные воды устремляются в нижний отдел матки и переполняют плодный пузырь; оболочки не выдерживают большого напряжения и разрываются преждевременно. В момент отхождения вод может произойти выпадение пуповины; это осложнение при тазовых предлежаниях встречается в 5 раз чаще, чем при головных.

Выпадение пуповины при тазовых предлежаниях менее опасно для плода, чем при головных предлежаниях. Однако и при тазовом предлежании может возникнуть сдавление выпавшей петли пуповины, асфиксия и гибель плода.

При тазовых предлежаниях нередко наблюдается слабость родовых сил, особенно при раннем и преждевременном отхождении околоплодных вод; при этом раскрытие зева происходит медленно, ягодичи довольно долго остаются над входом в таз.

Период изгнания при тазовых предлежаниях имеет особенности, связанные с тем, что наиболее крупная часть плода—головка рождается не первой, а последней.

Первым идет менее объемистый тазовый конец, который не может расширить родовые пути до такой степени, которая необходима для беспрепятственного прохождения плечевого пояса и головки. Поэтому при вступлении в таз плечевого пояса могут запрокинуться ручки, задержаться последующая головка. При прохождении через таз верхнего отдела туловища и головки происходит сдавление пуповины; если изгнание верхнего отдела туловища и головки затягивается свыше 5 минут, возникает асфиксия плода. Эти осложнения чаще всего встречаются при ножных предлежаниях потому, что ножки при малом их объеме плохо расширяют родовые пути.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Плод, рождающийся в тазовом предлежании, совершает ряд последовательных движений, совокупность которых называется механизмом родов.

1. Ягодицы вступают в таз таким образом, что поперечный размер их (*linea intertrochanterica*) совпадает с одним из косых размеров таза (рис. 184). В косом размере ягодичи опускаются в таз, причем передняя ягодица стоит ниже задней; она играет роль проводной точки, на передней ягодице располагается родовая опухоль.

2. В полости таза происходит внутренний поворот ягодиц одновременно с их дальнейшим продвижением. На дне таза ягодицы стоят в прямом размере: передняя ягодица подходит к лону, задняя—к крестцу.

3. В дальнейшем происходит резывание и прорезывание ягодиц. Первой прорезывается передняя ягодица; область подвздош-

ной кости плода упирается в лонную дугу, образуя точку фиксации. Вокруг этой точки фиксации происходит сильное боковое сгибание туловища (рис. 185), во время которого рождается и задняя ягодица. При смешанном ягодичном предлежании ножки рождаются вместе с ягоди-

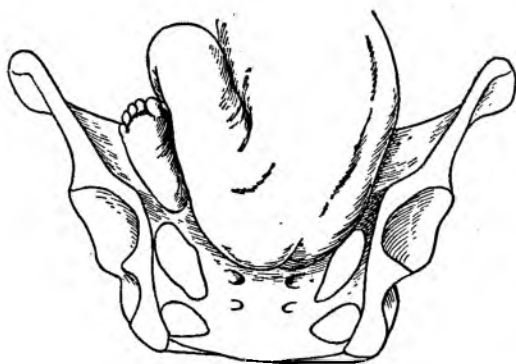


Рис. 184. Вступление ягодиц во вход малого таза (первый момент механизма родов).



Рис. 185. Боковое сгибание туловища. Прорезывание ягодиц (третий момент механизма родов).

цами; при чистом ягодичном предлежании ножки выпадают после рождения туловища. После рождения тазового конца туловище выпрямляется и в несколько потуг родится до пупка, а затем—до нижнего угла лопаток; туловище при этом немного поворачивается спиной кпереди.



Рис. 186. Поворот плечиков закончился, они находятся в прямом размере выхода таза (четвертый момент механизма родов).



Рис. 187. Прорезывание последующей головки (пятый момент механизма родов).

4. Плечики вступают своим поперечным размером в косой размер таза (тот же, через который проходили ягодицы), в выходе таза переходят в прямой размер (рис. 186). Переднее плечико фиксируется под симфизом, а заднее выкатывается над промежностью. Ручки, скрещенные на грудной клетке, выпадают сами или освобождаются при помощи ручного пособия.

5. Головка в согнутом состоянии вступает в косой размер таза (противоположный тому, через который проходили ягодицы и плечики), в полости она совершает поворот затылком кпереди (к лону), личиком кзади. Головка упирается в лонную дугу областью подзатылочной ямки (точка фиксации) (рис. 187) и начинает прорезываться. Над промежностью последовательно появляются подбородок, лицо, лоб, темя и затылок. Таким образом, при тазовых предлежаниях головка прорезывается окружностью, соответствующей малому косому размеру. Вследствие быстрого прорезывания конфигурация головки отсутствует, форма ее округлая.

При ножных предлежаниях механизм родов в основном такой же, как при ягодичных предлежаниях.

Разница заключается в том, что первыми из половой щели показываются не ягодицы, а одна или обе ножки. Впереди идущей является передняя ножка, обращенная к симфизу. Когда ножка родилась до колена, ягодицы вступают в таз. Дальнейший процесс родов происходит по типу ягодичных.

При тазовых предлежаниях нередко возникают отклонения от типического механизма родов, имеющие неблагоприятное значение главным образом для плода.

1. Одним из важных осложнений является запрокидывание ручек. Ручки отходят от грудной клетки, располагаются на личике, рядом с головкой или за затылком (рис. 188). Объем головки вместе с ручками настолько увеличивается, что роды благополучно окончиться не могут; без оказания немедленной помощи плод погибает от асфиксии.

2. При нормальном механизме спинка во время рождения туловища вращается кпереди (передний вид). В некоторых случаях спинка плода поворачивается кзади, возникает задний вид. Задний вид в процессе изгнания может самостоятельно перейти в передний. Если этот переход не произойдет, течение родов замедляется. Если головка идет в согнутом состоянии, то область переносья упирается в симфиз и над промежностью выкатывается затылок. Нередко возникает тяжелое осложнение в связи с разгибанием головки: подбородок задерживается над симфизом, головка должна родиться в состоянии крайнего разгибания (рис. 189). Без акушерской помощи рождение головки задерживается и плод погибает от асфиксии.

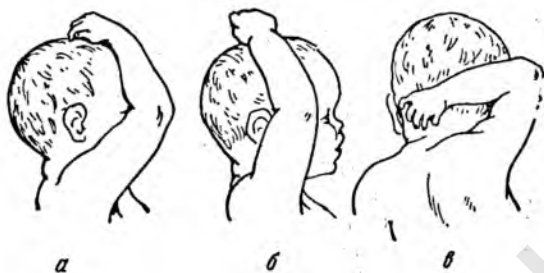


Рис. 188. Запрокидывание ручек.
а—первая степень; б—вторая степень; в—третья степень.



Рис. 189. Задний вид. Головка разогнулась, подбородок задерживается симфизом.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

При тазовых предлежаниях рекомендуется направлять женщину заблаговременно или в самом начале родов в родильный дом, обслуживаемый врачом.

Роды проводятся по следующим правилам: а) тщательно наблюдают за состоянием матери и плода и течением родов, б) придерживаются строго выжидательной линии поведения, в) своевременно оказывают помощь при возникновении осложнений.

В периоде раскрытия необходимо принять меры предупреждения раннего разрыва плодного пузыря. Роженицу укладывают в постель, вставать не разрешают; при мочеиспускании и дефекации подают подкладное судно. При слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки. Сразу после отхождения вод производят влажильщное исследование, чтобы уточнить диагноз и исключить выпадение пуповины.

Второй период родов требует особого внимания. Необходимо усилить наблюдение за плодом: сердцебиение плода следует выслушивать и сосчитывать после каждой потуги. В обязательном порядке проводят профилактику внутриутробной асфиксии плода (стр. 200). При тазовых предлежаниях меконий выдавливается механически и его отхождение не указывает на асфиксию; главным симптомом внутриутробной асфиксии является нарушение сердцебиения плода.

С целью предупреждения спазма шейки рекомендуется ввести 1 мл раствора сернокислого атропина (1 : 1000) и 1 мл 1% раствора папаверина.

С момента врезывания ягодиц роженицу укладывают так, чтобы ее таз находился на краю кровати. Для этого нижний конец кровати Рахманова вдвигают под головной. При отсутствии такой кровати роженицу укладывают поперек на обычную кровать (таз находится на краю кровати, разведенные ноги упираются на табуретки).

При родах в тазовых предлежаниях различают четыре этапа: 1) рождение плода до пупка, 2) рождение плода от пупка до нижнего угла лопаток, 3) рождение ручек, 4) рождение головки.

Как только плод родится до пупка, головка вступает в таз и прижимает пуповину. Сдавнение сосудов пуповины ведет к асфиксии плода. Если с момента рождения плода до пупка роды не закончатся в ближайшие минуты, плод родится в асфиксии. Прижатие пуповины дольше 10 минут обычно ведет к гибели плода.

Поэтому пока плод не родится до пупка, роды ведут строго выжидательно. При правильном течении родов рождение верхнего отдела туловища и головки завершается быстро и вмешательства не требуется. Если после рождения до пупка роды не закончатся в течение 3—4 минут (2—3 потуги), приступают к ручному пособию.

Ручное пособие при тазовых предлежаниях. Ручным пособием при тазовых предлежаниях называется совокупность приемов, имеющих целью освобождение ручек и головки.

Во время врезывания и прорезывания акушерка стоит наготове около роженицы и терпеливо выжидает. Потягивание за ножку или лаховый сгиб противопоказано. Преждевременное потягивание ведет к нарушению членорасположения: к запрокидыванию ручек и разгибанию головки. Когда плод родится до пупка, надо проверить, не натянута ли пуповина. Натяжение следует ослабить путем бережного вытягивания пуповины. Если натяжение не ослабевает, пуповину надо пересечь и ускорить роды. Если пуповина проходит между ножками, ее нужно осторожно освободить через заднюю ягодицу.

После прорезывания ягодиц туловище осторожно поддерживают, чтобы оно не свисало книзу. При этом пальцы не должны надавливать на брюшную стенку плода, чтобы не повредить органы брюшной полости, особенно печень. Для поддержания туловища плод берут за ножки в области бедер. Большие пальцы располагают на крестце, остальными захватывают бедра,

не касаясь живота (рис. 190). Так держат плод за ножки в течение всего времени, пока рождается туловище плода. Если рождение плода задерживается, оказывают ручное пособие.

Ручное пособие начинают с освобождения ручек; к этому моменту плод должен родиться до нижнего угла лопаток.

Первой всегда освобождают заднюю ручку потому, что со стороны промежности и крестца ручка доступнее, чем со стороны лонной дуги. Каждую ручку освобождают одноименной рукой (правую ручку—правой рукой, левую—левой).

Техника освобождения ручек следующая. Обе ножки захватывают за голени рукой и отводят их вверх и в сторону противоположного пахового сгиба матери (рис. 191). При этом задняя ручка может выйти из половой щели сама; если ручка не родится, ее освобождают указательным и средним пальцами свободной (одноименной) руки. Вытянутые пальцы вводят внутрь со стороны спинки плода, осторожно скользят ими по лопатке и плечу до локтевого сгиба и верхней трети предплечья. Ручку осторожно сводят книзу,

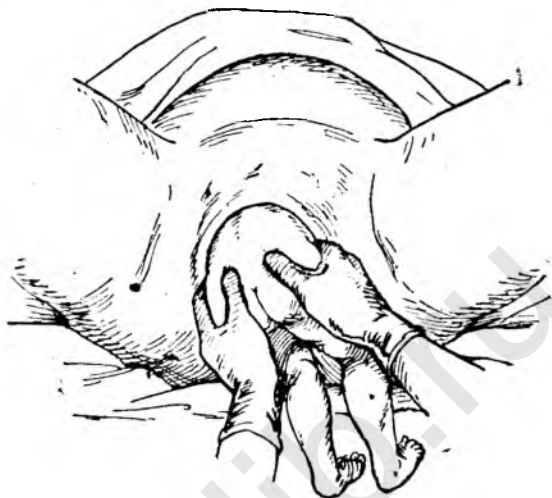


Рис. 190. Рождающееся туловище поддерживают за ножки.



Рис. 191. Ножки отведены в сторону противоположного пахового сгиба матери (освобождение первой ручки).

не отводя ее от туловища; она скользит по личику (если она запрокинута) и грудной клетке книзу, совершая «умывательное» движение.

После освобождения задней ручки туловище плода поворачивают на 180° , чтобы вторую ручку освободить также со стороны промежности.

Для этого: обеими руками захватывают туловище плода в области грудной клетки вместе с выведенной ручкой; большие пальцы располагают вдоль позвоночника, остальные на передней поверхности грудной клетки. Пово-



Рис. 192. Освобождение второй ручки после поворота туловища на 180°.

рот делают так, чтобы спинка прошла под симфизом и повернулась к другому бедру матери; во время поворота плод подтягивать не следует.

После поворота вновь захватывают ножки, отводят их вверх и в сторону другого пахового сгиба; затем освобождают вторую ручку так же, как и первую (рис. 192).



Рис. 193. Освобождение последующей головки.

После выведения ручек приступают к освобождению головки. Головка в это время находится в полости газа, обычно в состоянии сгибания. При освобождении головки необходимо подражать нормальному механизму рождения последующей головки.

Освобождение головки производят следующим образом (метод Морисо-Левре). Во влагалище вводят ту руку, которая освобождала вторую ручку

плода; плод сидит верхом на предплечье этой руки, ножки свисают по бокам. Конец указательного пальца внутренней руки вводят в ротик плода; этим пальцем способствуют сгибанию головки и ее внутреннему повороту. Извлечение производится наружной рукой. Указательный и средний пальцы наружной руки сгибают и вилообразно располагают по бокам шеи; концы пальцев не должны надавливать на ключицы и надключичные ямки (рис. 193).

Наружной рукой производят влекущие движения плода—тракции. Вначале тракции совершаются по направлению кзади (книзу); когда область подзатылочной ямки подойдет под симфиз, влечение производится кпереди (кверху). При направлении туловища кпереди над промежностью выкатывается рот, лицо, а затем и вся волосистая часть головки. Выведение головки облегчается, если помощник надавливает на нее сверху, со стороны брюшной стенки.

При освобождении головки нередко возникают разрывы промежности в связи с тем, что наиболее объемистую часть (головка) приходится выводить быстро через недостаточно расширенные родовые пути. Поэтому при выведении головки надо тщательно следить за состоянием промежности и при сильном натяжении ее лучше произвести перинеотомию.

Рождение верхнего конца туловища и головки у повторнородящих происходит быстрее, чем у первородящих.

У первородящих, особенно пожилых, затруднения при ручном пособии встречаются чаще.

Послеродовой период. У большинства родильниц послеродовой период протекает нормально. Однако послеродовые заболевания встречаются чаще, чем при головных предлежаниях. Это связано с более частым возникновением повреждений мягких тканей родовых путей, с ранним отхождением вод и другими осложнениями родов.

Предсказание для плода менее благоприятное, чем при головных предлежаниях.

Ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова

Предложенный Н. А. Цовьяновым метод ведения родов при чистом ягодичном предлежании получил широкое распространение. Введение в практику этого метода способствовало снижению мертворождаемости. Метод основан на сохранении нормального членорасположения плода. Тем самым предупреждается возникновение таких неблагоприятных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки. При нормальном членорасположении ножки вытянуты по длине туловища и прижимают скрещенные ручки к грудной клетке; стопа вытянутой ножки достигает уровня лица и поддерживает сгибание подбородка по направлению к грудной клетке.

По методу Цовьянова такое членорасположение поддерживается тем, что ножки прижимают к туловищу, не дают им преждевременно родиться.

Сохранение нормального членорасположения чрезвычайно важно и в том отношении, что происходит достаточное расширение родовых путей для рождения последующей головки. На уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и вытянутыми ножками значительно больше объема головки. Поэтому рождение головки обычно происходит без препятствий.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании заключается в следующем. Когда ягодички прорезались, их захватывают руками следующим образом: большие пальцы располагают на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы обеих рук—на поверхности крестца (рис. 194,а). Такое расположение рук акушерки предупреждает: а) преждевременное выпадение ножек, б) свисание

туловища вниз. Рождающееся туловище направляется вверх, по продолжению оси родового канала. По мере рождения туловища акушерка постепенно передвигает руки по направлению к половой щели роженицы, продолжая осторожно прижимать вытянутые ножки к животу большими пальцами; остальные пальцы рук перемещает кверху по спинке (рис. 194,б). Надо стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше рождения плечевого пояса. При прорезывании плечевого пояса ручки обычно выпадают

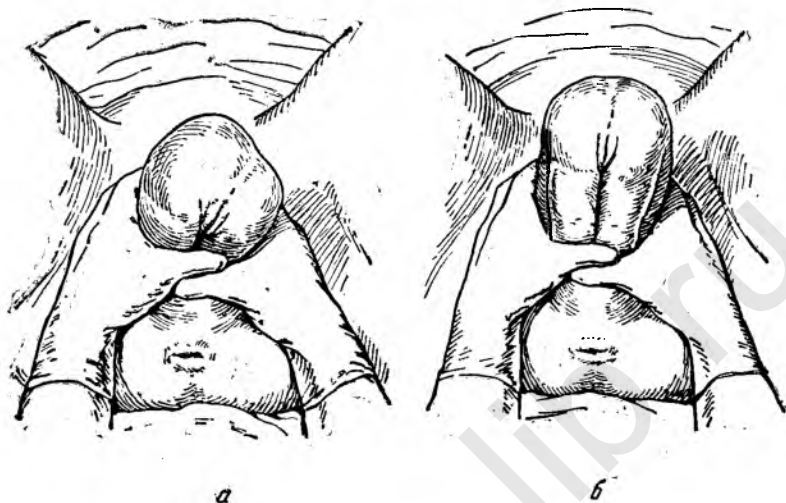


Рис. 194. Ручное пособие по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании.

а—захватывание туловища; б—по мере рождения туловища руки передвигают к половой щели.

сами. Если ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают следующим простым приемом. Не меняя положения рук, устанавливают плечевой пояс в прямом размере выхода таза и отклоняют туловище плода кзади (книзу). При этом передняя ручка выходит из-под лонной дуги. Затем туловище поднимают кпереди (кверху), и над промежностью рождается задняя ручка.

Одновременно с задней ручкой выпадают ножки (пятки) плода. После этого в глубине половой щели появляется подбородок и рот плода. При сильных потугах головка рождается самостоятельно; при этом туловище следует направлять кверху.

Если рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Мори-со-Левре.

Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова

При ножных предлежаниях осложнения родов и мертворождения встречаются чаще, чем при ягодичных.

Возникновение осложнений связано с тем, что рождающиеся ножки не могут расширить родовые пути для беспрепятственного рождения объемистого плечевого пояса и головки. Поэтому при ножных предлежаниях нередко наблюдается запрокидывание ручек, разгибание головки и ущемление головки в судорожно сократившейся шейке матки.

Эти осложнения можно предупредить, если к моменту изгнания плечевого пояса зев матки будет открыт полностью.

С этой целью Н. А. Цовьянов предложил прием, которым ножки удерживаются во влагалище до полного открытия зева.

Уточнив путем влагалищного исследования ножное предлежание, покрывают стерильной пеленкой наружные половые органы роженицы и ладонью, приложенной к вульве, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища (рис. 195).

Задерживание ножек способствует полному раскрытию зева потому, что плод при этом как бы садится на корточки и образуется смешанное ягодичное предлежание.

Плод, продвигаясь по родовому каналу, оказывает сильное давление на нервное крестцовое сплетение, усиливая схватки и потуги.

На полное раскрытие зева указывает сильное выпячивание промежности напиряющими ягодицами, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги и стояние контракционного кольца на 4—5 поперечных пальцев выше симфиза. Под напором опускающихся ягодиц половая щель раскрывается и ножки плода, несмотря на противодействие, показываются из-под краев ладони акушерки.

При наличии признаков, указывающих на полное раскрытие зева, противодействие продвижению ножек прекращают; в дальнейшем роды ведут по общим правилам, принятым при тазовых предлежаниях.



Рис. 195. Ручное пособие при ножных предлежаниях по Цовьянову.

Пособие при заднем виде тазовых предлежаний

Задний вид при тазовых предлежаниях создает серьезные осложнения, особенно при освобождении ручек и головки.

В процессе родов задний вид нередко переходит в передний. Туловище медленно поворачивается вокруг продольной оси и спинка поворачивается кпереди.

Если самостоятельный поворот не совершится, прибегают к искусственному переводу заднего вида в передний. Для этого выпавшую заднюю ножку захватывают рукой, потягивают книзу и одновременно вращают ее по направлению к симфизу с таким расчетом, чтобы она стала передней (одновременно происходит поворот туловища). При заднем виде чистого ягодичного предлежания прорезывающееся туловище осторожно поворачивают вокруг продольной оси спинкой кпереди, вправо или влево в зависимости от позиции. Если поворот затруднителен, роды ведут в заднем виде (стр. 211).

ГЛАВА XIV

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность двумя или большим количеством плодов называется многоплодной. Дети, родившиеся при многоплодной беременности, называются близнецами.

Беременность двумя плодами (двойня) встречается один раз на 70—80 родов, тремя плодами (тройня)—один раз на 6000—7000 родов. Беременность четырьмя и большим количеством плодов наблюдается очень редко.

Многоплодная беременность чаще встречается у повторнобеременных, пожилых женщин. Некоторое значение имеет наследственность: многоплодная беременность нередко встречается в семьях, где мать или отец или оба супруга произошли из двойни (или тройни).

Многоплодная беременность может возникнуть в результате оплодотворения двух или большего количества одновременно созревших яйцевых клеток. Две или три яйцеклетки могут развиваться из одного фолликула или из разных (двух-трех) фолликулов, созревающих одновременно в одном или обоих яичниках. Двойни, образовавшиеся из двух оплодотворенных яйцеклеток, называются *двухяйцевыми двойнями*.

Многоплодная беременность может возникнуть также из одной оплодотворенной яйцевой клетки в результате атипического деления (дробления) ее. При этом образуются два (или три) зародышевых зачатка, из которых развиваются близнецы. Такие двойни, образовавшиеся из одной яйцеклетки, называются *однойяйцевыми двойнями*.

Двухяйцевые двойни встречаются значительно чаще *однойяйцевых*.

Двухяйцевая двойня. Оплодотворенные яйцеклетки развиваются самостоятельно. После внедрения в слизистую оболочку матки у каждой оплодотворенной яйцеклетки развивается своя водная и ворсистая оболочки; в дальнейшем у каждого близнеца образуется своя плацента с самостоятельной сетью сосудов. Если яйцеклетки внедрились далеко друг от друга, то плаценты бывают совершенно отдельными (рис. 196). При внедрении яйцеклеток на близком расстоянии края обеих плацент соприкасаются или так тесно примыкают друг к другу, что образуют как бы единую плаценту. В действительности это слияние плацент только кажущееся, внешнее; каждая из близко расположенных плацент является самостоятельной, имеет отдельную сосудистую сеть (рис. 197). В этом легко убедиться при рассмотрении оболочек: каждый плодный мешок имеет свою водную и свою ворсистую оболочки. Перегородка между двумя плодными мешками состоит из четырех оболочек: двух водных и двух ворсистых (рис. 199). Эти оболочки легко отделяются друг от друга.

Двухяйцевые двойни могут быть *однополыми* (оба мальчика или обе девочки) и *разнополыми* (мальчик и девочка).

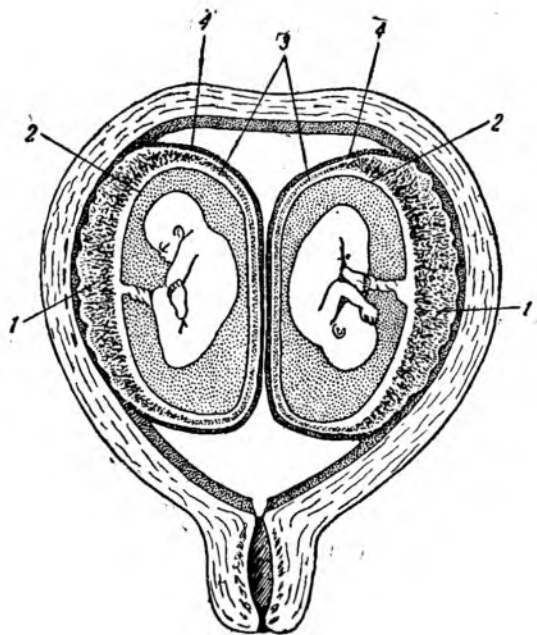


Рис. 196. Два яйца, привившиеся в матке на значительном расстоянии друг от друга. Каждый плод имеет собственную плаценту (1), амнион (2), хорион (3) и decidua capsularis (4).

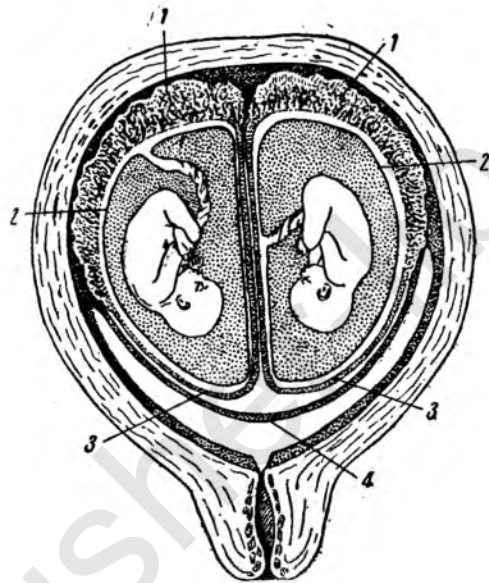


Рис. 197. Два яйца, привившиеся близко друг от друга; плаценты (1) почти соприкасаются, каждый плод имеет собственный амнион (2) и хорион (3); decidua capsularis (4) общая.

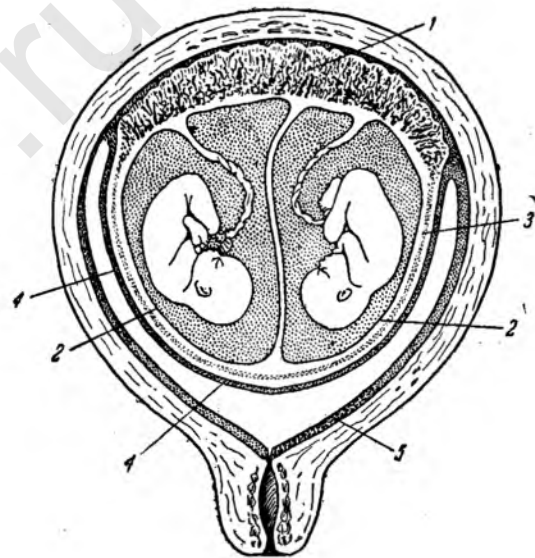


Рис. 198. Однояйцевые двойни. Плацента общая, каждый плод имеет свой амнион. 1—плацента; 2—амнион; 3—хорион; 4—decidua capsularis; 5—decidua parietalis.

Однояйцевая двойня. Однояйцевая двойня имеет общую ворсистую оболочку и общую плаценту (рис. 198), сосуды обоих близнецов в плаценте сообщаются многочисленными анастомозами. Водная оболочка у каждого

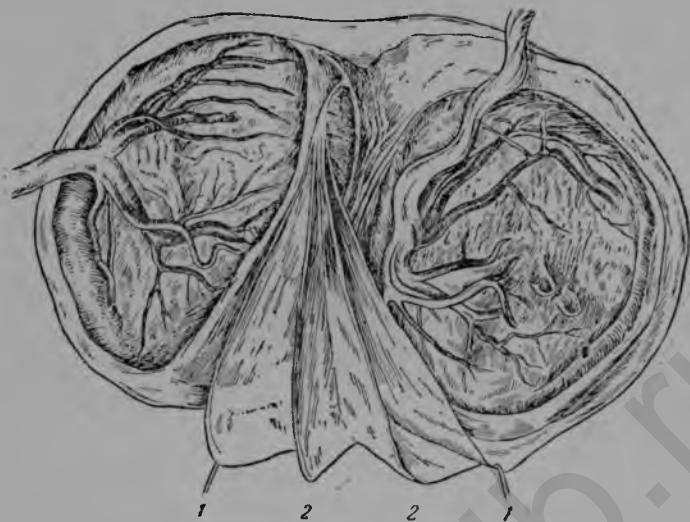


Рис. 199. Послед при двуяйцевых двойнях. Перегородка между амниотическими полостями состоит из четырех оболочек: двух амнионов (1) и двух хорионов (2).



Рис. 200. Послед при однояйцевых двойнях. Перегородка между двумя амниотическими полостями состоит из двух оболочек (два амниона).

близнеца, как правило, отдельная, перегородка между плодовыми мешками состоит из двух водных оболочек (рис. 200). Только в редких случаях оба близнеца имеют общую водную оболочку (моноамниотическая двойня).

Однояйцевые близнецы всегда принадлежат к одному полу (оба мальчика или обе девочки), похожи друг на друга, группа крови у них одинаковая.

При решении вопроса о двуяйцевом или однайцевом происхождении двоен обычно пользуются данными осмотра плаценты (общая, две отдельные или две соприкасающиеся) и оболочек. Решающее значение имеет определение количества листков, составляющих перегородку между двумя плодными мешками (два или четыре).

ТЕЧЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

При многоплодной беременности к организму матери предъявляются повышенные требования; сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. В связи с этим многоплодная беременность протекает тяжелее одноплодной.

Беременные нередко жалуются на утомляемость, одышку, изжогу, запоры, расстройства мочеиспускания.



Рис. 201. Положение близнецов в матке.

а—оба плода предлежат головкой; б—один плод предлежит головкой, другой—тазовым концом; в—оба плода в поперечном положении.

При многоплодной беременности чаще возникают токсикозы: рвота, слюнотечение, отеки, нефропатия, эклампсия.

Часто наблюдается преждевременное прерывание многоплодной беременности. При двойнях преждевременные роды наблюдаются не менее чем у 25% женщин, при тройнях—значительно чаще. Чем больше количество вынашиваемых плодов, тем чаще наблюдаются преждевременные роды.

При многоплодной беременности женщин берут на особый учет, тщательно наблюдают за ними в консультации и при патронажных посещениях. Во второй половине беременности систематически измеряют артериальное давление, исследуют мочу, взвешивают, производят общее и акушерское обследование. При появлении самых ранних признаков осложнений беременность направляют в отделение патологии беременных родильного дома.

Учитывая частое возникновение преждевременных родов, беременных двойней рекомендуется направлять в родильный дом за 2—3 недели до родов даже при отсутствии осложнений.

Развитие близнецов при срочных родах в большинстве случаев происходит правильно. Преждевременно родившиеся дети являются функционально незрелыми; при глубокой недоношенности жизнеспособность детей понижена.

Однородные двойни иногда развиваются неодинаково в связи с неравномерным поступлением питательных веществ из общей плаценты. Недостаточно питаемый плод отстает в развитии и даже может погибнуть. Погибший плод обычно сдавливается вторым, хорошо растущим плодом. Спрессованный плод («бумажный плод») выделяется из матки вместе с последом, после рождения живого близнеца. При однородных двойнях может возникнуть многоводие одного плода, препятствующее правильному развитию другого.

Изредка рождаются сросшиеся двойни (срастание может быть в области головы, груди, живота, таза).

Положение плодов в полости матки в большинстве случаев (около 90%) бывает продольным. При продольном положении наблюдаются разные варианты предлежания: оба предлежат головкой (рис. 201,а), оба—тазовым концом, один—головкой, другой—тазовым концом (рис. 201,б). Реже наблюдается продольное положение одного плода и поперечное положение другого. Наиболее редко встречается поперечное положение обоих близнецов (рис. 201,в).

РАСПОЗНАВАНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика двойни нередко представляет затруднения, особенно в ранние сроки беременности. В конце беременности распознавание многоплодной беременности облегчается.

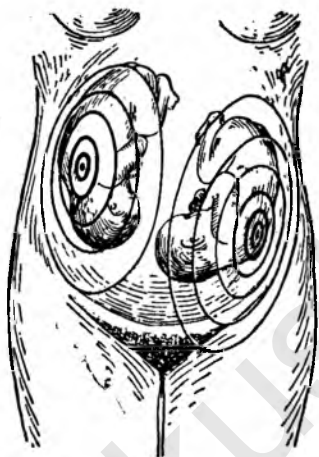


Рис. 202. Два пункта отчетливого сердцебиения плода при двойнях.

Рост матки при многоплодии происходит быстро, величина ее не соответствует сроку беременности. Дно матки стоит высоко, объем живота велик. Окружность живота в конце беременности достигает 100 см и больше.

Наиболее важное диагностическое значение имеют данные, получаемые при пальпации и выслушивании сердечных тонов плодов. Нахождение в матке трех крупных частей (двух головок и одного тазового конца или двух тазовых концов и одной головки), отчетливое прослушивание двух головок или двух тазовых концов убедительно говорят о двойне.

Большое диагностическое значение имеет наличие в разных местах матки двух пунктов отчетливого выслушивания сердечных тонов плода (рис. 202). Этот признак становится достоверным, если: 1) между этими пунктами имеется участок (полоса), где сердечные тоны не прослушиваются, 2) сердцебиение в двух пунктах имеет неодинаковую частоту. Для выяснения последнего обстоятельства необходимо сердцебиение выслушивать и сосчитать одновременно двум лицам.

Прослушивание небольшой головки при значительном объеме беременной матки и высоком стоянии ее дна также свидетельствует о многоплодной беременности.

Ощущение движений плода в разных местах и нахождение мелких частей в разных отделах живота также указывают на многоплодие.

Признаки многоплодной беременности иногда бывают недостаточно отчетливы, что затрудняет диагностику. В таких случаях можно применить рентгенографию, при которой отчетливо выявляется количество плодов и их положение в матке (рентгенография производится в конце беременности).

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Течение родов может быть нормальным. Происходит раскрытие зева, разрыв одного плодного пузыря и рождение первого плода. После рождения первого плода в родовой деятельности наступает пауза продолжительностью от 15 минут до часа (бывает и больше часа). В это время матка приспосабливается к своему уменьшенному объему. Затем родовая деятельность возобновляется, разрывается второй плодный пузырь и рождается второй плод. После рождения второго плода оба последа отделяются от стенки матки и одновременно изгоняются из родовых путей.

Однако такое благополучное течение родов наблюдается не всегда. Во время родов довольно часто возникают осложнения.

Нередко наблюдается слабость родовых сил, связанная с тем, что перерастянутая мускулатура матки неспособна к энергичным сокращениям. В связи с этим схватки бывают слабые, период раскрытия затягивается. Нередко затягивается также период изгнания.

После рождения первого плода может наступить преждевременная отслойка плаценты как родившегося, так и еще не родившегося близнеца (или общей плаценты). При этом возникает сильное кровотечение, угрожающее благополучию роженицы, и асфиксия внутриутробного плода.

Нередко наблюдается запоздалый разрыв плодного пузыря второго плода. Если в таких случаях плодный пузырь не вскрывают искусственно, рождение второго плода затягивается на много часов. После рождения первого плода второй может принять поперечное положение, при котором рождение его невозможно.

Очень редким и чрезвычайно тяжелым осложнением является сцепление близнецов. Типичным является сцепление головок близнецов над входом в таз (рис. 203); возможны и другие варианты сцепления. При сцеплении близнецов приходится прибегать к акушерским операциям.

В послеродовом периоде часто возникает кровотечение из-за неполной отслойки плаценты или в связи с задержкой в матке отслоившейся плаценты.

Пониженная сократительная деятельность матки может быть причиной кровотечения в первые часы после родов. В послеродовом периоде нередко отмечается замедленная инволюция матки.

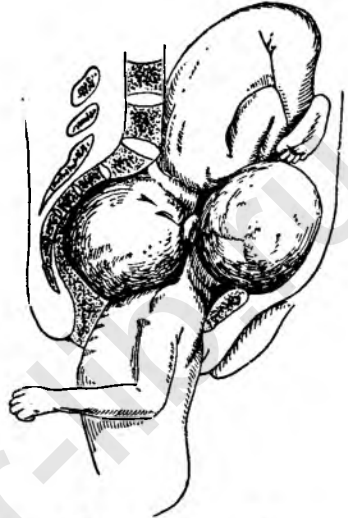


Рис. 203. Сцепление близнецов.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Частые осложнения в родах дают основание считать роды при многоплодной беременности пограничными между физиологическими и патологическими. При многоплодии нередко приходится применять акушерские пособия, операции и лекарственные средства. Поэтому такие роды следует вести в присутствии врача.

Ведение родов требует большого внимания и терпения. Необходимо тщательно наблюдать за состоянием матери и плодов и динамикой родов, вовремя кормить роженицу питательной и легкоусвояемой пищей, следить

за функцией мочевого пузыря и кишечника, систематически производить туалет наружных половых органов.

При слабых схватках приходится прибегать к стимуляции родовой деятельности медикаментозными средствами (глава XXI). Другие вмешательства в периоде раскрытия обычно не требуются. Только при многоводии приходится прибегать к искусственному преждевременному разрыву плодного пузыря (открытие зева на 2—3 пальца). После удаления избытка околоплодных вод чрезмерное растяжение матки исчезает и сократительная деятельность ее улучшается. Быстрое излитие вод может вызвать ряд неблагоприятных последствий: выпадение пуповины, выпадение ручки, преждевременную отслойку плаценты. Поэтому воды выпускают медленно. Для этого пузырь разрывают не в центре, а сбоку, руку из влагалища сразу не вынимают, сдерживают быстрое истечение вод.

Период изгнания также представляют естественному течению. Как активным действиям прибегают только при возникновении осложнений, угрожающих благополучию матери и плода. При слабости потуг применяют средства, усиливающие родовую деятельность; проводят профилактику асфиксии плода.

После рождения первого плода тщательно перевязывают не только плодовый, но и материнский конец пуповины. При однойяцевой двойне второй плод может погибнуть от кровопотери через пуповину первого плода, если она не перевязана.

После рождения первого плода производят наружное исследование и выясняют положение второго плода и характер его сердцебиения. При хорошем состоянии роженицы, продольном положении плода и при отсутствии асфиксии и других осложнений роды продолжают вести выжидательно.

Если в течение 30—40 минут второй плод не родится, вскрывают плодный пузырь второго плода (воды выпускают медленно) и предоставляют роды естественному течению.

При поперечном положении второго плода производят поворот плода за ножку и извлечение его из родовых путей.

Если возникает асфиксия плода или кровотечение из родовых путей, то немедленно производят поворот и извлечение плода, если головка его находится высоко; если головка в полости или выходе таза, роды заканчивают путем наложения акушерских щипцов.

Третий период родов требует особого внимания. Необходимо тщательно следить за состоянием роженицы и количеством теряемой крови.

В начале последового периода роженице вводят внутримышечно 1 мл питуитрина с целью профилактики обильного кровотечения. При возникновении кровотечения немедленно принимают меры к удалению последа из полости матки. При наличии признаков отделения последа его выделяют наружными приемами. Если послед не отделился, а кровотечение значительное, его отделяют и удаляют рукой, введенной в полость матки.

Родившиеся последы (послед) тщательно осматривают, чтобы убедиться в целостности и установить однойяцевое или двухяцевое происхождение двойни.

В первые часы после родов внимательно наблюдают за состоянием роженицы, сокращением матки и количеством крови, выделяющейся из родовых путей.

При вялом сокращении матки вводят питуитрин (повторно) и эрготин, на живот кладут пузырь со льдом; при необходимости применяют массаж матки и другие меры борьбы с кровотечением (см. главу XXV).

Г Л А В А XV

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

К токсикозам беременности относятся заболевания, происхождение которых связано с развитием в организме женщины плодного яйца. Токсикозы возникают во время беременности и, как правило, проходят после окончания ее. После родов (или аборта) обычно полностью исчезают все проявления токсикозов; отдаленные последствия наблюдаются только после тяжелых и длительно протекающих форм этих заболеваний.

Возникновение токсикозов пытались объяснить отравлением организма токсическими (ядовитыми) продуктами. Существовали разные взгляды на происхождение этих токсических веществ. Одни авторы считали, что они образуются в организме самой беременной в результате неправильного обмена веществ, другие источником их происхождения считали плаценту. Предполагали, что токсические вещества образуются в результате извращения функций плаценты или вследствие попадания в кровяное русло беременной элементов хориона, которые подвергаются расщеплению. Наконец, выдвигалось предположение, что токсическое действие оказывают поступившие в кровь беременной продукты обмена веществ внутриутробного плода, если они своевременно не подвергаются нейтрализации и выделению из организма матери.

Однако многочисленные попытки выделить из организма больных токсикозами ядовитые вещества оказались безуспешными. Поэтому теории, объясняющие возникновение токсикозов отравлением организма, не имеют достаточного обоснования. Не подтвердилась также теория, объясняющая возникновение токсикозов повышенной чувствительностью к чужеродным белкам, поступающим в организм беременной из плодного яйца.

Выдвигались предположения о том, что причиной токсикозов беременности являются нарушения деятельности желез внутренней секреции. Однако наблюдаемые при токсикозах изменения гормонального равновесия являются, по-видимому, следствием токсикозов, а не причиной их.

Возникновение токсикозов беременности в значительной степени связано с особенностями функций нервной системы женщины. Беременность предъявляет к организму женщины новые, повышенные требования. В связи с этим при беременности происходит изменение функций почти всех органов и систем и значительные сдвиги в обмене веществ. Эти изменения физиологические, приспособительные, они способствуют благополучному течению беременности и развитию плода. Все указанные изменения возникают и развиваются под контролем нервной системы. При наличии изменений в нервной системе женщины развитие физиологических приспособительных реакций нарушается. Изменения в деятельности ряда органов и систем приобретают патологический характер; обмен веществ нару-

шается, изменяются реакции организма беременной на раздражения, исходящие из внешней и внутренней среды. Все эти расстройства ведут к возникновению токсикозов. Изменению функций нервной системы, а следовательно, и возникновению токсикозов способствуют: перенесенные тяжелые заболевания, неправильное питание, нарушение гигиенического режима, переутомление и другие факторы, ослабляющие устойчивость организма женщины. Поздние токсикозы часто возникают и имеют тяжелое течение у женщин, страдающих гипертонической болезнью и заболеваниями почек.

Существует мнение, что извращенные реакции на беременность, способствующие возникновению токсикозов, связаны с типологическими особенностями высшей нервной деятельности женщины. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

К л а с с и ф и к а ц и я т о к с и к о з о в б е р е м е н н о с т и
Различают следующие группы токсикозов беременности.

1. Ранние токсикозы беременности: рвота беременных, неукротимая (чрезмерная) рвота беременных, слюнотечение.

2. Поздние токсикозы беременности: водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, эклампсия.

3. Редкие формы токсикозов беременности: заболевания кожи, печени (желтуха беременных), нервной, костной и других систем.

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

РВОТА И НЕУКРОТИМАЯ РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

Рвота беременных (emesis gravidarum). В первые месяцы беременности у многих женщин, особенно первобеременных, бывает тошнота и рвота по утрам. Рвота бывает не каждый день и на состоянии женщины не отражается. Такая рвота не является токсикозом.

К токсикозу относят рвоту беременных, которая бывает не только по утрам, но повторяется несколько раз в день, даже после приема пищи. Рвота сопровождается тошнотой, аппетит обычно понижается, появляется склонность к острой и соленой пище. Несмотря на рвоту, часть пищи удерживается и значительного понижения веса беременной не наблюдается. Беременная жалуется на слабость, раздражительность, сонливость, иногда на бессонницу. Общее состояние беременной удовлетворительное, температура нормальная, пульс может быть несколько учащен (до 90 ударов в минуту). Рвота беременных наблюдается в первые два-три месяца, она легко поддается лечению или проходит самопроизвольно. Только у некоторых женщин рвота усиливается и приобретает характер так называемой неукротимой рвоты.

Неукротимая (чрезмерная) рвота беременных (hyperemesis gravidarum). Неукротимая рвота является тяжелым заболеванием. К частой рвоте присоединяются другие симптомы, указывающие на расстройство важнейших функций организма.

Рвота повторяется 20 раз и более в течение суток, она бывает днем и ночью. Не удерживается не только пища, но и вода. Отмечается отвращение к пище. Нередко к рвоте присоединяется слюнотечение. Вес тела женщины падает. При продолжительном заболевании происходит резкое похудание, подкожножировой слой исчезает. Кожа становится сухой и дряблой, язык обложен, изо рта неприятный запах.

Температура бывает субфебрильной, пульс учащается до 100—120 ударов в минуту, артериальное давление понижается, в моче появляется ацетон и белок. Больная слабеет, плохо спит, возбуждена или апатична.

При особо тяжелом течении заболевания наблюдается высокая температура, желтушное окрашивание кожи, резкое учащение и аритмия пульса; может развиться бредовое состояние. При неукротимой рвоте необходимо своевременное лечение. Без лечения в организме могут возникнуть тяжелые изменения, приводящие к гибели женщины.

Лечение рвоты и неукротимой рвоты беременных. Больных помещают в стационар и создают условия полного душевного и физического покоя. Помещение в стационар нередко даже без лечения вызывает улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение рвоты.

Большое значение имеет хороший уход, тишина, длительный сон, терпеливое убеждение женщины в том, что рвота обычно проходит бесследно и беременность развивается правильно.

Больной назначают легкую, хорошо усваиваемую пищу, по ее выбору (сухари, пюре, чай, какао, кофе, компоты, нежирное мясо, рыбу, яйца, сливочное масло). Больная пищу принимает лежа, часто, малыми порциями; иногда лучше усваивается холодная пища.

Если пища не усваивается, назначают глюкозу внутривенно (30—50 мл 40% раствора) или добавляют ее к физиологическому раствору, который вводят путем капельных клизм. Капельные клизмы из физиологического раствора с глюкозой (на 1 л физиологического раствора 100 мл 40% раствора глюкозы) применяют широко, они предохраняют организм от обезвоживания и способствуют доставке питательных веществ. Путем капельных клизм ежедневно вводят 1,5—2 л физиологического раствора с глюкозой. К капельной клизме можно добавить бульон, молоко, яйца, толлокно. Раствор вводят со скоростью 60—80 капель в минуту (200—300 мл в час). Обычно вскоре состояние женщины улучшается и становится возможным питание обычным путем.

Назначают витамины (прежде всего С и В) внутривенно с глюкозой или внутрь.

При тяжелой рвоте приходится назначать медикаментозное лечение. С успехом применяют бромиды в виде микроклизм (50 мл 4% раствора бромистого натрия один раз в день).

Н. В. Кобозева предложила лечение бромом в сочетании с кофеином. Бромистый натрий вводят внутривенно в виде 10% раствора в количестве 10 мл ежедневно; 10% раствор кофеина вводят по 1 мл два раза в день подкожно; лечение продолжают 10—15 дней.

Для удлинения физиологического сна назначают амитал-натрий (барбитал) по 0,1—0,15 г два раза в день; длительность лечения 7—10 дней. При тяжелой рвоте барбитал применяют в виде микроклизм (0,15—0,2 г барбитала на 30—40 мл физиологического раствора). В целях удлинения сна можно назначить люминал.

Хорошее действие оказывает хлористый кальций, который вводят внутривенно (10 мл 10% раствора) или в клизме (1 столовая ложка 10% раствора на $\frac{1}{4}$ стакана воды или молока). Полезны повторные переливания небольших доз крови (по 100—150 мл).

При правильном лечении успех достигается в большинстве случаев.

При тяжелом течении заболевания и безуспешности лечения приходится прибегать к прерыванию беременности.

СЛЮНОТЕЧЕНИЕ

Слюнотечение (ptyalismus) нередко наблюдается при рвоте и неукротимой рвоте беременных, но может проявляться и в виде самостоятельного токсикоза. Количество выделяемой слюны может достигать до 1 л в день.

Умеренное слюнотечение на состоянии беременной не отражается; при выраженной форме токсикоза самочувствие беременной ухудшается, возникает бессонница, вес тела понижается. Слюнотечение не вызывает тяжелых нарушений в организме и не требует прерывания беременности.

При слюнотечении назначают такое же лечение, как при рвоте беременных: покой, бромиды, снотворные, питание частыми и малыми порциями, глюкоза внутривенно или в виде капельных клизм. При сильном слюнотечении применяют небольшие дозы атропина (0,0005 г два раза в день).

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Поздние токсикозы беременности (водянка, нефропатия, преэклампсия, эклампсия) представляют собой разные этапы развития единого патологического процесса. Начальная форма токсикоза—водянка—при соответствующих условиях переходит в более тяжелую форму—нефропатию, нефропатия—в преэклампсию. Эклампсии обычно предшествует преэклампсия или нефропатия.

ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ

Небольшая и быстро исчезающая пастозность в области стоп и голеней в поздние сроки беременности наблюдается нередко. Эта пастозность не является токсикозом.

Водянка беременных *hydrops gravidarum* характеризуется возникновением отечности, имеющей более стойкий характер. Заболевание начинается во второй половине беременности, ближе к родам. Вначале возникает пастозность, а затем—отечность стоп и голеней; при дальнейшем развитии водянки отекают бедра, наружные половые органы. При тяжелом течении заболевания отек распространяется на все туловище и на лицо.

Вследствие задержки жидкости в организме вес беременной быстро возрастает. Во вторую половину беременности при нормальном ее течении прибавка в весе равняется 250—300 г в неделю, при отеке вес в неделю увеличивается на 500—700 г и более. Иногда при пастозности на ногах бывает значительная прибавка в весе за счет скрытых отеков. В подобных случаях водянка выявляется только путем систематического взвешивания беременной.

При водянке беременных жидкость накапливается в тканях, главным образом в подкожной клетчатке; скопления жидкости в серозных полостях (в брюшной, плевральной и др.) обычно не бывает.

Накопление жидкости зависит от нарушения водно-солевого обмена и повышения проницаемости капилляров. В тканях задерживаются соли и жидкость, поступающая из сосудов, проницаемость которых повышена.

При водянке беременных изменений в сердце, печени, почках и других органах не бывает. Артериальное давление нормальное, в моче белок отсутствует. При нарастании отеков наблюдается уменьшение количества мочи. Общее состояние беременной не нарушается; только при сильных отеках бывают жалобы на чувство тяжести и усталость.

Течение водянки беременных затяжное, отеки то уменьшаются, то вновь нарастают. Обычно отеки быстро исчезают при постельном режиме и соответствующей диете, но могут появиться вновь в связи с переходом к обычному образу жизни. Иногда отеки исчезают самостоятельно до родов. У большинства водянка бесследно проходит после родов.

При неправильном режиме беременной водянка может перейти в следующую, более тяжелую стадию токсикоза—нефропатию беременных.

Лучшей профилактикой водянки беременных является соблюдение правил гигиены беременности, правильное питание, нормальный образ жизни. Для своевременного выявления водянки необходимо систематическое наблюдение за беременной; большое значение имеет еженедельное взвешивание.

Лечение при водянке беременных заключается в ограничении употребления жидкости и солей. Назначается несоленая пища, количество жидкости ограничивается до 3—4 стаканов в день. Рекомендуют преимущественно углеводистую пищу, содержащую много витаминов, мясо временно заменяется творогом, простоквашей, кефиром. После исчезновения отеков разрешают употреблять вареное мясо в ограниченном количестве.

При выраженных или небольших, но стойких отеках беременную направляют в стационар.

При значительных отеках необходим постельный режим, бессолевая диета и строгое ограничение питья до исчезновения отеков.

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Для нефропатии беременных (*nephropathia gravidarum*) характерна триада симптомов: 1) отек, 2) наличие белка в моче (альбуминурия), 3) повышение артериального давления (гипертония). Иногда при нефропатии выражены не три, а два из указанных выше симптомов (гипертония и отеки, отек и альбуминурия, гипертония и альбуминурия).

Нефропатия обычно развивается на фоне предшествовавшей водянки беременных. К упорно существующим отекам присоединяется повышение артериального давления и альбуминурия. Максимальное артериальное давление превышает 135 мм ртутного столба, достигает 150—180 мм, а в тяжелых случаях— 200 мм и выше. Количество белка в моче колеблется от 0,1 до 5—6‰ и больше; при тяжелом течении нефропатии в моче обнаруживаются цилиндры, суточное количество мочи понижается.

Нефропатия чаще встречается у первобеременных, она обычно возникает в последние месяцы беременности, ближе к родам. Течение нефропатии затяжное, нередко она продолжается до родов.

Нефропатия опасна для здоровья женщины потому, что она может перейти в эклампсию. Развитие плода при нефропатии нередко отстает, мертворождаемость довольно высокая.

Лучшей профилактикой нефропатии является правильный режим и питание во время беременности, раннее выявление и правильное лечение позднего токсикоза на стадии водянки беременных. Для своевременного выявления нефропатии у каждой беременной систематически исследуют мочу на белок, измеряют артериальное давление и контролируют вес тела путем взвешивания.

Лечение при нефропатии проводится только в стационаре. Каждую беременную даже с нерезко выраженными признаками нефропатии необходимо направить в отделение (палату) патологии беременности родильного дома. Больной назначают постельный режим, строгую диету с ограничением воды и соли. При выраженных формах нефропатии назначают бессолевую, преимущественно углеводистую, диету (кисели, каши, муссы, печенье, сахар, пюре, фрукты и др.). Белки дают в виде творога и отварного мяса или рыбы (в ограниченном количестве). При значительных отеках и гипертонии назначают разгрузочные дни (1—1,5 кг яблок с добавлением сахара), в тяжелых случаях допустимо однодневное голодание. Рекомендуются витамины, особенно С, А, В. Проводят тщательное наблюдение за состоянием больной, ежедневно измеряют артериальное давление, взвешивают, определяют суточный диурез, через 2—3 дня исследуют мочу. Боль-

ную содержат в тепле, палату часто проветривают; рекомендуется применение теплого душа (если позволяет состояние больной, душ назначается ежедневно).

Из лекарственных веществ применяют сернокислую магнезию (20 мл 25% раствора 4 раза в сутки через 6 часов внутримышечно в течение одного дня). При необходимости магниезальную терапию повторяют спустя 2—3 дня. Этот препарат понижает артериальное давление, усиливает выделение мочи (уменьшение отеков), понижает возбудимость нервной системы. Ежедневно внутривенно вводят глюкозу (25—30 мл 40% раствора) желательно с аскорбиновой кислотой. В дни, когда не вводится сернокислая магнезия, внутрь назначают хлористый кальций (1 столовая ложка 10% раствора 3 раза в день). При нарушении сна применяют люминал или барбитал на ночь. Если артериальное давление быстро нарастает или упорно держится на высоком уровне (выше 160 мм), производят кровопускание (300—400 мл крови).

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

При отсутствии правильного режима и лечения нефропатия может перейти в преэклампсию (praecclampsia). Клиническая картина преэклампсии характеризуется наличием отеков, гипертонии и альбуминурии, т. е. триады, типичной для нефропатии. Обычно эти симптомы при переходе нефропатии в преэклампсию нарастают. К гипертонии, отекам и альбуминурии присоединяется головная боль, расстройство зрения (пелена перед глазами, мелькание мушек и т. д.), боль в подложечной области. Иногда бывает рвота, бессонница, подавленное настроение. Головная боль и расстройство зрения указывают на нарушение мозгового кровообращения; нарушение зрения может быть связано с изменениями в сетчатке глаз (отек, кровоизлияние, отслойка). При преэклампсии наблюдается нарушение функции кровеносных сосудов, печени, почек, обмена веществ.

Преэклампсия в любой момент может перейти в эклампсию. Кроме того, возможно возникновение кровоизлияний в жизненно важные органы, преждевременная отслойка плаценты и другие осложнения, опасные для беременной и плода.

Л е ч е н и е. Необходима немедленная госпитализация. В стационаре больную помещают в специальную комнату, устанавливают постоянное дежурство (больную ни на минуту не оставляют одну), устраняют все раздражители (шум, яркий свет, боль, волнующие моменты). Назначают суточное голодание, в дальнейшем—бессолевую диету с резким ограничением жидкостей. Проводится магниезальная терапия, вливание глюкозы, кровопускания.

При правильном лечении обычно удается предотвратить переход в эклампсию и улучшить состояние женщины настолько, что она может доносить беременность.

ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия (eclampsia)—высшая стадия развития позднего токсикоза, она возникает обычно на фоне преэклампсии или нефропатии. Это тяжелое заболевание характеризуется целым рядом сложных симптомов, указывающих на нарушение деятельности всех важнейших систем и органов. Самым ярким симптомом эклампсии являются судороги мускулатуры тела, сопровождающиеся потерей сознания (комой).

Эклампсия чаще возникает во время родов, реже во время беременности. Иногда припадки эклампсии возникают после родов. Это заболевание чаще

встречается у первобеременных женщин. Несколько чаще наблюдается эклампсия при многоплодной беременности, узком тазе, у перенесших заболевания почек и сосудистой системы.

Клиническая картина эклампсии характеризуется припадками судорог, которые наслаиваются на существующие симптомы преэклампсии или нефропатии. Перед началом припадков нередко наблюдается усиление головной боли, ухудшение зрения, бессонница, беспокойство, повышение артериального давления и белка в моче. Каждый судорожный припадок продолжается 1—2 минуты. Вначале появляется мелкое подергивание мышц лица, веки закрываются, видны только белки глаз, углы рта опускаются. Затем происходит тетаническое сокращение мышц всего тела; туловище напрягается, дыхание прекращается, лицо синеет (тоническая судорога). Потом возникают бурные судорожные подергивания (клонические судороги) мышц лица, туловища и конечностей, продолжающиеся 30—40 секунд. Судороги постепенно ослабевают, появляется хриплое дыхание, между губами появляется пена, окрашенная кровью (прикусывание языка). После прекращения судорожного припадка большая некоторая часть времени находится в коматозном состоянии, сознание возвращается постепенно, о случившемся больная ничего не помнит. Иногда у больной, находящейся в коме, начинается новый припадок судорог. Количество припадков бывает различным, от 1—2 до 10 и выше. При современных условиях лечения эклампсии количество припадков обычно бывает небольшим (2—3). После родов припадки, как правило, прекращаются. Припадки, начавшиеся во время беременности, в большинстве случаев удается прекратить при правильном лечении.

Эклампсия характеризуется глубоким нарушением важнейших функций организма. Наблюдаются расстройства кровообращения, ведущие к кислородному голоданию тканей, нарушению обмена веществ, возникновению отека мозга и кровоизлияний в мозг, печень, почки и другие органы. Изменяется возбудимость центральной нервной системы. В связи с этим все раздражители (боль, шум, яркий свет) могут вызвать новый припадок эклампсии. В печени и почках могут возникнуть дистрофические явления, функции этих органов нарушаются. Мочи мало, в ней много белка и цилиндров. В плаценте нередко возникают кровоизлияния и другие изменения, ведущие к кислородному голоданию плода.

Эклампсия опасна для матери и плода. Женщина может погибнуть во время припадков (даже первого) и после припадков. Главными причинами смертельных исходов при эклампсии являются: кровоизлияния в мозг, асфиксия, падение сердечной деятельности, отек легких. Без соответствующей помощи во время припадков могут возникнуть повреждения: прикусывание языка, ушибы и переломы. После прекращения припадков иногда наблюдается аспирационная пневмония, нарушение функции почек, психозы.

При эклампсии нередко отмечается внутриутробная асфиксия плода. Мертворождаемость довольно высокая. Необходимо отметить, что в настоящее время смертность женщин от эклампсии резко снизилась, что связано с правильной системой профилактики и лечения данного заболевания.

Профилактика является главной мерой борьбы с эклампсией. Этой работе в родовспомогательных учреждениях уделяется очень большое внимание. Профилактика эклампсии основывается на следующих принципах: 1) строгое соблюдение правил гигиены и диететики во время беременности, 2) систематическое и тщательное наблюдение за беременными в консультации и во время патронажных посещений, 3) своевременное выявление и правильное лечение предшествующих стадий позднего токсикоза: водянки беременных, нефропатии, преэклампсии. При

правильном лечении указанных форм токсикоза обычно удается предупредить возникновение эклампсии.

Лечение эклампсии. Для лечения эклампсии предлагались различные медикаментозные средства, гормоны, срочное родоразрешение через естественные родовые пути или путем кесарева сечения и другие методы. Однако все указанные методы не имели большого успеха, смертность матерей и детей оставалась высокой.

В истории терапии эклампсии существует поворотный пункт, связанный с именем крупного русского ученого-акушера В. В. Строганова. Метод Строганова коренным образом изменил тактику клинического ведения и лечения эклампсии и сыграл большую роль в отказе от форсированного родоразрешения и крайнего консерватизма.

Основной принцип метода Строганова сводится к признанию пагубности для организма самих припадков эклампсии и к предупреждению их любыми способами. Основным является устранение всех внешних раздражений и применение наркотических средств.

Метод лечения эклампсии по Строганову представляет собой совокупность следующих мер.

1. Устранение зрительных, слуховых и тактильных раздражений; помещение больной в покойную затемненную, хорошо проветриваемую комнату. Производство исследований, инъекций, катетеризации и других процедур под легким ингаляционным наркозом.

2. Купирование припадков морфином и хлоралгидратом по определенной схеме (морфин 0,015 г, через 1 час хлоралгидрат 2 г в клизме, через 3 часа от начала лечения морфин 0,015 г, через 7 часов 2 г хлоралгидрата, через 13 часов и 21 час по 1,5 г хлоралгидрата; в течение суток 0,03г морфина и 7 г хлоралгидрата).

3. Ускоренное, но не форсированное родоразрешение (разрыв оболочек, наложение акушерских щипцов, поворот и извлечение плода).

4. Поддержание правильной деятельности легких, сердца, почек и других органов.

5. Кровопускание в пределах 300—400 мл.

Метод Строганова получил широкое распространение в нашей стране и за ее пределами. В учреждениях, применявших данную систему лечения, смертность от эклампсии быстро снизилась в 5—6 раз.

За последние годы в схему лечения по Строганову внесены усовершенствования, не меняющие основных принципиальных положений данного метода.

Прежде всего потребовалась замена наркотиков, которые наряду с положительными свойствами оказывают отрицательный эффект. Наркотики в больших дозах угнетают центральную нервную систему; в коматозной фазе это обстоятельство может стать источником ухудшения состояния больной. Морфин в соответствующих дозах снижает диурез, что является чрезвычайно неблагоприятным обстоятельством при эклампсии. Хлороформ и хлоралгидрат могут оказать отрицательное влияние на паренхиматозные органы, функции которых при эклампсии угнетены.

Исходя из этих соображений, морфин и хлоралгидрат по предложению Д. П. Бровкина заменены серноокислой магниезией, вместо хлороформного наркоза применяют эфир. Эфир в дозах, употребляемых для легкого оглушения при производстве различных манипуляций, почти безвреден и его минимальная вредность окупается положительным действием. Морфин (1—1,5 мл 1% раствора) применяют только перед транспортировкой женщины в родильный дом, если припадок эклампсии возник дома. В таких случаях больная эклампсией доставляется в родильный дом в сопровождении акушерки.

Современные правила лечения эклампсии в наших учреждениях сводятся к следующему.

1. Сензорные и моторные центры головного мозга при эклампсии находятся в состоянии резкой возбудимости и раздражения чувствительной сферы (свет, шум, боль и др.) могут рефлекторно вызвать припадок судорог. На учете данной особенности основан важнейший принцип лечения эклампсии—обеспечение строгой тишины, устранение зрительных, слуховых, тактильных и болевых раздражений. Туалет больной при поступлении, наружное и влагалищное исследование, катетеризация, инъекции, кровопускание и другие манипуляции производятся под легким эфирным наркозом. Больную помещают в специальную затемненную палату,

где не допускаются шум и лишние движения; комната хорошо проветривается. Подобные палаты для больных эклампсией предусмотрены в типовых планах строительства родильных домов.

2. Около больной безотлучно находится акушерка для ухода и лечения. Она под руководством врача осуществляет комплекс лечебно-гигиенических мероприятий, а также тщательный уход, имеющий большое значение. Акушерка часто проветривает комнату, больную тепло укутывает, поворачивает ее на бок, следит за чистотой кожи, функцией кишечника, мочеиспусканием, измеряет артериальное давление, дает после припадка кислород, протирает рот и т. д.

3. При появлении признаков начинающегося припадка (подергивание мышц лица, век) вводят между коренными зубами роторасширитель, шпатель или рукоятку ложки, обернутую марлей, чтобы предупредить прикусывание языка. Во время припадка принимают меры, предупреждающие ушибы и другие повреждения. Как только появился вдох, дают дышать кислородом до исчезновения цианоза лица. После припадка протирают рот марлевой салфеткой, чтобы слюна не попала в дыхательные пути.

4. Внутримышечно вводят 25% раствор сернокислой магнезии по 25 мл через каждые 6 часов. В сутки вводят до 25 г чистой сернокислой магнезии¹.

Благоприятный эффект сернокислой магнезии связан со способностью устранять повышенную возбудимость центральной нервной системы. Не менее важное значение имеет сосудорасширяющее действие сернокислой магнезии (устранение спазма сосудов). Под влиянием сернокислой магнезии происходит снижение кровяного давления и улучшение кровообращения в системе капилляров. Наконец, терапевтический эффект сернокислой магнезии связан с его диуретическими свойствами. Указанные три особенности действия сернокислой магнезии (способность успокаивать нервную систему, снижать кровяное давление и повышать диурез) определяют его выдающуюся роль в лечении эклампсии.

5. Кровопускание является действенным и часто необходимым компонентом лечения эклампсии. Действие кровопусканий нельзя связывать с уменьшением количества циркулирующих в организме токсинов; наличие последних, как известно, не доказано. Благоприятный эффект кровопусканий, по-видимому, объясняется мобилизацией жидкости из тканей.

Б. А. Архангельский предложил производить массивные кровопускания до 1 л и даже больше. Однако это предложение не было поддержано. В настоящее время в наших учреждениях кровопускания производят в пределах 400—500 мл. Массивные кровопускания отвергнуты по следующим причинам: 1) они могут вызвать сосудистый шок, 2) активность кровотворных органов при эклампсии понижена, 3) трудно предвидеть величину кровопотери во время предстоящих родов.

6. Внутривенное введение глюкозы является важным мероприятием при эклампсии. Глюкоза способствует снижению внутричерепного давления, увеличению диуреза, улучшению питания мышцы сердца. Глюкоза уменьшает ацидоз и улучшает капиллярное кровообращение. Ее вводят по 30—50 мл в 40% растворе с аскорбиновой кислотой (0,2 г) 2—3 раза в день.

7. В некоторых случаях, особенно при отсутствии эффекта от кровопусканий, может принести пользу люмбальная пункция. При проведении совокупности указанных выше мер люмбальная пункция обычно бывает излишней.

8. При эклампсии во время родов необходимо стремиться к ускорению родоразрешения бережными методами. Целесообразно производить ранний

¹ Эта доза (25 г) сернокислой магнезии является высшей суточной дозой, ее превышать нельзя.

разрыв плодного пузыря (при открытии зева на 2—3 пальца); при соответствующих условиях применяются акушерские щипцы, поворот, экстракция за тазовый конец.

К кесареву сечению прибегают редко, по строгим показаниям, когда другие методы лечения не дают эффекта.

Показанием к этой операции служат анурия, ретинит или отслойка сетчатки, преждевременная отслойка плаценты и другие грозные осложнения при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

При эклампсии, начавшейся во время беременности и после родов, проводят такое же лечение. Обычно беременность после прекращения припадков эклампсии сохраняется; сравнительно редко возникает необходимость в досрочном родоразрешении.

Лечение эклампсии по принятому в наших учреждениях методу имеет следствием улучшение исходов для матери и плода. По сравнению с дострогановским периодом лечения эклампсии смертность от данного заболевания уменьшилась в 10 раз.

Необходимо отметить уменьшение количества тяжелых форм эклампсии. Частота припадков в прежние времена чаще достигала 5—6 и больше; в последние годы преобладают случаи эклампсии, сопровождающиеся 1—2 припадками; 3 припадков и более встречаются сравнительно редко.

За последние десятилетия в нашей стране произошло значительное уменьшение количества заболеваний эклампсией.

Женщины, перенесшие эклампсию, нуждаются в особо внимательном наблюдении и тщательном уходе. После родов ежедневно измеряют артериальное давление, через каждые 2—3 дня производят анализ мочи. Внимательно следят за общим состоянием, деятельностью сердца, состоянием дыхательных путей и процессом инволюции половых органов. Необходимо помнить о возможности возникновения септических послеродовых заболеваний, воспаления легких и других осложнений.

У детей, родившихся от матерей, перенесших эклампсию и другие токсикозы, нередко бывает пониженная сопротивляемость к инфекции, охлаждению и другим неблагоприятным воздействиям среды. Поэтому эти новорожденные нуждаются в тщательном уходе и внимательном наблюдении.

После выписки из родильного дома продолжается тщательное наблюдение за родильницей и ребенком дома в порядке патронажной работы.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННОСТИ

ДЕРМАТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Дерматозы—заболевания кожи, возникающие в связи с беременностью и исчезающие после ее окончания. Дерматозы беременных проявляются обычно в виде зуда, реже в форме экземы, крапивницы, эритемы, герпетических высыпаний.

Зуд может появляться в начале и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяться по всему телу. Зуд нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, подавленное настроение или раздражительность.

Л е ч е н и е дерматозов сводится к назначению средств, регулирующих функцию нервной системы и обмен веществ (бромиды, барбитураты, хлористый кальций, витамины), к правильному питанию (ограничить белки и жиры) и рациональному режиму (покой, правильное чередование сна и бодрствования).

ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ

Данный токсикоз характеризуется нарушением функции печени. Желтуха может появляться и в первую, и во вторую половину беременности. Желтуха обычно сопровождается зудом, иногда рвотой. Желтуха может продолжаться недели и месяцы, проходит во время беременности или после родов. При появлении желтухи беременная немедленно помещается в стационар. Желтуха беременных может быть связана с болезнью Боткина или с тяжелым заболеванием—острой желтой атрофией печени. При острой желтой атрофии печени возникает непосредственная угроза для жизни беременной. Поэтому желтуха как симптом ряда тяжелых заболеваний всегда сигнализирует о возможной опасности и требует врачебного вмешательства.

Появление у беременных признаков нарушения со стороны нервной системы, анемии и других расстройств служит показанием для направления их к врачу-акушеру и другим специалистам.

Г Л А В А XVI

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА, ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ПЛАЦЕНТЫ

Причины возникновения ненормальностей в развитии плода, плаценты и оболочек изучены еще недостаточно. На основании существующих научных данных можно считать, что аномалии развития могут возникнуть под влиянием неблагоприятных условий среды, воздействующих на развивающееся плодное яйцо.

При инфекционных заболеваниях и интоксикациях организма матери, при заболеваниях, сопровождающихся кислородным голоданием, повышением температуры, под влиянием лучей Рентгена и радия и пр. может возникнуть нарушение развития эмбриона.

Особенно чувствительны к неблагоприятным воздействиям эмбрионы на ранних стадиях развития (в первые месяцы беременности).

Пороки развития нередко распространяются на целый ряд органов и бывают настолько резкими, что не совместимы с жизнью. Плод погибает в период внутриутробной жизни или вскоре после рождения. Встречаются аномалии развития одного органа или участка тела; аномалии развития некоторых органов (губы, пальцев, половых органов и др.) не препятствуют развитию родившегося ребенка.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ПЕРЕНОШЕННОСТЬ, ВНУТРИУТРОБНАЯ СМЕРТЬ ПЛОДА

Гидроцефалия—головная водянка (рис. 204). Гидроцефалия возникает вследствие чрезмерного накопления жидкости в желудочках мозга. Количество жидкости бывает различным, иногда достигает 2—3 л. Выраженная гидроцефалия встречается редко.

Под влиянием накапливающейся жидкости головка увеличивается, швы расходятся (очень широкие), роднички увеличиваются, кости черепа тонкие и мягкие, мозг подвергается атрофии от давления жидкости. При водянке головки обычно возникает несоответствие между размерами головки и таза матери. Чрезмерно большая головка ущемляется во входе в таз, нижний сегмент матки перерастягивается, возникает угроза разрыва матки.

Диагноз головной водянки устанавливается на основании данных наружного и влагалищного исследования. При наружном исследовании обращает внимание чрезмерная величина головки, которая не может встаться в таз. При влагалищном исследовании во время родов определяют необычайно широкие швы и большие роднички, тонкие, податливые кости.

После уточнения диагноза при достаточном открытии зева производят прокол головки троакаром или длинной иглой и выпускают жидкость. После истечения жидкости объем головки уменьшается, и роды заканчиваются самостоятельно. Если возникают показания для ускорения родов (слабость родовых сил, повышение температуры и др.), плод извлекают путем наложения краниокласта (стр. 382).

Анэнцефалия. У плода отсутствует свод черепа и большая часть головного мозга, лицевая часть черепа достаточно развита; маленькая головка располагается непосредственно на плечевом поясе, глаза выпячены (лягушечья голова) (рис. 205). Анэнцефалы рождаются мертвыми или умирают вскоре после родов. Роды протекают без затруднений.



Рис. 204. Головная водянка (гидроцефалия).



Рис. 205. Анэнцефал.

Мозговая грыжа—выпячивание мозга в области большого родничка, затылка или переносицы. Роды обычно протекают без затруднений. Плод может родиться живым, но обычно умирает в период новорожденности.

Волчья пасть—расщепление верхней губы, верхней челюсти и твердого неба. Полости рта и носа сообщаются, поэтому молоко при сосании вытекает через нос; из носа молоко может попасть в дыхательные пути ребенка. Ребенка при кормлении следует держать в вертикальном положении, что способствует попаданию молока в пищевод.

Заячья губа—расщепление верхней губы. Эта аномалия не препятствует акту сосания и правильному развитию ребенка.

Волчья пасть и заячья губа устраняются путем пластических операций. Операцию производят через несколько месяцев после рождения или даже позднее (в первые годы жизни).

Расщепление позвоночника (spina bifida). Расщепление позвоночника может быть в любом месте, чаще в поясничной области. Через отверстие из спинномозгового канала может выпячиваться спинной мозг, покрытый мозговыми оболочками и истонченной кожей. Данная аномалия развития плода течению родов обычно не мешает.

Пупочная грыжа. Пупочные грыжи могут быть различной величины. При большом грыжевом отверстии (дефект брюшной стенки) в грыжевой мешок может переместиться значительная часть кишечника и даже печень, сальник. Пупочные грыжи, даже большие, обычно не затрудняют течения родов. Небольшие грыжи устраняются оперативным путем, при больших грыжах дети нередко погибают.

Заращение заднепроходного отверстия. Заращение угрожает жизни ребенка. При данной аномалии требуется оказание неотложной хирургической помощи. Этот порок развития выявляется путем тщательного осмотра ребенка в родильной комнате и внимательного наблюдения за действием кишечника новорожденного ребенка в первый день жизни.

Многопалость—большее, чем обычно, количество пальцев на руках и ногах. Добавочные пальчики иногда бывают плохо развиты.

Сросшиеся двойни. Срастание, вернее, неполное расщепление близнецов, может возникнуть при однойяцевых моноамниотических двойнях.



Рис. 206. Сросшиеся близнецы.

Срастание плодов может быть в области головы, грудной клетки, живота (рис. 206), ягодиц. В результате неполного расщепления зародышевого зачатка возникают уродства, характеризующиеся удвоением разных отделов тела (две головы при общем туловище, два туловища при одной голове и др.).

При рождении сросшихся двоен обычно возникают непреодолимые трудности, требующие применения оперативной помощи. При некоторых видах сращения (головами, ягодицами) роды могут произойти самостоятельно.

Гигантский плод. Плод, имеющий вес при рождении свыше 5000 г, считается гигантским. Такие плоды рождаются при переношенной беременности, иногда при срочных родах. Роды при гигантском плоде затяжные, нередко наблюдается внутриутробная асфиксия и родовые травмы. Препятствием для родов может быть не только головка, но также плечевой пояс и туловище плода.

Переношенный плод. Переношенной считается беременность, срок которой затягивается свыше чем на 14 дней. Переношенный плод обычно бывает крупным, кости черепа плотные, способность головки к конфигурации понижена. При переношенной беременности в плаценте возникают регрессивные изменения, ухудшающие условия доставки плоду необходимого количества кислорода. Переношенный плод нередко погибает от асфиксии до начала родовой деятельности или во время родов. Во время родов часто возникают осложнения, неблагоприятные для матери и плода. У новорожденных часто наблюдаются родовые травмы.

Женщин с переношенной беременностью необходимо направлять в родильный дом, где принимаются меры к возбуждению родовой деятельности.

Внутриутробная смерть плода. Смерть плода в период внутриутробной жизни может наступить от разных причин, вызывающих нарушение условий его развития: инфекционные заболевания беременной (тифы, дизентерия, грипп, сифилис, малярия и др.); тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, декомпенсированный порок сердца); тяжелые формы токсикозов беременности (нефропатия, преэклампсия, эклампсия) и заболевания почек. Возможна гибель плода при интоксикации организма матери (ртуть, свинец, окись углерода и др.), при аномалиях развития, не совместимых с жизнью, при наличии истинного узла пуповины, отслойке плаценты.

Причиной внутриутробной смерти плода и тяжелых заболеваний новорожденных может быть несовместимость крови матери и плода в отношении резус-фактора.

Резус-фактор представляет собой антиген, который встречается в крови у 85% людей.

У 15% людей кровь является резусотрицательной.

Если женщина с резусотрицательной кровью оплодотворена мужчиной с резусположительной кровью, то плод в большинстве случаев унаследует от отца резусположительное свойство крови. В таких случаях резус-фактор из крови плода переходит через плаценту в кровь матери. В ответ на это в крови матери образуются резус-агглютинины, которые переходят через плаценту в кровь плода и вызывают гемолиз эритроцитов плода. Гемолиз эритроцитов нередко приводит к гибели внутриутробного плода. У детей, родившихся живыми, наблюдается гемолитическая анемия, тяжелая желтуха, отечность тела. Смертность среди таких детей высокая; с целью лечения применяют повторные переливания одногруппной крови с резусотрицательными эритроцитами.

Распознавание внутриутробной смерти плода производится на основе следующих признаков.

1. Исчезновение сердцебиения и движений плода.

2. Прекращение роста матки. Если рождение погибшего плода задерживается, происходит постепенное всасывание околоплодных вод, уменьшение величины матки и уплотнение ее.

3. Исчезновение набухания молочных желез, ощущение тяжести в животе, недомогание, чувство усталости. У некоторых женщин общее состояние не нарушается.

Погибший плод изгоняется из полости матки вскоре после смерти или задерживается на более или менее длительный срок. Иногда рождение мертвого плода задерживается до истечения нормального срока беременности. Задержавшийся в матке мертвый плод подвергается различным изменениям.

Мацерация мертвого плода возникает наиболее часто. Мацерация—это безгнилостное влажное омертвление тканей плода; ткани пропитываются околоплодной жидкостью и сывороткой крови. Вначале на коже образуются пузырьки, затем она отторгается лоскутами. В дальнейшем плод становится дряблым, кости черепа—подвижными, ткани приобретают желтоватый оттенок.

Мумификация—сухое омертвление плода—отмечается значительно реже мацерации. Мумификация наблюдается при гибели одного из близнецов, редко—на почве обвития пуповины. Околоплодные воды всасываются, тело погибшего плода сморщивается или сдавливается, как бы высыхает, образуется «бумажный плод».

В исключительно редких случаях происходит **петрификация** (окаменение) погибшего плода.

Петрификация зависит от отложения известковых солей в тканях погибшего плода.

Профилактика внутриутробной смерти плода является важнейшей обязанностью врачей и акушеров.

Профилактика дородовой внутриутробной смерти заключается в строгом соблюдении правил гигиены беременности, режима питания, в ограждении женщины от инфекционных и других заболеваний. Большое значение имеет своевременное выявление и стационарное лечение беременных с токсикозами, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и других органов.

Профилактика во время родов сводится к внимательному наблюдению за роженицей и состоянием плода, к своевременному выявлению осложнений и оказанию правильной помощи. Большое значение имеет профилактика внутриутробной асфиксии плода.

АНОМАЛИИ ПУПОВИНЫ

Длина пупочного канатика у зрелого плода составляет около 50 см, но нередко наблюдаются отклонения от этой средней величины в сторону удлинения и укорочения.

При большой длине пуповины роды могут произойти без всяких осложнений. Однако нередко наблюдается обвитие чрезмерно длинной пуповины вокруг шеи, туловища или конечностей плода (рис. 207). В таких случаях в периоде изгнания плода может произойти натяжение



Рис. 207. Обвитие пуповины вокруг шеи и конечностей плода.



Рис. 208. Узлы пуповины.
а—истинный узел; б—ложный узел.

пуповины, ведущее к сужению просветов пуповинных сосудов и к асфиксии плода. Большая длина пуповины способствует ее выпадению во время отхождения околоплодных вод при подвижной головке. Выпавшая во влагалище петля пуповины сдавливается впоследствии подлежащей частью; если не оказать помощи, плод погибает от асфиксии.

Укорочение пуповины бывает абсолютным и относительным. Абсолютно короткой называется пуповина длиной менее 40 см. Относительно короткой считается пуповина обычной длины, укоротившаяся вследствие обвития ее вокруг шеи или туловища плода. Чрезмерно короткая пуповина мешает движениям плода и может служить причиной возникновения неправильных положений. В период изгнания короткая пуповина натягивается, что может замедлить продвижение плода по родовому каналу или вызвать преждевременную отслойку плаценты от стенки матки.

Истинные узлы пуповины (рис. 208, а) наблюдаются не часто; они образуются в ранние сроки беременности, когда небольшой плод проскальзывает через петлю пуповины. Если узел туго не затягивается, плод рождается живым. Узел может затянуться во время беременности или родов, тогда плод погибает от асфиксии.

Ложные узлы пуповины (рис. 208, б) представляют собой ограниченные утолщения на пупочном канатике, образующиеся в связи с варикозным расширением участка пупочной вены или от скопления вартоновой студени. Ложные узлы патологического значения не имеют.

Прикрепление пуповины к плаценте чаще всего бывает центральным или боковым. Реже встречается краевое прикрепление пуповины (рис. 209). Иногда пуповина прикрепляется к оболочкам на некотором расстоянии от края плаценты—о б о л о ч е ч н о е п р и к р е п л е н и е п у п о в и н ы (рис. 210). При этом виде прикрепления пуповинные сосуды идут к плаценте



Рис. 209. Краевое прикрепление пуповины.



Рис. 210. Оболочечное прикрепление пуповины.

между водной и ворсистой оболочками. Если этот участок оболочек располагается в нижнем сегменте матки, он может разорваться во время родов, при этом из нарушенных пуповинных сосудов возникает кровотечение, опасное для внутриутробного плода.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОЛОЧЕК ПЛОДНОГО ЯЙЦА

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС (MOLA HYDATIDOSA)

Пузырным заносом называется заболевание плодного яйца, характеризующееся тем, что ворсинки хориона превращаются в пузырьки, заполненные светлой жидкостью (рис. 211). Пузырьки располагаются на шнуровидных стебельках, величина их от просяного зерна до вишни. Конгломераты пузырьков по внешнему виду напоминают грозди винограда.

При превращении хориона в пузырьный занос происходит разрастание эпителия ворсин (синцития и цитотрофобласта) и отек их стромы. Пузырьки вырастают в децидуальную оболочку, которая истончается; вокруг пузырьков нередко образуются кровоизлияния из разрушенных сосудов децидуальной оболочки.

Иногда пузырьки прорастают децидуальную оболочку, внедряются в мускулатуру матки, разрушают стенки матки и проникают в брюшную полость. Это разрушающая (деструктивная) форма пузырьного заноса встречается редко.

Пузырный занос бывает полным и частичным. П о л н ы й пузырьный занос характеризуется тем, что перерождаются все ворсины хориона. Эта

форма пузырного заноса наблюдается при заболевании хориона в первые месяцы беременности, когда плацента полностью не сформирована.

Ч а с т и ч н ы й пузырный занос возникает в более поздние сроки беременности и характеризуется тем, что пузырчатому превращению подвергается большая или меньшая часть ворсин плаценты.

При полном пузырном заносе плод всегда погибает, распадается и рассасывается. При частичном пузырном заносе плод тоже чаще погибает; развитие плода возможно только при перерождении небольшого участка плаценты, но такие случаи бывают редко.



Рис. 211. Пузырный занос (деструктурирующая форма).

После гибели плода пузырный занос продолжает расти, и размеры матки быстро увеличиваются. В яичниках нередко образуются кисты, происходящие из желтых тел; эти кисты после удаления пузырного заноса обычно подвергаются обратному развитию.

Клиническая картина пузырного заноса характеризуется следующими основными признаками.

1. Несоответствие между сроком беременности и величиной матки. Размеры матки значительно больше, чем при нормальной беременности соответствующего срока (при сроке 3 месяца величина матки соответствует 4—5 месяцам беременности и т. д.). Консистенция матки туго-эластическая.

2. Отсутствуют достоверные признаки беременности: части плода не прощупываются, сердечные тоны и движение плода не определяются.

3. Важнейшим симптомом пузырного заноса является кровотечение из матки. Кровотечение начинается в первые месяцы и продолжается, то ослабевая, то усиливаясь, до рождения заноса. Кровь жидкая, темная, иногда с ней выделяются пузырьки заноса. Кровотечение обычно необильное, оно усиливается, как правило, во время рождения пузырного заноса.

4. Течение пузырного заноса часто осложняется возникновением токсикозов беременности (рвота, отеки, нефропатия). В связи с длительным кровотечением развивается малокровие.

Пузырный занос обычно рождается самостоятельно на V—VI месяце беременности; иногда рождение заноса задерживается до X месяца и даже больше. Рождающийся занос отслаивается от стенок матки и изгоняется наружу под влиянием схваток.

При деструктурирующей форме пузырного заноса возникает опасное для жизни кровотечение. Опасность пузырного заноса состоит еще в том, что после него иногда развивается злокачественная опухоль—хорионэпителиома. Хорионэпителиома быстро растет и дает метастазы в отдаленные органы.

Распознавание пузырного заноса основывается на указанных выше основных клинических признаках. Дополнительным методом диагностики может служить реакция Ашгейм-Цондека. При пузырном заносе в организме женщины образуется большое количество гонадотропного гормона. Поэтому реакция Ашгейм-Цондека бывает положительной даже при введении мышам разведенной мочи женщины.

При установлении пузырного заноса и даже в случае подозрения на это заболевание женщина направляется в стационар, обслуживаемый врачом.

При отсутствии сильного кровотечения проводят консервативное лечение.

С целью ускорения отслойки и изгнания пузырного заноса назначают хинин, питуитрин и другие средства, усиливающие сократительную деятельность матки. При сильном кровотечении и достаточном раскрытии зева пузырный занос удаляют пальцами (одним или двумя), введенными в полость матки. При сильном кровотечении и закрытом зеве приходится расширять цервикальный канал металлическими расширителями и после этого осторожно удалять пузырный занос пальцем.

Выскабливание матки при пузырном заносе опасно потому, что возможно прободение истонченной стенки матки. Только при сильном кровотечении и невозможности ввести палец в полость матки приходится осторожно удалять пузырный занос тупой кюреткой. После рождения пузырного заноса, когда матка сокращается и опасность прободения уменьшается, производится проверочное выскабливание матки и удаление задержавшихся частиц пузырного заноса. После удаления пузырного заноса за женщиной систематически наблюдают 1—1½ года, чтобы не пропустить возникновения хорионэпителиомы.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Хорионэпителиома представляет собой быстро текущую злокачественную опухоль, развивающуюся из клеток хориона. Макроскопически хорионэпителиома имеет вид сине-багровых узлов или диффузного разрастания в стенке матки.

Опухоль располагается на сосудах и поэтому частицы опухоли заносятся гематогенным путем в разные органы. Метастазы хорионэпителиомы наблюдаются в легких, во влагалище, в мозгу, в печени, кишечнике и других органах.

Отличительной особенностью хорионэпителиомы является быстрота возникновения метастазов.

Клиническая картина характеризуется наличием ациклических кровяных (или кровянисто-гнояных) выделений, которые появляются непосредственно после опорожнения матки или позднее. Происходит увеличение матки, форма ее становится узловатой. Позднее развивается малокровие, повышается температура, появляется кашель и кровохарканье (метастаз в легких) и другие нарушения, связанные с возникновением метастаза в том или ином органе. Метастаз во влагалище имеет вид сине-багрового узла.

Для своевременного выявления хорионэпителиомы необходимо систематически ставить реакцию Ашгейм-Цондека. При возникновении хорионэпителиомы реакция Ашгейм-Цондека становится положительной.

МНОГОВОДИЕ

Многоводие (hydramnion) характеризуется избыточным накоплением в амниотической полости околоплодных вод. Нормальное количество околоплодных вод в конце беременности составляет 1 л (от 0,5 до 1,5 л). При многоводии количество вод достигает 3—5, иногда 10—12 л и даже больше.

Причины возникновения многоводия еще недостаточно выяснены; предполагают, что эта аномалия связана с нарушением функции амниотического эпителия.

Многоводие нередко наблюдается при двойнях, аномалиях развития плода и при некоторых заболеваниях матери (диабет, нефрит). При двойнях многоводие одного плода нередко сочетается с маловодием другого.

Многоводие обычно начинает развиваться в середине или во второй половине беременности.

Наблюдается острое и хроническое многоводие. Острое многоводие развивается быстро, хроническое—постепенно. Острое многоводие встречается реже хронического.

Многоводие способствует возникновению ряда осложнений беременности и родов.

Чрезмерное накопление околоплодных вод ведет к резкому увеличению матки, которая стесняет соседние органы и поднимает вверх диафрагму. У беременной возникают одышка, недомогание, отеки нижних конечностей, ощущение тяжести и боли в животе; нередко наблюдаются токсикозы беременности.

Большая подвижность плода при многоводии способствует созданию тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода.

Беременность при многоводии обычно заканчивается преждевременными родами. Роды при этом затяжные, обычно бывает слабость родовых сил. Во время отхождения вод легко выпадают мелкие части плода, особенно пуповина. В последовом и послеродовом периодах нередко возникает кровотечение.

Распознавание многоводия основывается на следующих признаках. Матка чрезмерно велика и напряжена, консистенция ее туго-эластическая. Объем живота на уровне пупка больше 100 см, достигает 110—120 см и даже больше.

В связи с чрезмерным накоплением вод части плода прощупываются с трудом, сердечные тоны плода кажутся глухими или не выслушиваются. При влагалищном исследовании во время родов выявляется, что плодный пузырь сильно напряжен не только во время схваток, но и в паузы между ними.

При многоводии беременная должна быть направлена в родильный дом.

При остром многоводии, сопровождающемся расстройством кровообращения и дыхания, прибегают к искусственному вскрытию плодного пузыря до родов; при хроническом многоводии во время беременности оперативные вмешательства не показаны. Роды должны проводиться под наблюдением врача потому, что при многоводии нередко возникают осложнения (слабость родовых сил, выпадение пуповины, неправильные положения плода, кровотечение и др.).

В первом периоде родов рекомендуется вскрыть плодный пузырь при открытии зева на 2—3 пальца (пузырь лучше вскрыть не в центре, а сбоку) и медленно выпустить воды, не извлекая сразу руки из влагалища (чтобы не было выпадения пуповины). При неправильном положении плода производят операцию поворота на ножку.

МАЛОВОДИЕ

Маловодие (oligohydramnion) встречается реже многоводия, причиной его возникновения считают понижение секреторной функции эпителия водной оболочки (амниона).

При маловодии величина полости матки небольшая, растущий плод тесно прилегает к водной оболочке и стенкам матки. В связи с этим возникают препятствия для правильного роста плода.

При выраженном маловодии нередко возникает искривление позвоночника и конечностей, косолапость, сращение участков кожи плода с вод-

ной оболочкой. Эти сращения иногда вытягиваются, образуя тяжи и нити (симонартовы связки), которые могут обвиваться вокруг конечностей, пуповины и других частей тела плода. Длительное обвитие и нарушение питания может привести к ампутации ручек, ножек, пальцев плода. При стягивании сосудов пуповины происходит внутриутробная гибель плода.

Роды при маловодии затяжные, схватки болезненные. Для ускорения родов приходится вскрывать плодный пузырь, не дожидаясь полного раскрытия зева.

А м н и о н а л ь н а я г и д р о р е я характеризуется тем, что во время беременности околоплодные воды понемногу подтекают вследствие разрыва оболочек выше внутреннего зева. Беременность в таких случаях обычно заканчивается преждевременными родами. У плодов нередко наблюдаются искривления туловища и конечностей.

НЕСВОЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

При нормальном течении родов плодный пузырь разрывается при полном или почти полном раскрытии зева. Плодный пузырь способствует сглаживанию шейки и раскрытию зева; своевременный разрыв плодного пузыря благоприятен для течения родов и состояния внутриутробного плода.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ И РАННИЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Разрыв оболочек до начала родовой деятельности называется преждевременным, с момента начала до полного (или почти полного) раскрытия зева—ранним.

Преждевременный и ранний разрыв оболочек (преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод) часто наблюдается в тех случаях, когда предлежащая часть не занимает входа в малый таз, пояс соприкосновения не образуется, передние и задние воды не разграничиваются. Это отмечается при узком тазе, поперечных и косых положениях плода, тазовых (особенно ножных) предлежаниях, многоводии. Преждевременное и раннее отхождение вод может возникнуть в связи с ригидностью шейки и слабостью самих оболочек (пониженная эластичность).

Преждевременное и раннее отхождение вод является серьезным осложнением. Период раскрытия обычно затягивается, схватки бывают болезненными, нередко возникает слабость родовых сил. Если воды отходят при отсутствии пояса соприкосновения между родовыми путями и предлежащей частью, может произойти выпадение мелких частей плода, особенно пуповины. Полость матки длительное время свободно сообщается с влагалищем, что способствует восхождению инфекции в матку. Поэтому при длительном безводном промежутке легко возникает эндометрит в родах, сопровождающийся повышением температуры, учащением пульса, появлением мутных выделений из влагалища.

При преждевременном и раннем отхождении вод часто наблюдается асфиксия внутриутробного плода.

Преждевременное и раннее отхождение вод является показанием для немедленного направления женщины в родильный дом.

В родильном доме проводятся меры профилактики инфекции и асфиксии плода.

Если после отхождения вод схватки отсутствуют, то через 5—6 часов назначают средства, возбуждающие родовую деятельность. При слабых схватках предпринимают меры к усилению сократительной деятельности матки, при болезненных схватках назначают болеутоляющие средства.

ЗАПОЗДАЛЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Если при полном раскрытии зева плодный пузырь остается целым и период изгнания протекает при неотошедших передних водах, говорят о запоздалом разрыве оболочек. Причиной данного осложнения является чрезмерная плотность оболочек, препятствующая их своевременному разрыву, или, наоборот, чрезмерная их растяжимость. Иногда запоздалый разрыв оболочек зависит от малого количества передних вод, когда плодный пузырь выражен слабо и оболочки располагаются близко к головке или даже прилегают к ней (плоский пузырь).

При запоздалом разрыве плодных оболочек роды затягиваются, сокращения матки болезненные, в периоде изгнания наблюдается медленное продвижение подлежащей части.

Как только установлена целостность оболочек при полном раскрытии зева, необходимо разорвать их искусственно. Напряженный плодный пузырь вскрывается путем надавливания указательным пальцем или двумя пальцами. При чрезмерной плотности оболочек можно пользоваться браншей пулевых щипцов, длинным пинцетом или корнцангом. Если подлежащая часть находится над входом в таз, воды выпускают медленно.

Если плодный пузырь выпячивается из половой щели, его разрывают пальцем; после этого обычно вскоре начинается врезывание головки.

Если младенец родился в оболочках («родился в сорочке»), их надо немедленно снять, в первую очередь с личика, чтобы освободить дыхательные пути новорожденного. В противном случае возникает асфиксия новорожденного.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Плацента обычно имеет круглую или овальную форму. Иногда плацента бывает продолговатой, бобовидной, подковообразной формы или состоит из двух частей (*placenta bipartita*) (рис. 212) или нескольких частей,

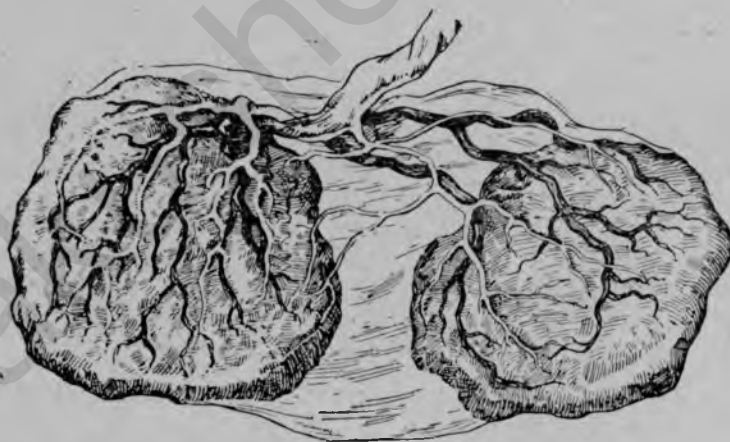


Рис. 212. Плацента, состоящая из двух частей.

соединенных между собой сосудами. В некоторых случаях плацента ненормально тонкая и обширная (*placenta membranacea*). Нередко встречаются плаценты с одной или несколькими, добавочными дольками (*placenta succenturiata*) (рис. 213). Добавочные дольки располагаются на некотором расстоянии от края плаценты и соединены с ней сосудами, которые идут

между оболочками. Добавочные дольки могут задержаться в матке и послужить причиной возникновения кровотечения и послеродовых септических заболеваний. Поэтому при осмотре родившейся плаценты необходимо выяснить, не отходят ли от края плаценты сосуды, которые на некотором расстоянии обрываются. Наличие таких сосудов свидетельствует о задержке в матке добавочной дольки, что требует немедленного ручного обследования полости матки. Редко встречается плацента, окаймленная беловатым валом, от которого отходят оболочки.

На форму плаценты оказывает влияние место прикрепления и состояние слизистой оболочки матки. Прикрепление в трубном углу способствует развитию раздельной плаценты, при воспалительных и дистрофических процессах в слизистой матки образуется тонкая и обширная плацента.

И н ф а р к т ы п л а ц е н т ы возникают на почве нарушения кровообращения, ведущего к некрозу ворсин; в дальнейшем здесь откладывается фибрин. Инфаркты имеют вид беловатых округлых бляшек величиной с 10—20-копеечную монету. Они располагаются на плодовой и на материнской поверхности. Иногда инфаркты достигают значительных размеров и пронизывают всю толщу плаценты. Большие инфаркты часто наблюдаются при нефритах, при токсикозах беременности. Небольшие инфаркты на развитие плода не влияют; крупные инфаркты, занимающие значительную часть плаценты, могут быть причиной нарушения развития плода и даже внутриутробной гибели его.

На материнской поверхности плаценты доношенных детей нередко видны белые точечные участки, имеющие плотную консистенцию. Эти участки представляют собой отложения извести в отмирающих ворсинах (известковые инкрустации). Заметного влияния на развитие плода известковые инкрустации не оказывают.

ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

В норме ворсины плаценты прорастают компактный слой отпадающей оболочки, не достигая спонгиозного (губчатого) слоя слизистой и мускулатуры матки. Отделение плаценты после родов происходит легко в рыхлом спонгиозном слое.

В некоторых случаях наблюдается более интимное прикрепление или приращение плаценты к стенке матки.

Различают ложное и истинное приращение плаценты. При **л о ж н о м п р и р а щ е н и и** (*placenta adhaerens*) ворсины глубже внедряются в слизистую, но не доходят до мышечного слоя матки. При ложном приращении плаценту удастся отделить от стенки матки рукой.



Рис. 213. Плацента с добавочными дольками.

При истинном приращении плаценты (placenta accreta) ворсины прорастают до мышечного слоя и врастают в него. При истинном приращении плаценту отделить невозможно. Истинное приращение плаценты встречается очень редко.

Плацента может быть приращена всей поверхностью (полное приращение) или только частью (частичное приращение). Приращению плаценты способствуют изменения, возникшие в результате перенесенных воспалительных заболеваний (метроэндометрит), рубцы после выскабливания матки и оперативных вмешательств, фибромиомы, неправильности развития матки (недоразвитие, двурогая матка и др.). Приращение плаценты нередко наблюдается у женщин, имевших в прошлом аборт.

Приращение плаценты во время беременности, а также в периоде раскрытия и изгнания ничем не проявляется. В третьем периоде родов возникает кровотечение, которое нередко приобретает угрожающий характер. Пока плацента соединена с маткой всей поверхностью, кровотечения нет. Последнее начинается с момента, когда часть плаценты отслаивается, а часть остается приращенной и препятствует рождению плаценты. При задержке плаценты матка сократиться не может, сосуды плацентарной площадки в области отделившейся части плаценты зияют; кровотечение из них продолжается до тех пор, пока послед находится в полости матки.

Приращение плаценты требует срочного вмешательства. При ложном приращении производят ручное отделение плаценты и удаление последа из полости матки. При истинном приращении плаценты отделить плаценту рукой невозможно, приходится прибегать к ампутации или экстирпации матки.

ГЛАВА XVII

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПРИЧИННО НЕ СВЯЗАННЫХ С ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИЕЙ ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Беременность не предохраняет от инфекционных заболеваний. Возникновение их у беременных возможно так же, как у небеременных.

Большинство инфекционных заболеваний при беременности протекает тяжелее, чем у небеременных женщин. Все инфекции, особенно острые, представляют опасность для внутриутробного плода.

Нередко происходит гибель плода и преждевременное прерывание беременности. Особенно часто преждевременное прерывание беременности наблюдается при острых инфекционных заболеваниях: сыпном, брюшном и возвратном тифе, вирусном гриппе, острой дизентерии и др. Гибель плода и преждевременные роды возникают в связи с интоксикацией организма матери и плода, повышением температуры тела, нарушением функций важнейших органов беременной. Причиной прерывания беременности могут быть кровоизлияния в плаценту и дистрофические изменения в ней, часто возникающие при инфекционных заболеваниях. При указанных изменениях в плаценте многие возбудители инфекционных заболеваний приобретают возможность проникнуть из крови матери к плоду и вызвать его заражение.

Аборт и преждевременные роды в свою очередь ухудшают течение инфекционных заболеваний. Причиной ухудшения может быть кровопотеря, изменение обмена веществ, послеродовые (послеабортные) септические заболевания.

В нашей стране тифы, скарлатина, дифтерия, корь и другие острые инфекции у беременных наблюдаются очень редко.

Грипп. У беременных грипп встречается чаще других инфекционных заболеваний. Грипп нередко вызывает преждевременные роды, особенно в последние месяцы беременности. У больных гриппом часто возникают осложнения во время родов: слабость родовых сил, болезненность схваток, кровотечение в последовом и послеродовом периодах, послеродовые заболевания, связанные с септической инфекцией.

Весьма восприимчивы к вирусному гриппу новорожденные дети. При отсутствии надлежащих мер профилактики и лечения грипп быстро распространяется среди детей, находящихся в родильном доме.

Для предупреждения распространения гриппа необходимо изолировать женщин и детей при появлении первых признаков этого заболевания. Обязательно ношение масок, проветривание палат; желательна облучение палат ртутно-кварцевой лампой.

Туберкулез. Заболевание туберкулезом нередко оказывает отрицательное влияние на течение беременности. В свою очередь беременность нередко ухудшает течение туберкулеза.

Беременность обычно не оказывает влияния на больных, излечившихся от туберкулеза, и на течение хорошо компенсированных форм этого заболевания. Течение активных форм туберкулеза при беременности ухудшается, особенно в поздние сроки. Быстро прогрессирует при беременности туберкулез гортани. На туберкулезный процесс неблагоприятно влияет послеродовой период и кормление грудью.

При тяжелом течении туберкулеза могут возникнуть преждевременные роды. Переход бацилл туберкулеза от матери к плоду наблюдается редко; заражение туберкулезом новорожденного ребенка при контакте с больной матерью происходит легко.

Все беременные, больные туберкулезом, а также перенесшие это заболевание в прошлом, направляются в обязательном порядке к акушеру-гинекологу и специалисту по туберкулезу (в туберкулезный диспансер). Врачи решают вопрос о допустимости сохранения беременности и методах лечения. При активном туберкулезе легких и других органов, особенно при поражении гортани, показано искусственное прерывание беременности. Сохранение беременности допускается при компенсированном туберкулезе.

Беременные, больные туберкулезом, находятся под наблюдением туберкулезного диспансера и женской консультации. При необходимости назначается специальное лечение (стрептомицин, ПАСК, фтивазид и др.). Роды у больных туберкулезом проводятся в специальных отделениях, которые организуются в одном из городских родильных домов. В этих учреждениях за больной и ее ребенком устанавливается тщательное наблюдение. При активной форме туберкулеза легких и выделении бацилл кормление ребенка грудью не разрешается. При затихшем туберкулезном процессе кормление разрешается, но за состоянием кормящей матери устанавливается постоянное наблюдение. При кормлении ребенка нос и рот матери закрывают маской.

В целях профилактики туберкулеза новорожденных производят вакцинацию детей в первые дни жизни ослабленной культурой туберкулезных бацилл («бежезирование»). Вакцинация повышает сопротивляемость организма новорожденных к туберкулезу.

Малярия. Заболевание малярией оказывает отрицательное влияние на беременность, развитие внутриутробного плода, течение родов и послеродового периода. В свою очередь беременность, роды и послеродовой период ухудшают течение малярии и провоцируют скрыто протекающие формы этого заболевания.

Малярия часто ведет к выкидышу и преждевременным родам. При малярии в плаценте нередко возникают кровоизлияния, участки омертвления ворсин и другие изменения, ухудшающие условия развития плода. При резких изменениях плаценты возможен переход плазмодиев малярии из крови матери к плоду и внутриутробное заражение последнего.

При опросе беременных необходимо выявить наличие малярии в прошлом; при повышении температуры тела и других признаках, указывающих на малярию, необходимо произвести специальное исследование крови с целью обнаружения возбудителя. Кровь для исследования берут во время озноба.

Беременных и родильниц, больных малярией, подвергают лечению хинином и акрихином. Противомаларийное лечение обычно не вызывает прерывания беременности. Аборт и преждевременные роды наступают в результате заболевания малярией; лечение хинином и акрихином способствует сохранению беременности.

Сифилис. Нелеченный сифилис является тяжелым осложнением беременности. Сифилитическая инфекция переходит от матери к плоду и оказывает пагубное влияние на организм последнего.

При нелеченом или недостаточно леченом сифилисе беременность часто заканчивается выкидышем или преждевременными родами. Дети рождаются зараженными сифилисом или мертвыми, даже если рождаются в срок. Заражение плода происходит путем передачи сифилитической инфекции через плаценту, которая при сифилисе подвергается значительным изменениям (сужение сосудов, набухание соединительной ткани, увеличение размеров плаценты). У зараженного новорожденного обнаруживаются сифилитические высыпания на коже, пузыри на ладонях и подошвах, увеличение печени, иногда асцит.

Лечение женщины до беременности и во время беременности уменьшает опасность заражения и гибели плода. Правильное и своевременное лечение способствует выздоровлению беременной и рождению здорового ребенка. Поэтому важнейшее значение имеет выявление сифилиса и немедленное направление больной женщины на специальное лечение.

Распознаванию сифилиса способствует опрос и тщательное исследование беременной. При опросе выявляются указания на сифилис у самой беременной (наличие в прошлом установленного сифилиса, выкидышей, мертворождений), ее мужа и родственников. У всех женщин в ранние сроки беременности производят реакцию Вассермана.

Беременных, больных сифилисом, подвергают противосифилитическому лечению (биохинол, пенициллин, неосальварсан и др.). Во время беременности проводят 2—3 курса лечения; после родов лечение матери и ребенка продолжают.

Гонорея. Заболевание гонореей может начаться до или во время беременности.

Гонорейные заболевания половых органов женщины нередко ведут к бесплодию. Особенно часто наступает бесплодие при гонорейном воспалении труб, в результате которого нарушается проходимость их. Гонорейное поражение слизистой оболочки матки может вызвать временное бесплодие; наступившая беременность нередко заканчивается выкидышем. Если гонорейный процесс ограничивается шейкой матки и мочеиспускательным каналом, то после стихания признаков воспаления беременность может наступить и развиваться правильно.

Если заражение происходит во время беременности, то возникает острое гонорейное поражение уретры, шейки матки, бартолиновых желез. Гонорейная инфекция у беременных может распространиться на влагалище и вульву, чему способствует сочность и рыхлость тканей. У беременной появляется резь при мочеиспускании и обильные разъедающие бели. На наружных половых органах и во влагалище иногда возникают бородавчатые разрастания—острые кондиломы (острые кондиломы могут возникнуть и при негонорейных заболеваниях.)

Гонорейная инфекция, возникшая во время беременности, на матку не распространяется. После родов при нелеченой гонорее инфекция обычно переходит в матку; впоследствии процесс может распространиться на трубы, яичники, тазовую брюшину.

Во время родов возможно заражение плода. Гонорейная инфекция может вызвать воспаление конъюнктив глаз (бленнорея), прямой кишки, у девочек поражение вульвы и влагалища.

При излеченной гонорее беременность способствует устранению остаточных явлений воспаления: спаек, рубцов, инфильтратов.

При исследовании беременных всегда необходимо учитывать указания на гонорею (заболевание в прошлом у беременной и у мужа, резь при моче-

испускании, гнойные бели и др.). При наличии признаков гонореи, даже при подозрении на эту инфекцию, производят специальное исследование выделений из уретры, шейки матки, влагалища и других органов.

Беременную, больную гонореей, необходимо начать лечить немедленно после установления диагноза. Лечение назначается в общих чертах такое же, как и небеременным женщинам.

Токсоплазмоз. В последние годы установлено, что причиной аномалий развития и мертворождений может быть токсоплазмоз. Возбудитель токсоплазмоза относится к паразитам. Этот паразит разные исследователи находили у обезьян, домашних и диких животных, грызунов и птиц. Заражение человека может произойти через пищеварительные органы, дыхательные пути, укусы и т. д.

У взрослых токсоплазмоз протекает в острой и хронической форме. Острая форма отличается многообразием симптомов и протекает по типу тифоподобного заболевания, менинго-энцефалита, лимфаденита и т. д. Хроническая форма токсоплазмоза малосимптомна, нередко протекает скрыто и выявляется только путем специальных серологических реакций.

При токсоплазмозе беременной может произойти внутриутробное инфицирование плода. Врожденный токсоплазмоз может вызвать внутриутробную гибель плода. У родившихся живыми наблюдаются аномалии развития (гидроцефалия, микроцефалия и др.), поражения центральной нервной системы (судороги, параличи, парезы), заболевания сетчатки глаз (хориоретинит), печени, почек и других органов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВАЖНЕЙШИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Заболевания сердечно-сосудистой системы. Во время беременности и родов на сердечно-сосудистую систему женщины падает дополнительная нагрузка. С этой нагрузкой организм здоровой беременной справляется хорошо, а при заболеваниях сердечно-сосудистой системы нередко возникают нарушения кровообращения и другие осложнения.

Беременность, роды и послеродовой период ухудшают течение большинства заболеваний сердца и сосудов. Наиболее опасными являются порок двустворчатого клапана сердца (митральная болезнь) с преобладанием сужения и все заболевания сердца ревматической этиологии (поражение эндокарда, мышцы сердца), септический эндокардит, стенокардия.

Течение этих заболеваний во время беременности ухудшается; нередко возникают декомпенсация сердечной деятельности и расстройства кровообращения (одышка, цианоз, отеки и др.), являющиеся показанием для прерывания беременности. Расстройства сердечной деятельности и кровообращения при заболеваниях сердца легко возникают во время родов, особенно в периоде изгнания. Сильное напряжение нервной и мышечной системы во время потуг ведет к нарушению сердечной деятельности. После рождения плода может наступить коллапс (вследствие понижения внутрибрюшного давления).

Нарушение сердечной деятельности может привести к гибели женщины. При декомпенсированных пороках сердца беременность может закончиться преждевременными родами; во время родов нередко наблюдается асфиксия плода. У новорожденных в первые дни жизни иногда наблюдаются симптомы внутричерепной родовой травмы. При компенсированной недостаточности митрального клапана нарушение сердечной деятельности и кровообращения в связи с беременностью наступает редко. Роды также обычно протекают нормально, но может наступить декомпенсация.

У некоторых больных пороками сердца декомпенсация сердечной деятельности наступает в послеродовом периоде.

Для своевременного выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы необходимо тщательное исследование всех беременных при первой же явке в консультацию (анамнез, осмотр, перкуссия, аускультация, исследование пульса, артериального давления). Беременных с указаниями на заболевания сердечно-сосудистой системы направляют к врачам—акушеру-гинекологу и терапевту. При наличии опасных для здоровья заболеваний (стеноз митрального клапана, эндокардиты, поражение мышц сердца, стенокардия и др.) производят прерывание беременности в ранние сроки (до 12 недель). Если женщина явилась в консультацию при беременности свыше 12 недель, то ее кладут в стационар для систематического лечения и решения вопроса о дальнейшем ведении беременности. Если, несмотря на лечение, состояние беременной ухудшается, производят прерывание беременности обычно путем кесарева сечения. Если состояние женщины позволяет, то кесарево сечение производят в поздние сроки беременности при жизнеспособном плоде.

Роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы проводятся под наблюдением врача; широко применяются сердечные средства, глюкоза, кислород. С целью исключения потуг роды заканчивают путем наложения акушерских щипцов.

У женщин с компенсированным митральным пороком с преобладанием недостаточности клапана в ряде случаев могут быть допущены самопроизвольные роды.

Вслед за рождением ребенка на живот кладут тяжесть (мешок с песком) или немедленно производят бинтование живота, что способствует предупреждению коллапса.

В послеродовом периоде больные соблюдают строгий постельный режим. Выписку из родильного дома производят не ранее 3 недель после родов. После выписки из родильного дома за женщиной устанавливают систематическое врачебное наблюдение, потому что ухудшение состояния может наступить через несколько недель и месяцев после родов.

Гипертоническая болезнь. Беременность, как правило, осложняет течение гипертонической болезни. Только при легкой форме этого заболевания (нерезкая и непостоянная гипертония, отсутствие органических изменений) беременность и роды могут протекать нормально. При стойком и значительном повышении кровяного давления беременность отягощает клиническую картину гипертонической болезни.

Только в начале беременности иногда наблюдается временное понижение кровяного давления, которое впоследствии вновь нарастает, нередко до высокого уровня.

В связи с усиливающимся спазмом сосудов ухудшается питание и кислородное снабжение тканей, возникают расстройства функций важнейших органов и дистрофические процессы в них. В результате этих нарушений появляются головные боли, расстройства зрения, белок и цилиндры в моче. В связи со спазмом маточно-плацентарных сосудов ухудшается доставка к плоду необходимого количества питательных веществ и кислорода. Поэтому при тяжелых формах гипертонической болезни нередко наблюдается задержка развития плода, выкидыши и преждевременные роды; бывают мертворождения. В периоде изгнания у женщины могут возникнуть кровоизлияния в разные органы, в том числе и в мозг.

Своевременное распознавание гипертонической болезни у беременных является лучшей профилактикой указанных выше осложнений. При первой же явке в консультации выявляют анамнестические указания на это заболевание и измеряют артериальное давление. Беременные с повышенным артериальным давлением направляются в обязательном порядке к врачу. При стойких выраженных формах гипертонической болезни показано пре-

рывание беременности. Если женщина желает сохранить беременность, ее подвергают систематическому лечению и наблюдению.

Заболевания крови. При беременности нередко наблюдается м а л о к р о в и е. Понижение количества гемоглобина связано с повышенным расходом железа на нужды растущего плода.

Под влиянием правильного режима и лечения количество гемоглобина увеличивается. Беременной рекомендуют свежие овощи, фрукты, печень, витамины, препараты железа.

Злокачественное малокровие при беременности быстро прогрессирует, поэтому показано прерывание беременности.

Беременность отрицательно влияет на течение л е й к е м и и (белокровие), состояние беременной обычно ухудшается, заболевание может закончиться смертью от кровотечения во время родов или после родов.

Заболевания мочевых путей. Очень серьезным осложнением беременности является н е ф р и т. Острый нефрит может возникнуть во время беременности в связи с перенесенной ангиной и другими инфекционными заболеваниями. При нефрите нередко происходит самопроизвольное прерывание беременности. Беременность обычно ухудшает течение как острого, так и хронического нефрита, поэтому данные заболевания служат показанием для прерывания беременности.

Во время беременности нередко наблюдается пиелит (воспаление почечной лоханки), чаще правосторонний. К возникновению пиелита предрасполагает атония мочеточников и связанная с ней задержка оттока мочи. Инфекция проникает по лимфатическим путям из кишечника, реже—восходящим путем из мочевого пузыря. Наиболее частым возбудителем пиелита является кишечная палочка.

Пиелит обычно возникает во второй половине беременности, у повторнобеременных он наблюдается чаще, чем у первобеременных. Начало заболевания обычно бывает острым, реже—постепенным. Повышается температура (нередко с ознобом), появляются боли в поясничной области, ухудшение общего состояния. В моче обнаруживается много лейкоцитов, клеток эпителия лоханок и бактерий. При поколачивании кулаком в области поясницы (почек) определяется болезненность в той стороне, где имеет место воспаление лоханки (положительный симптом Пастернацкого).

Пиелит обычно поддается лечению и не вызывает тяжелых последствий для беременной и плода. Только в редких случаях приходится прибегать к искусственному прерыванию беременности.

При пиелите рекомендуется молочно-растительная диета, тепло на область поясницы, уротропин внутривенно или внутрь, внутримышечные инъекции стрептомицина.

При беременности может возникнуть и ц и с т и т (воспаление мочевого пузыря). Возникновению цистита способствует сдавление пузыря маткой или лежащей головкой, отечность стенок его. Инфекция проникает через уретру, нередко при катетеризации. Появляется учащение позывов и боль при мочеиспускании, повышается температура.

При цистите назначают салол (при кислой моче) или уротропин (при щелочной моче), сульфаниламидные препараты, инъекции пенициллина, молочно-растительную пищу.

Аппендицит. Во время беременности может возникнуть острый аппендицит и обострение хронического. Аппендицит является тяжелым осложнением беременности. Опасность аппендицита при беременности состоит в возможности возникновения перитонита.

Во второй половине беременности слепая кишка и червеобразный отросток поднимаются с растущей маткой кверху. Перемещение червеобразного отростка ухудшает условия для отграничения воспалительного ин-

фильтрата при остром аппендиците и способствует нарушению спаек при хроническом процессе. Аппендицит может быть причиной самопроизвольного прерывания беременности; прогноз для женщины во время беременности хуже, чем при отсутствии ее.

Лечение аппендицита при беременности хирургическое. Операцию необходимо производить сразу после установления диагноза. Поэтому беременность при наличии признаков аппендицита (боли в правой половине живота, мышечная защита, симптом Щеткина-Блюмберга, тошнота и др.) необходимо срочно направить в больницу.

Заболевания нервной системы. Психозы, связанные с беременностью и родами, встречаются редко, преимущественно у женщин с неустойчивой нервной системой. Психозы при беременности обычно имеют депрессивный характер; послеродовые психозы чаще характеризуются состоянием возбуждения. При возникновении психоза женщина помещается в психиатрическое учреждение. При правильном лечении психоз беременных и родильниц проходит.

У беременных иногда наблюдаются невралгические боли в области тройничного, седалищного, межреберных нервов; редко бывают невриты и полиневриты, происхождение которых связано с беременностью.

Беременность может наступить у больной эпилепсией; течение этого заболевания во время беременности обычно ухудшается, реже наблюдается уменьшение количества припадков. Ухудшение течения эпилепсии является показанием для прерывания беременности. Припадок эпилепсии отличается от эклампсического тем, что он происходит при отсутствии повышенного артериального давления, отеков, белка в моче; из анамнеза выясняется, что аналогичные припадки наблюдались до беременности, в то время как эклампсия в небеременном состоянии не наблюдается.

Хорея является редким заболеванием беременных; она иногда возникает впервые в детстве, иногда—во время беременности. Хорея характеризуется судорогами всей мускулатуры тела, которые повторяются днем и ночью; повышается температура тела, учащается пульс, нередко возникают расстройства психики. При хорее часто бывает самопроизвольное преждевременное прерывание беременности.

Лечение хореи сводится к применению снотворных и общеукрепляющих средств; при отсутствии успеха следует прервать беременность.

Заболевания желез внутренней секреции. При заболевании желез внутренней секреции нередко нарушается менструальная и детородная функция. Однако беременность наблюдается при многих заболеваниях желез внутренней секреции и нередко ухудшает их течение (редко наблюдается улучшение).

Заболевания щитовидной железы типа гипертиреоза (базедова болезнь) и гипотиреоза (микседема) при беременности обычно прогрессируют. Только у некоторых больных признаки базедовой болезни при беременности уменьшаются. Заболевания щитовидной железы являются показанием для прерывания беременности за исключением тех случаев гипертиреозидизма, когда течение заболевания при беременности улучшается.

Беременность у больного диабетом встречается редко. Течение диабета при беременности обычно ухудшается, может возникнуть кома. Причиной комы является повышенная потребность организма матери и плода в инсулине, количество которого при диабете понижено. При диабете нередко возникают многоводие и токсикозы. При легких формах диабета, правильном режиме и лечении беременность может развиваться правильно.

Больные диабетом, сохраняющие беременность, должны получать специальную бедную углеводами диету, инсулин, витамины. Больная должна находиться под наблюдением врачей—акушера-гинеколога и терапевта.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ РАЗВИТИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Неправильное развитие (аномалии) половых органов. К аномалиям женских половых органов относятся: а) неправильное анатомическое строение, например, удвоение матки и влагалища, отсутствие проходимости (атрезия) в области девственной плевы, влагалища, матки и др.; б) недоразвитие правильно сформированных половых органов.

Выраженные аномалии развития нередко сопровождаются нарушением менструальной и детородной функции. При некоторых аномалиях половых органов беременность может возникнуть и даже происходят роды.

Недоразвитие половых органов характеризуется следующими особенностями: слабое развитие волосяного покрова на лобке, втянутая промежность, узкое короткое влагалище, узкая коническая шейка, маленькое тело матки (иногда даже короче шейки), острый угол между телом и шейкой. При недоразвитии половых органов менструальная функция устанавливается поздно, нередко бывает неправильной (болезненные, скудные или, наоборот, продолжительные и обильные менструации), часто бывает бесплодие. Наступившая беременность нередко заканчивается выкидышем или преждевременными родами. Если беременность донашивается, часто возникают осложнения, связанные со слабостью сократительной деятельности недостаточно развитой мускулатуры матки. Обычно отмечается слабость родовых сил, возникающая или в самом начале родов, или в периоде изгнания. В послеродовом периоде нередко наблюдается кровотечение, в послеродовом—замедление процесса обратного развития матки.

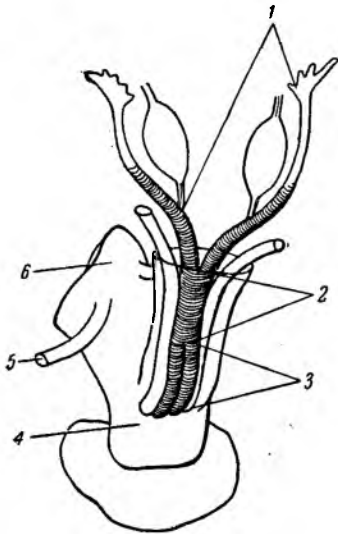


Рис. 214. Зародышевые зачатки матки, труб и влагалища, образующиеся из мюллеровых ходов.

1—трубы; 2—матка; 3—влагалище; 4—мочеполовая пазуха; 5—мочеточник; 6—мочевой пузырь.

Удвоение матки и влагалища. Матка и влагалище образуются в ранние сроки внутриутробной жизни из двух канальцев (мюллеровы ходы), которые сливаются между собой в средней и нижней части. Из средней части слившихся мюллеровых ходов образуется матка, из нижней—влагалище; верхние, неслившиеся отделы этих ходов превращаются в маточные трубы (рис. 214).

Если процесс слияния мюллеровых ходов нарушается, то возникают аномалии, характеризующиеся удвоением матки и влагалища.

Наблюдаются случаи разной степени удвоения: две отдельных матки (полуматки) и два влагалища (рис. 215); удвоение тела матки (двурогая матка) при общей шейке (рис. 216); седловидная матка (разделение только в дне матки) (рис. 217) с перегородкой в полости или без нее; перегородки во влагалище и т. д. Иногда развивается только один рог матки (однорогая матка), а другой остается недоразвитым (рудиментарный рог) (рис. 218).

Удвоение матки не препятствует возникновению беременности. Беременность развивается в одной половине (очень редко в обеих); вторая небеременная половина несколько увеличивается, размягчается, в слизистой происходит децидуальная реакция (рис. 219). Удвоение матки нередко соче-

тается с недоразвитием. В таких случаях часто наблюдается преждевременное прерывание беременности в родах—слабость сократительной деятельности матки, кровотечение в последовом и послеродовом периоде. Если недоразвитие отсутствует или слабо выражено, беременность заканчивается срочными нормальными родами.



Рис. 215. Удвоение матки и влагалища, две матки и два влагалища.



Рис. 216. Двурогая матка.

Седловидная матка способствует созданию поперечных и косых положений плода. Однако беременность и роды при седловидной матке могут протекать нормально (рис. 220).

Довольно редко наблюдается беременность в рудиментарном (зачаточном) роге матки, который сообщается с полостью развитого рога матки узким каналом. Описаны случаи возникновения беременности в рудиментар-



Рис. 217. Седловидная матка.

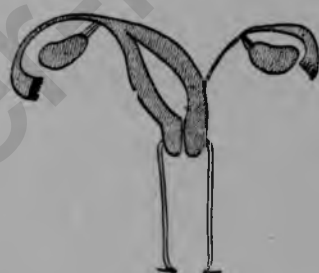


Рис. 218. Однорогая матка; второй рог рудиментарный.

ном роге, не имеющем сообщений с маткой (рис. 221). В таких случаях сперматозоиды попадают из полости нормально развитого рога матки через ее трубу в брюшную полость, а в дальнейшем—в трубу рудиментарного рога, где происходит оплодотворение; оплодотворенная яйцеклетка передвигается в рудиментарный рог и имплантируется в нем. Стенки рудиментарного рога развиты слабо, поэтому ворсины хориона прорастают слизистую и мышечную оболочку матки. Разрушение стенки ведет к разрыву рудиментарного рога, что сопровождается кровотечением в брюшную полость и шоком. Симптомы разрыва беременного рудиментарного рога сходны с клинической картиной внематочной беременности. В таких случаях необходимо срочное чревосечение и удаление рудиментарного рога. В редких случаях беременность в рудиментарном роге прогрессирует, что также представляет опасность для женщины. Самостоятельные роды невозможны. Жизнь женщины можно спасти только путем чревосечения, при котором удаляется плод и рудиментарный рог матки.

Перегородки влагалища обычно растягиваются и течению родов не препятствуют. Если перегородка задерживает продвижение подлежащей части, ее рассекают.

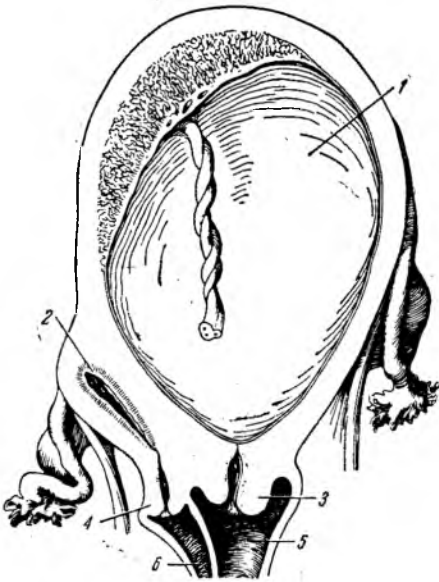


Рис 219 Беременность при удвоении матки и влагалища.

1—беременная матка; 2—небеременная матка; 3—шейка беременной матки; 4—шейка небеременной матки; 5—левое влагалище, 6—правое влагалище.



Рис 220. Беременность в седловидной матке.

Неправильные положения матки могут быть причиной бесплодия. Однако беременность в некоторых случаях возникает как при опущении и выпадении матки, так и при патологических смещениях, наклонениях и перегибах ее.

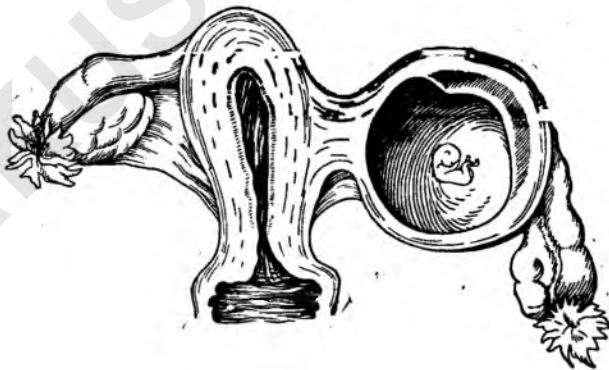


Рис. 221. Беременность в рудиментарном роге матки.

Беременность при опущении и выпадении матки может привести к временному улучшению. Когда матка увеличивается и поднимается выше малого таза, выпадение прекращается. Однако после родов выпадение матки возобновляется, иногда даже увеличивается.

Из неправильных положений матки заслуживают особого внимания перегибы ее кзади—ретрофлексии. При перегибе кзади матка может быть подвижной, но нередко она фиксирована спайками, образовавшимися в результате перенесенного воспалительного процесса. Подвижная ретрофлексия не препятствует нормальному течению беременности. На IV месяце беременности матка поднимается выше малого таза и перегиб ее исчезает.

При фиксированной ретрофлексии беременность нередко способствует размягчению и даже исчезновению спаек; в таких случаях беременность развивается правильно.

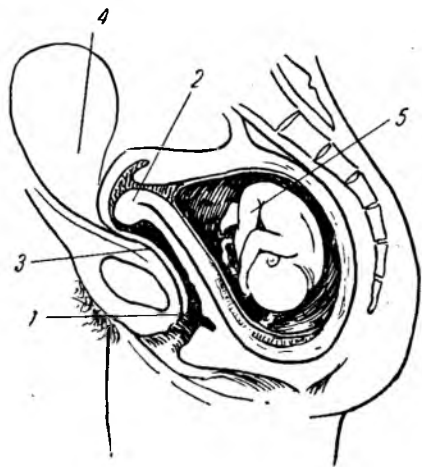


Рис. 222. Ущемление беременной матки в тазу при ее перегибе кзади. 1—влагалище; 2—шейка матки; 3—уретра; 4—перерастянутый мочевой пузырь; 5—ущемленная беременная матка.



Рис. 223. Беременность при фибромиоме матки. Узел, расположенный в малом тазу, является препятствием для изгнания плода.

При мощных спайках беременная матка остается фиксированной к соседним органам и брюшине заднего дугласова кармана. Растущая беременная матка остается в малом тазу и производит все увеличивающееся сдавление мочевого пузыря и прямой кишки. У беременной возникают расстройства мочеиспускания, запоры, боли в животе. Может наступить полная задержка мочеиспускания.

При ущемлении беременной фиксированной матки (рис. 222) может наступить самопроизвольное прерывание беременности. Если выкидыш не происходит, нередко приходится прибегать к искусственному прерыванию беременности. При отсутствии угрожающих явлений, вынуждающих прервать беременность, делают осторожную попытку исправить положение беременной матки под наркозом.

Беременная с явлениями ущемления матки немедленно направляется в родильный дом, обслуживаемый врачом.

Новообразования половых органов не всегда препятствуют возникновению беременности. Фибромиома матки вызывает бесплодие или выкидыш в том случае, если узлы опухоли растут в сторону полости матки. При расположении узлов внутри стенки матки или под брюшиной возможно возникновение и доношивание беременности. Во время родов часто наблюдается слабость сократительной деятельности матки, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

Крупные узлы, располагающиеся в малом тазу или близко от входа в таз, препятствуют рождению плода (рис. 223). В таких случаях произво-

дится родоразрешение путем кесарева сечения; при своевременном выявлении подобные узлы подлежат удалению.

Беременность может возникнуть при кистоме яичника (рис. 224). Небольшие подвижные кистомы на ножке не препятствуют развитию беременности; большие кистомы мешают росту матки и могут вызвать выкидыш. Кроме того, в стенке кистомы могут возникнуть омертвения в связи со сдавлением беременной маткой. Кистомы, располагающиеся неподвижно в малом тазу, представляют препятствие для прохождения плода через родовые пути. При небольших подвижных кистомах беременность донашивается и роды



Рис. 224. Беременность и киста яичника.

протекают нормально, но после родов нередко наблюдается перекручивание ножки опухоли, некроз и нагноение, представляющие опасность для женщины.

Лечение сводится к чревосечению и удалению опухоли, несмотря на беременность. При осторожной операции и правильном ведении послеоперационного периода можно сохранить беременность.

Рак шейки матки не исключает возможности наступления беременности. Рак при беременности протекает особенно злокачественно. Наблюдается быстрый рост опухоли и переход ее на параметральную клетчатку, влагалище, мочевой пузырь и другие органы. Поэтому необходимо осматривать при помощи зеркал шейку матки всех беременных женщин, а не только гинекологических больных.

При наличии всякого патологического процесса в области шейки матки женщину направляют к врачу.

Лечение рака шейки матки заключается в удалении беременной матки с придатками, параметральной клетчаткой и верхним отделом влагалища с последующим применением рентгенотерапии.

ГЛАВА XVIII

АБОРТ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

АБОРТ (ВЫКИДЫШ)

Выкидышем, или абортом (*abortus*), называется прерывание беременности в течение первых 28 недель (7 акушерских месяцев) беременности. Прерывание беременности после 28 и до 39 недель называется преждевременными родами.

Плод, родившийся до 28 недель, нежизнеспособен (за исключением очень редких случаев). Преждевременно родившийся ребенок при надлежащем уходе может жить и развиваться даже при глубокой недоношенности (например, вес 1000 г, рост 35 см).

Аборт в течение первых 14 недель называется ранним, после 14 и до 28 недель—поздним¹.

Аборты бывают самопроизвольными и искусственными. Самопроизвольный аборт (*abortus spontaneus*) происходит без всяких вмешательств, вопреки желанию женщины. Если самопроизвольные аборты у женщины повторяются, то говорят о привычном аборте (выкидыше).

Искусственным абортом (*abortus artificialis*) называют преднамеренное прерывание беременности в лечебном учреждении или вне больницы (внебольничный аборт).

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ АБОРТЫ

Причины возникновения самопроизвольных абортов разнообразны. К аборту часто ведут острые инфекционные заболевания (тифы, грипп, малярия, сепсис и др.). Прерывание беременности может возникнуть при воспалении легких, плеврите, аппендиците и других заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой и интоксикацией организма. Сифилис нередко приводит к преждевременному прерыванию беременности (аборту, преждевременным родам), но в нашей стране это заболевание встречается редко.

К частым причинам самопроизвольного прерывания беременности относятся: недоразвитие половых органов (инфантилизм) и хронические воспалительные заболевания матки (эндометрит, метрит).

¹ По инструкции Наркомздрава СССР от 1/VII 1939 г. прерывание беременности в пределах 28 недель учитывается в качестве аборта. Длина плодов в таких случаях равна 35 см и ниже, вес—1000 г и ниже. Если плод, рожденный в пределах 28 недель, оказывается живым в день выписки матери, такое прерывание беременности учитывается в качестве преждевременных родов независимо от роста и веса новорожденного. В этих случаях в загсе выдается справка о рождении ребенка.

К аборту могут вести заболевания сердца, сопровождающиеся нарушением кровообращения, болезни желез внутренней секреции (гипертиреозидизм, диабет и др.).

Недостаток в пище витаминов вызывает гибель зародыша и последующий аборт; особо неблагоприятную роль играет недостаток витаминов Е, С, А, группы В и др.

Травмы (ушиб, переломы и пр.) могут вызвать аборт при наличии какого-нибудь предрасполагающего момента, например инфантилизма, воспалительного процесса и др. У здоровых женщин беременность нередко сохраняется даже при тяжелых повреждениях (ушибы, переломы костей таза и конечностей). У женщин с неуравновешенной нервной системой аборт может возникнуть в связи с сильной психической травмой (например, испуг, горе).

К аборту может привести отравление организма беременной ртутью, свинцом, окисью углерода, анилиновыми соединениями, алкоголем, морфином и другими веществами.

Возможно прерывание беременности при воздействии на организм беременной лучей Рентгена и радия.

При аборте плодное яйцо постепенно отслаивается от матки, при этом происходит повреждение кровеносных сосудов децидуальной оболочки матки. Отслоившееся плодное яйцо погибает и пропитывается излившейся кровью. Под влиянием сократительной деятельности мускулатуры матки (схваток) происходит раскрытие канала шейки матки и изгнание плодного яйца целиком (одномоментный выкидыш) или частями (двухмоментный выкидыш).

В связи с сокращениями матки женщина ощущает схваткообразные боли внизу живота, причем интенсивность болей больше при поздних выкидышах. При ранних абортах болевые ощущения выражены нерезко или даже отсутствуют. Аборт, как правило, сопровождается кровотечением, сила которого меняется в зависимости от стадии течения этого процесса и срока беременности. Кровотечение в большинстве случаев бывает сильным при раннем аборте. Поздний аборт обычно протекает по типу родов: происходит сглаживание и раскрытие шейки, отходят околоплодные воды, рождается плод, а затем послед. Кровопотеря возникает при нарушении процесса отслоения и изгнания последа.

Различают следующие стадии течения аборта: 1) угрожающий аборт (*abortus imminens*), 2) начавшийся аборт (*abortus incipiens*), 3) аборт в ходу (*abortus progrediens*), 4) неполный аборт (*abortus incompletus*), 5) полный аборт (*abortus completus*).

У г р о ж а ю щ и й а б о р т. При угрожающем аборте плодное яйцо соединено со слизистой матки; связь нарушена лишь на незначительном участке (рис. 225). Кровянистые выделения отсутствуют или незначительные, шейка закрыта, величина матки соответствует сроку беременности. Беременная отмечает небольшие тянущие боли внизу живота, при поздних абортах боли имеют схваткообразный характер.

При правильном режиме и лечении беременность можно сохранить. Необходимым условием для этого является запрещение половой жизни и постельный режим в течение 2—3 недель. Рекомендуется прогестерон внутримышечно по 5—10 мг ежедневно в течение 10 дней. Можно назначить свечи с папаверином (0,02—0,03 г) или опийные клизмы (10 капель настойки опия на полстакана теплой воды или настоя ромашки). Свечи и опийные клизмы применяют не чаще 2 раз в сутки. Настойку опия можно давать внутрь по 5—8 капель 2 раза в день. Экстракт белладонны не применяют, потому что он способствует раскрытию шейки матки. Рекомендуется витамин Е по 1 чайной ложке 3—4 раза в день. Кровоостанавливающие средства (препараты спорыньи, питуитрин и др.) не применяют, потому что они вызы-

вают сокращения матки и способствуют отслойке плодного яйца. По этой же причине не назначают спринцевания, грелки, пузырь со льдом на живот.

Н а ч а в ш и й с я а б о р т. При начинающемся аборте схваткообразные боли и кровянистые выделения небольшие, но более выражены, чем при угрожающем аборте. Плодное яйцо отслоилось на небольшом участке (рис. 226); оно находится еще в матке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шеечный канал закрыт или приоткрыт лишь слегка.

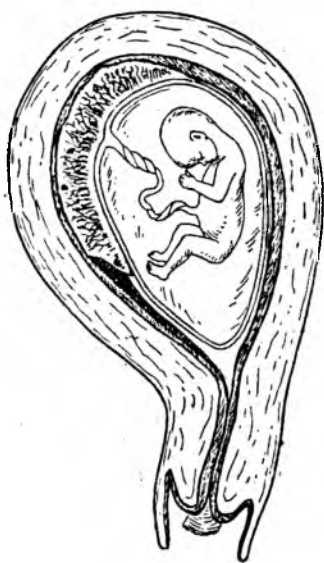


Рис. 225. Угрожающий аборт.

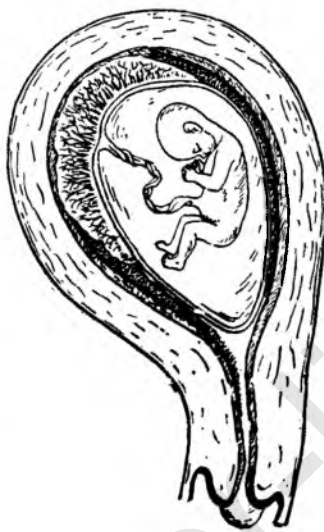


Рис. 226. Начавшийся аборт.



Рис. 227. Аборт в ходу.

При начавшемся аборте следует принять меры к сохранению беременности. Лечение такое же, как при угрожающем аборте. Если кровотечение усиливается и аборт переходит в следующую стадию, производят опорожнение матки.

А б о р т в х о д у. Данная стадия течения аборта характеризуется тем, что отслоившееся плодное яйцо выталкивается из полости матки через расширившийся шеечный канал (рис. 227). При влагалищном исследовании выявляется, что канал шейки раскрыт, в нем определяется плодное яйцо, нижний полюс которого выступает во влагалище. Аборт в ходу, особенно ранний, нередко сопровождается сильным кровотечением. Лечение сводится к удалению отслоившегося плодного яйца инструментальным способом. При позднем аборте рекомендуется выжидать самопроизвольного рождения плодного яйца. Только при сильном кровотечении разрывают плодный пузырь и после рождения плода удаляют послед рукой или инструментами.

Н е п о л н ы й а б о р т. Если часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки, говорят о неполном аборте. В матке обычно задерживаются водная, ворсистая, децидуальная оболочка и плацента или их части (рис. 228). Неполный аборт сопровождается кровотечением. Кровотечение может быть продолжительным, умеренным или обильным; нередко выделяются сгустки крови, частицы задержавшихся в матке оболочек. Канал шейки матки пропускает палец, причем открыт не только наружный, но и внутренний зев. Величина матки не соответствует сроку беременности:

она меньше этого срока в связи с частичным опорожнением полости. Консистенция матки мягковатая.

При неполном аборте показано инструментальное удаление остатков плодного яйца (стр. 360). Остатки плодного яйца в полости матки могут послужить причиной возникновения опасного для жизни кровотечения и заболеваний, связанных с инфекцией. Поэтому при неполном аборте женщина направляется к врачу в неотложном порядке. При тяжелом состоянии женщины акушерка вызывает врача для оказания помощи на месте.

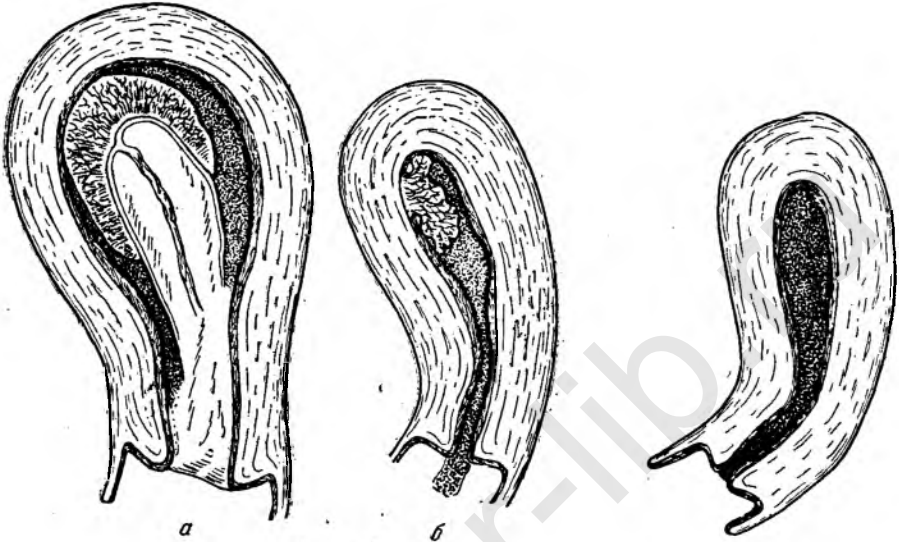


Рис. 228. Неполный аборт.

а—в матке задержались все оболочки, б—в матке остатки плодного яйца.

Рис. 229. Полный аборт.

Полный аборт. Полным или законченным аборт называется в том случае, если плодное яйцо полностью вышло из полости матки (иногда плодное яйцо выходит целиком) (рис. 229). При полном аборте матка сокращается, канал шейки матки закрывается, кровотечение прекращается.

В ранние сроки беременности полный аборт наблюдается значительно реже, чем в поздние. При раннем аборте в матке обычно остается децидуальная оболочка даже в тех случаях, когда из матки вышло неповрежденное плодное яйцо. Оставшаяся децидуальная оболочка способствует длительным кровянистым выделениям и развитию инфекции (децидуальный эндометрит). Поэтому после полного аборта в ранние сроки беременности рекомендуется выскабливание матки с целью удаления децидуальной оболочки.

При полном позднем аборте необходимости в выскабливании не возникает.

Инфицированный (лихорадочный) аборт. При длительном течении самопроизвольного аборта нередко происходит проникновение микробов из влагалища в матку. Особенно часто происходит занесение инфекции при искусственном прерывании беременности запрещенными способами вне лечебного учреждения. Микробы, занесенные в матку, находят при аборте хорошую среду для развития. Такой средой является кровь и отслоившиеся части плодного яйца.

Проникшие в матку микробы инфицируют элементы плодного яйца. В дальнейшем процесс может перейти на матку, трубы, яичники, тазовую брюшину и клетчатку. Инфицированный выкидыш может послужить причи-

ной возникновения общих септических заболеваний, представляющих опасность для жизни женщины. Ограничение процесса в области плодного яйца или распространение его на матку и за ее пределы зависит от вирулентности микробов и сопротивляемости организма женщины.

В зависимости от степени распространения инфекции различают: 1) неосложненный лихорадочный аборт, 2) осложненный лихорадочный аборт, 3) септический аборт. При неосложненном лихорадочном аборте инфекция не распространяется за пределы матки; матка при пальпации безболезненна, придатки матки, тазовая брюшина и клетчатка не изменены. У женщины температура повышена, пульс учащен, но соответствует температуре, общее состояние удовлетворительное. При осложненном лихорадочном выкидыше инфекция распространяется за пределы матки; при исследовании выявляется болезненность матки, изменения в области придатков, брюшины или в клетчатке таза (болезненность, инфильтраты и др.). Общее состояние женщины нарушено, температура высокая, беспокоят боли и другие расстройства.

Клиническая картина септического аборта отличается сложностью и тяжестью течения (см. главу XXVII).

Лечение инфицированных абортов представляет собой сложную задачу акушера-гинеколога. Каждая женщина с инфицированным абортом должна быть направлена в лечебное учреждение. При неосложненном лихорадочном аборте назначают антибиотики или сульфаниламиды; через 5—6 дней после установления нормальной температуры производят осторожное выскабливание матки. Некоторые врачи выскабливание рекомендуют проводить сразу после поступления в стационар.

При осложненном и септическом аборте проводят консервативное лечение, которое сводится к применению антибиотиков, сульфаниламидов, общеукрепляющих, болеутоляющих средств, правильному уходу и питанию и др. В таких случаях ждут самопроизвольного рождения остатков плодного яйца, потому что выскабливание стенок полости матки опасно в отношении дальнейшего распространения инфекции. Выскабливание матки производят только при возникновении сильного кровотечения, опасного для жизни женщины.

ИСКУССТВЕННЫЕ АБОРТЫ

Искусственный аборт до 12 недель беременности производится в лечебных учреждениях при желании женщины прервать беременность или по медицинским показаниям.

Если женщина в данное время по какой-нибудь причине не может иметь ребенка, акушерка направляет ее к врачу. Врач определяет срок беременности и выясняет, нет ли противопоказаний к прерыванию беременности (воспалительные заболевания половых органов и др.).

При наличии противопоказаний аборт не производят, женщина подлежит лечению.

Аборт производят одновременно инструментальным способом с соблюдением всех правил асептики. Операцию имеет право делать только врач в больничной обстановке.

После 12 недель беременность прерывают лишь по медицинским показаниям, при наличии заболеваний, течение которых при беременности ухудшается и возникает опасность для здоровья и жизни женщины. К таким заболеваниям относятся: заболевания сердца, гипертоническая болезнь, активный туберкулез легких и других органов, заболевания почек, печени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесенные в прошлом полостные операции и др.

К числу медицинских показаний к прерыванию беременности относятся заболевания, передающиеся потомству (сифилис в заразной форме, душев-

ные заболевания и др.), и состояние матери, затрудняющее уход за ребенком (отсутствие конечности, анкилозы, глухота, слепота и др.).

Прерывание беременности в поздние сроки путем выскабливания матки запрещается, потому что при этом возможно прободение матки и другие повреждения, опасные для жизни женщины. Поэтому беременность после 12 недель прерывают при наличии медицинских показаний путем влагалищного или брюшностеночного кесарева сечения, метрейриза или заоболочечного введения стерильной жидкости.

К сожалению, еще не полностью изжиты незаконные искусственные аборт, производимые самой беременной или другим лицом вне лечебного учреждения. С целью прерывания беременности применяют введение в матку химических веществ, бужей и других предметов, принимают различные вещества внутрь и т. д. Все эти методы прерывания беременности представляют опасность для женщины. Главная опасность заключается в том, что в полость матки заносятся патогенные микробы, которые могут вызвать воспалительные заболевания половых органов и даже общий сепсис. Часто возникает кровотечение, ведущее к острому малокровию, опасному для жизни женщины. При производстве аборта путем введения в матку инструментов возможно прободение стенки матки, ранение кишечника и других органов со смертельным исходом. Воспалительные заболевания и повреждения матки и других органов не исключаются также при производстве аборта в больничных условиях.

Послеабортные воспалительные заболевания могут иметь затяжной характер и самые неблагоприятные последствия. После абортов, осложненных инфекцией, наблюдается бесплодие, внематочная беременность, самопроизвольное прерывание последующей беременности. У женщин, прибегавших к аборт, при последующей беременности может возникнуть предлежание плаценты, приращение плаценты, слабость родовых сил, значительное кровотечение в последовом и послеродовом периоде. Послеабортные воспалительные заболевания матки предрасполагают к разрыву ее стенки во время родов.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ АБОРТОВ

Борьба с абортами проводится медицинскими работниками родильных домов, женских консультаций, больниц, фельдшерско-акушерских пунктов. В деле предупреждения абортов большую роль играют акушерки.

Профилактика самопроизвольных абортов сводится к устранению причин, которые препятствуют нормальному развитию беременности. В консультациях берут на учет всех беременных с признаками инфантилизма, имевших самопроизвольные аборты и преждевременные роды. Этим женщинам рекомендуют строгий режим (запрещение половой жизни, легкий труд, правильное питание и т. д.); при появлении признаков угрожающего аборта направляют в стационар. Имеет большое значение ограждение беременных женщин от инфекционных заболеваний и своевременное лечение заболевших малярией, гриппом, ангиной и т. д. Правильное питание, особенно введение достаточного количества витаминов, является важной мерой профилактики самопроизвольного прерывания беременности. Важную роль играет гигиена труда: освобождение беременных от работы, связанной с воздействием химических веществ, высокой температуры, с переносом тяжестей, вибрацией тела и др.

Предупреждение искусственных абортов сводится к широкой санитарно-просветительной работе и к применению противозачаточных средств. Необходимо разъяснять женщинам вред абортов, используя для этой цели метод индивидуальных бесед, докладов, радио, печать.

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

С целью предупреждения беременности рекомендуются механические и химические средства. Механические средства препятствуют проникновению сперматозоидов в матку, химические—подавляют их жизнедеятельность. Хорошие результаты дает комбинированное применение механических и химических средств.

Механические и химические противозачаточные средства должны быть безвредны для организма. Методы предупреждения беременности, вредные для организма, запрещаются (впрыскивание в матку йода и других химических веществ, применение сулемы и др.). Не рекомендуется прибегать к прерванному половому сношению.

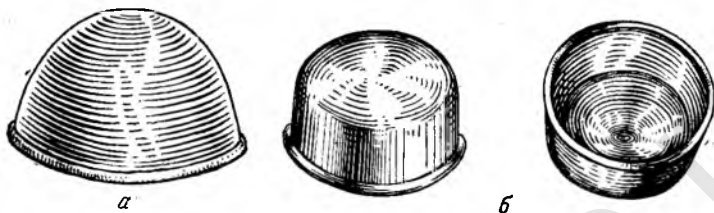


Рис. 230. Противозачаточные средства.
а—колпачок «КР»; б—колпачки, надеваемые на шейку матки.

К механическим противозачаточным средствам относятся мужские презервативы и колпачки, которые вводятся во влагалище или надеваются на шейку матки.

Мужской резиновый презерватив предупреждает попадание спермы во влагалище и в матку; сперма, выделяющаяся во время полового акта, остается в презервативе.

Колпачки, вводимые во влагалище и надеваемые на шейку матки, предупреждают проникновение сперматозоидов в полость матки. Существуют разные типы колпачков. Наиболее удобным и надежным является влагалищный колпачок «КР» (рис. 230, а), представляющий собой резиновый чехол, прикрепленный к эластическому ободку. Ободок колпачка сжимают между пальцами и колпачок вводят по задней стенке влагалища вглубь до тех пор, пока нижний край ободка не дойдет до заднего свода влагалища; после этого ободок расправляют и верхний край его пальцем подвигают к переднему своду. При правильном введении колпачка ободок его вплотную прилегает к сводам влагалища.

Колпачки, надеваемые на шейку матки (230, б), изготавливаются из резины, алюминия, серебра или каучука. Колпачки можно рекомендовать только при отсутствии воспалительных процессов, разрывов шейки, эрозий и других заболеваний.

Колпачки стерилизуют кипячением, хранят в слабом дезинфицирующем растворе. После полового сношения колпачки удаляют из влагалища. Колпачки на шейке матки могут оставаться 2—3 суток. Перед употреблением края колпачка рекомендуется смазать противозачаточной пастой.

Колпачки бывают различных размеров, они подбираются врачом или акушеркой для каждой женщины, обратившейся за советом к врачу.

К числу противозачаточных средств относятся специальные губки и тампоны, которые пропитываются раствором слабых кислот или других веществ, подавляющих жизнедеятельность сперматозоидов. Тампоны-шарики можно сделать из гигроскопической ваты (величина соответствует ширине влагалища), их перевязывают крест-накрест тесьмой. Один

конец тесьмы длинный, он служит для извлечения тампона из влагалища. Губки и тампоны пропитывают 2% раствором молочной кислоты или раствором столового уксуса (1 столовая ложка столового уксуса на стакан воды) или 1% раствором хинина. Их вводят до полового акта глубоко во влагалище (чтобы прикрыть шейку матки); после полового сношения извлекают и производят спринцевание каким-либо дезинфицирующим раствором.

Спринцевание влагалища обычно применяется в качестве дополнения к другим методам предохранения от беременности. При отсутствии других противозачаточных средств спринцевание можно рекомендовать как самостоятельный метод предупреждения беременности. Для спринцевания употребляют раствор молочной кислоты (2 чайные ложки на 1 л воды), уксусной кислоты или борной кислоты (2—3 чайные ложки на 1 л воды). Спринцевание производят немедленно после полового акта.

К химическим противозачаточным средствам относятся специальные пасты (например «преконсоль»), шарики, таблетки, в состав которых входят вещества, токсически действующие на сперматозоидов.

Пасты, таблетки вводят во влагалище до полового акта. Во влагалище они расплавляются и обволакивают шейку матки и стенки влагалища.

Продолжительное применение одного и того же средства нецелесообразно, противозачаточные средства следует менять. Назначение противозачаточных средств и смена их производится обычно врачом; акушерка обучает женщин правильно применять назначенное средство и помогает врачу проводить разъяснительную и организационную работу.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (PARTUS PRAEMATURUS)

Преждевременными являются роды, наступившие после 28 и до 39 недель беременности; плод, родившийся при преждевременных родах недоношен, но жизнеспособен.

Срок преждевременных родов и степень недоношенности плода определяют по совокупности данных анамнеза, объективного исследования беременной и родившегося плода. Важное значение имеет определение роста, веса и других признаков, характеризующих срок внутриутробной жизни плода (стр. 71).

Этиология. Преждевременные роды могут возникнуть в связи с теми же причинами, которые вызывают самопроизвольные аборт (заболевания, интоксикации, инфантилизм и др.). К преждевременным родам предрасполагают аборт, поздние токсикозы беременных (нефропатия, преэклампсия, эклампсия), нарушение функции эндокринных желез и нервной системы.

Течение преждевременных родов. Преждевременные роды протекают по типу срочных: возникает родовая деятельность, происходит сглаживание шейки и раскрытие зева, отходят воды, рождается плод, а затем послед.

Однако во время преждевременных родов осложнения возникают гораздо чаще, чем при срочных родах. Наиболее частым осложнением преждевременных родов является преждевременное (и раннее) отхождение околоплодных вод и слабость родовых сил.

При преждевременных родах нередко возникают тазовые предлежания, косые и поперечные положения плода, кровотечение во время родов, особенно в последовом периоде.

Асфиксия, внутричерепная родовая травма плода и мертворождаемость наблюдаются чаще, чем при срочных родах. Осложнения в родах нередко вызывают необходимость применения акушерских операций. Осложнения

в родах обуславливают сравнительно высокий процент послеродовых заболеваний.

Профилактика и лечение. Неблагоприятное влияние преждевременных родов на мать и плод вызывает необходимость проводить особо тщательную профилактику преждевременных родов. К мерам профилактики относятся: правильный образ жизни и питание беременной, ограждение беременной от инфекций и интоксикаций, своевременное выявление и лечение заболеваний беременной.

При возникновении предвестников преждевременного прерывания беременности (болевые явления, незначительные сукровичные выделения) женщину направляют в отделение (палату) патологии беременных родильного дома. В родильном доме назначают постельный режим, прогестерон, болеутоляющие свечи, витамины; полезно лечение сном.

При ведении родов требуется тщательное наблюдение за состоянием матери и плода. При необходимости применяется стимуляция родовой деятельности (стр. 284), профилактика асфиксии плода и другие виды помощи в соответствии с особенностями течения родов. Необходимо очень бережно касаться головки плода при защите промежности и особенно тщательно ограждать родившегося ребенка от охлаждения и инфекции.

Родильница после преждевременных родов и недоношенный ребенок нуждаются в особом наблюдении.

ГЛАВА XIX

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

В нормальных условиях оплодотворенная яйцеклетка перемещается по трубе в матку и внедряется в ее слизистую оболочку. Если условия продвижения яйцеклетки нарушены, она имплантируется вне матки и возникает внематочная (несвоеместная) беременность (*graviditas extrauterina*).

Местом имплантации может быть труба (трубная беременность), яичник (яичниковая беременность), брюшина (брюшная беременность) (рис. 231).

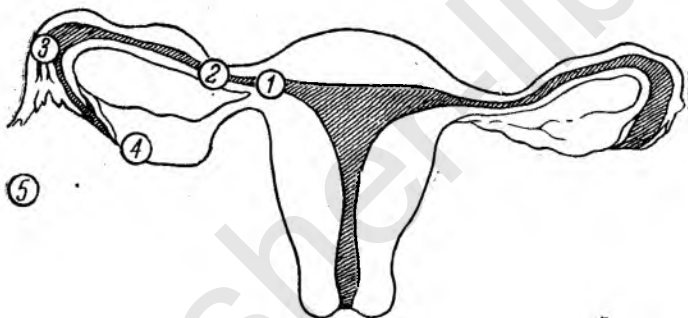


Рис. 231. Места имплантации яйца при внематочной беременности.

1—в интерстициальной части трубы; 2—в истмической части трубы; 3—в ампулярной части трубы; 4—в яичнике; 5—в брюшной полости.

Наиболее часто встречается трубная беременность, она составляет 99% всех случаев внематочной беременности. Поэтому понятия «внематочная беременность» и «трубная беременность» обычно совпадают.

Этиология. Наиболее частой причиной возникновения внематочной беременности являются изменения, связанные с воспалением труб. В результате воспаления в трубе возникают перегибы, сужения, сращения складок слизистой и другие изменения, препятствующие продвижению яйца в матку; яйцо оседает в трубе и внедряется в ее стенку. Воспалительный процесс нарушает перистальтику труб, что также ухудшает условия продвижения яйца и способствует возникновению внематочной беременности.

Внематочная беременность нередко возникает на почве инфантилизма— недоразвития половых органов. При инфантилизме трубы длинные, извилистые, просвет их узкий, перистальтика слабая. Оплодотворенная яйцеклетка проделывает довольно длинный путь; передвижение ее из-за слабой перистальтики замедлено. За время продвижения яйцо увеличивается

в объеме настолько, что не может продвигаться через узкий просвет трубы; оно застревает и оседает в трубе.

Внематочная беременность может возникнуть в связи с внутриматочным впрыскиванием йода, который вызывает нарушение проходимости труб. Чрезмерно длительное кормление ребенка грудью ведет к понижению сократительной деятельности (перистальтики) труб. Если в это время произойдет оплодотворение, яйцо будет передвигаться медленно, может осесть и привиться в трубе.

Изменения в трубе. При маточной беременности оплодотворенное яйцо погружается в толщу пышно разросшейся слизистой оболочки; ворсины хориона глубже компактного слоя слизистой оболочки не проникают. Слизистая оболочка трубы тонкая, поэтому она быстро разрушается

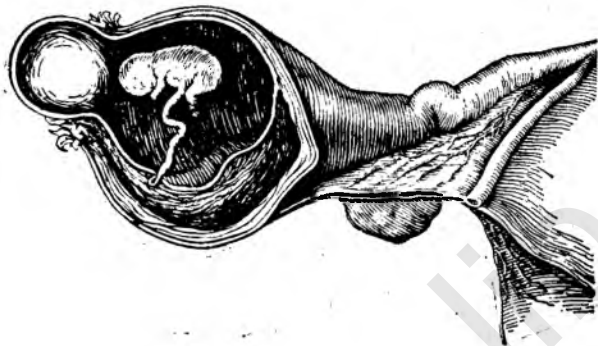


Рис. 232. Трубный аборт.

ворсинками хориона. После разрушения слизистой ворсинки проникают в мышечную оболочку трубы, расплавляя мышечные волокна и встречающиеся кровеносные и лимфатические сосуды. Как правило, внематочная беременность прерывается на 5—6-й неделе, реже в конце II или в начале III месяца.

Прерывание трубной беременности происходит по типу трубного аборта или по типу разрыва трубы.

При трубном аборте плодное яйцо отслаивается от стенки трубы, погибает, пропитывается кровью и постепенно распадается. Труба начинает усиленно сокращаться, вследствие чего отслоившееся плодное яйцо изгоняется из трубы в брюшную полость (рис. 232). Отслойка плодного яйца сопровождается кровотечением; кровь скопляется вокруг трубы или в ее полости. При значительном кровотечении кровь поступает в брюшную полость и обычно стекает в дугласово пространство, образуя позадматочную гематому. В очень редких случаях отслоившееся плодное яйцо не погибает, а прививается в брюшной полости—возникает брюшная беременность.

Разрыв трубы происходит вследствие разрушения всех слоев ее (слизистой, мышечной, брюшинного покрова) ворсинками хориона (рис. 233). Механический фактор, связанный с растяжением трубы растущим яйцом, существенной роли в разрыве трубы не играет. Хорион разрушает все ткани трубы, в том числе и кровеносные сосуды. При разрыве трубы обычно возникает сильное кровотечение в брюшную полость, приводящее к резкому малокровию. Трубный аборт сильной кровопотерей сопровождается реже.

Клиническая картина. Симптомы внематочной беременности разнообразны, что зависит от стадии развития этого процесса, от типа нарушения беременности (разрыв или аборт), от степени внутреннего кровотечения и реакции организма на кровопотерю.

Пока внематочная беременность прогрессирует, наблюдаются обычные признаки ранней беременности: изменения вкуса, тошнота, нагрубание молочных желез, задержка менструации, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка обычно бывает размягченной и немного увеличенной; иногда удается прощупать слегка утолщенную, мягковатую беременную трубу.

Распознавание прогрессирующей внематочной беременности затруднительно. Характерные симптомы внематочной беременности выявляются при наступлении трубного аборта или разрыва трубы. Однако клиническая картина нарушенной внематочной беременности тоже неодинакова. При разрыве трубы симптомы значительно ярче, чем при трубном аборте.



Рис. 233. Разрыв трубы.

Нарушение внематочной беременности по типу разрыва трубы характеризуется внезапным, острым началом и быстрым развитием тяжелой клинической картины. У женщины возникает приступ сильнейшей боли внизу живота, сопровождающийся обмороком или полубморочным состоянием. Боль отдает в плечо, лопатку, в задний проход. В связи с нарастающим кровотечением появляется бледность кожи и видимых слизистых оболочек, учащение пульса, падение кровяного давления. Дыхание учащается; в тяжелых случаях возникает рвота, кожа покрывается потом, температура понижается. Живот вздут, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление в области скопления излившейся крови (отлогие места живота, паховые отделы); при перекладывании больной на бок зоны приглушения перкуторного звука меняются в связи с тем, что излившаяся кровь стекает к тому боку, на котором лежит больная.

При трубном аборте угрожающая клиническая картина бывает реже. Обычно отмечается побледнение кожи и слизистых, но пульс и артериальное давление значительно не понижаются. Типичны приступы односторонних схваткообразных болей, которые сопровождаются дурнотой или полубморочным состоянием. Боли, так же как при разрыве трубы, отдают в лопатку, шею, в задний проход, во влагалище.

При нарушенной внематочной беременности обычно наблюдаются скудные темные кровянистые, иногда дегтеобразные выделения из матки; к выделениям иногда примешиваются частицы распадающейся слизистой оболочки матки, которая при внематочной беременности превращается в децидуальную оболочку; иногда децидуальная оболочка выходит из матки целиком.

Обычно заметен цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки; отодвигание шейки вперед и пальпация заднего свода нередко вызывают ощущение боли. Тело матки немного увеличено и размягчено.

Если в трубе или вокруг нее образовались сгустки крови, то рядом с маткой прощупывается мягковатое, чувствительное образование, имеющее

неправильную форму и неотчетливые контуры. Если возникает позадиматочная гематома, то происходит сглаживание или выпячивание заднего свода, причем матка смещается кпереди. При разрыве трубы, когда кровь изливается в брюшную полость, беременная труба иногда прощупывается с трудом или даже не определяется.

При наличии ярко выраженной клинической картины диагноз внематочной беременности не представляет затруднений. Распознавание становится сложным в тех случаях, когда симптомы недостаточно отчетливы и течение болезни не является тяжелым. Такие особенности клинической картины встречаются нередко при трубном аборте, когда отсутствует значительная кровопотеря. В подобных случаях может возникнуть подозрение на воспалительный процесс, аборт, аппендицит и другие заболевания.

Для уточнения диагноза внематочной беременности имеет существенное значение подробное ознакомление с анамнезом. Для внематочной беременности в отличие от воспалительного процесса, аппендицита и других заболеваний характерно: приступы болей и наличие мажущихся темных кровянистых выделений, которые возникают после задержки менструации (задержка может быть всего на несколько дней). Распознаванию способствует детальное объективное обследование больной. В сомнительных случаях применяют дополнительные диагностические методы: пункцию дугласова пространства через задний свод, реакцию Ашгейм-Цондека и др. Получение крови при пункции подтверждает диагноз внематочной беременности. Отрицательный результат не исключает наличия внематочной беременности, потому что кровь иногда образует сгустки вокруг трубы и не попадает в дугласово пространство.

Лечение. При внематочной беременности применяют хирургическое лечение. Оно сводится к удалению беременной трубы. Операцию производят сразу после установления диагноза, даже при удовлетворительном состоянии больной. Такой подход основан на том, что при внематочной беременности в любой момент может наступить повторное кровотечение в брюшную полость. При тяжелой клинической картине производят экстренную операцию, переливание крови, применяют сердечные средства и другие методы борьбы с анемией и шоком.

Учитывая опасность внематочной беременности, следует направлять женщину в больницу немедленно после установления диагноза; направление к врачу необходимо и при подозрении на внематочную беременность. При наличии признаков прервавшейся внематочной беременности женщина доставляется в больницу наиболее удобным видом транспорта (автомашина, самолет) в сопровождении акушерки.

Яичниковая и брюшная беременность встречается редко. Клиническая картина яичниковой беременности сходна с картиной трубной беременности.

Брюшная беременность в очень редких случаях достигает поздних сроков; описаны случаи донашивания брюшной беременности. В таких случаях плод, покрытый оболочками, находится между внутренними органами, плацента прикрепляется к трубе, брюшине или внутренним органам. Течение беременности тяжелое, плод чаще погибает. Погибший плод подвергается мацерации и асептическому распаду или мумификации. Наблюдались случаи нагноения мацерированного плода вследствие перехода инфекции из кишечника. В связи с отслойкой детского места возможны значительные внутрибрюшные кровотечения.

При яичниковой и брюшной беременности проводится хирургическое лечение.

ГЛАВА XX

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежанием плаценты (*placenta graevia*) называется опасное осложнение беременности, при котором плацента (детское место) прикрепляется в нижнем сегменте, закрывая полностью или частично внутренний зев матки; плацента располагается ниже предлежащей части плода, она сама является предлежащей (впереди идущей) частью плодного яйца.

Различают следующие виды предлежания плаценты.

1. Краевое предлежание плаценты (*placenta graevia marginalis*). К внутреннему зеву подходит только край плаценты. При открытии зева на 2—3 пальца прощупываются гладкие оболочки плодного пузыря и сбоку узкий край плаценты (рис. 234, а).

2. Боковое предлежание плаценты (*placenta graevia lateralis*). Плацента прикрывает внутренний зев своим боком; при открытии зева на 2—3 пальца почти на всем протяжении прощупывается ткань плаценты и только небольшой участок оболочек (рис. 234, б).

3. Центральное предлежание плаценты (*placenta graevia centralis*). Над внутренним зевом располагается центр (или почти центр) плаценты; при открытии зева на 2—3 пальца прощупывается только плацентарная ткань (рис. 234, в).

При влагалищном исследовании женщины никогда нельзя определить, располагается ли над внутренним зевом центр плаценты. Поэтому диагноз центрального предлежания ставится во всех случаях, когда при открытии на 2—3 пальца определяется только плацентарная ткань без оболочек.

4. Различают еще низкое прикрепление плаценты. Плацента прикрепляется в нижнем сегменте, край ее подходит близко к внутреннему зеву, но не прощупывается даже при полном открытии.

Один вид предлежания плаценты в ряде случаев в процессе родов переходит в другой. Например, при небольшом открытии зева (на 1—1½ пальца) рядом с оболочками прощупывается лишь небольшой край плаценты (краевое предлежание), при дальнейшем открытии обнажается значительная часть плаценты (предлежание может стать боковым). Кроме того, предлежание, кажущееся вначале боковым, может перейти в краевое, в связи с тем что при дальнейшем открытии зева обнажаются преимущественно оболочки.

Учитывая некоторую схематичность описанной классификации видов предлежания плаценты, некоторые акушеры предлагают различать полное и частичное предлежание. Если при открытии зева на 2—3 пальца повсюду определяется плацентарная ткань, предлежание

плаценты полное; если при таком же открытии определяются оболочки и плацентарная ткань, предлежание частичное.

Редко встречается **шеечное предлежание** плаценты (*placenta cervicalis*), при котором плацента развивается в канале шейки матки (или в канале шейки и в перешейке)¹.

Этиология. Обычно плодное яйцо внедряется в слизистую оболочку матки в верхнем сегменте ее, на уровне отхождения фаллопиевых труб. Если имплантация плодного яйца произойдет в нижнем сегменте, развивается предлежание плаценты.

Имплантации яйца в нижнем сегменте и возникновению предлежания плаценты способствуют воспалительные, атрофические и другие патологические процессы в слизистой оболочке матки. В патологически измененной слизистой условия для внедрения яйца нарушаются, поэтому яйцо спускает-



Рис. 234. Виды предлежания плаценты.

а—краевое предлежание плаценты; б—боковое предлежание плаценты; в—центральное предлежание плаценты.

ся вниз, останавливается в нижнем сегменте, близко к зеву и прививается в этом месте. Предлежание плаценты может возникнуть на почве септического и гонорейного эндометрита; к возникновению предлежания плаценты предрасполагают аборт, особенно многократные и осложненные воспалительным процессом. Возможно образование предлежания плаценты в связи с тем, что ворсины хориона развиваются на значительном протяжении: они занимают область, прилегающую к *decidua basalis*, и переходят на область *decidua capsularis*. При таком обширном разрастании ворсин плацента может простираться до внутреннего зева и прикрывать его.

Последствия предлежания плаценты. Предлежание плаценты неблагоприятно для матери и плода; особую опасность представляет центральное (полное) предлежание.

В нижнем сегменте и шейке матки при предлежании плаценты кровеносные сосуды резко расширяются, удлиняются, содержат много крови. Ткань шейки матки обильно снабжена сосудами (напоминает пещеристую ткань), мягкая, легко разрывается при недостаточно бережных вмешательствах. Из разорванных сосудов возникает сильное кровотечение, угрожающее жизни женщины.

¹ Необходимо упомянуть о редком и тяжелом осложнении—**шеечной беременности**. При этом осложнении плодное яйцо развивается в канале шейки матки; размягченная и цианотическая шейка приобретает колбообразную форму. Шеечная беременность обычно прерывается раньше срока и этот процесс сопровождается сильным кровотечением.

Лечение состоит в полном удалении матки.

В последние месяцы беременности нижний сегмент матки расширяется, вмещает увеличивающийся нижний полюс плодного яйца с подлежащей частью; стенка нижнего сегмента растягивается и местами смещается с поверхности плаценты. При этом смещении отдельные участки плаценты отслаиваются от мест прикрепления, маточно-плацентарные сосуды разрываются и кровоточат.

Кровотечение при предлежании плаценты может начаться в последние месяцы беременности и усилиться во время родов; иногда кровотечение начинается с момента возникновения родовой деятельности. В связи с ретракцией мускулатуры матки нижний сегмент и края маточного зева оттягиваются с поверхности плаценты, в результате плацента отслаивается от места

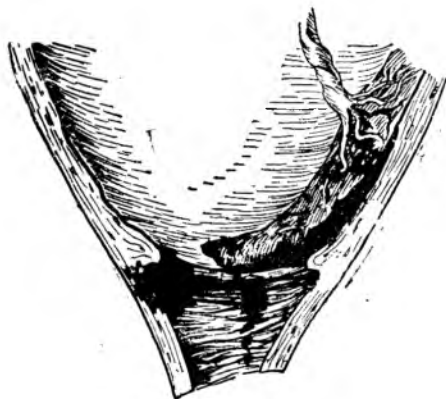


Рис. 235. При ретракции мускулатуры матки всегда происходит отслоение подлежащей плаценты и кровотечение.

своего прикрепления (рис. 235). Чем сильнее сокращения матки и открытие зева, тем больше отслаивается плацента. Кровотечение из разрушенных сосудов матки в области отделения плаценты нередко приобретает угрожающий характер. Кровотечение происходит из организма матери, плод крови не теряет, потому что плодовые сосуды плаценты не нарушаются. Однако плоду угрожает асфиксия, так как отслоившаяся часть плаценты не может участвовать в газообмене плода. Прогноз для плода при предлежании плаценты ухудшается в связи с тем, что в родах часто приходится применять оперативные вмешательства небезразличные для него.

Предлежание плаценты способствует возникновению заболеваний, связанных с развитием инфекции. Кровяные сгустки в области отслоения плаценты являются хорошей питательной средой для микробов, которые проникают из влагалища; развитию инфекции способствует малокровие, ведущее к понижению защитных сил организма.

Иногда наблюдается глубокое врастание ворсин подлежащей плаценты; в таких случаях течение послеродового периода нарушается, отделение плаценты задерживается, кровопотеря нарастает.

Предлежание плаценты встречается приблизительно один раз на 500—600 родов; эта патология чаще наблюдается у повторнородящих, перенесших послеабортные и послеродовые воспалительные заболевания матки. Центральное предлежание плаценты встречается значительно реже, чем боковое и краевое предлежание.

Клиническая картина. Основным признаком предлежания плаценты является кровотечение из половых путей. При центральном предлежании плаценты кровотечение обычно начинается в течение последних 2—3 месяцев беременности, при боковом—в конце беременности или в начале родов, при краевом—в первом периоде родов. При низком прикреплении плаценты кровотечение начинается также в периоде раскрытия и обычно не достигает значительной степени.

Кровотечение в поздние сроки беременности обычно начинается внезапно, без всяких видимых причин, иногда ночью в состоянии покоя. Кровотечение безболезненное, иногда имеет характер продолжительных мажущихся кровяных выделений, иногда одномоментно отходит более или менее значительное количество жидкой крови или сгустков, затем кровотечение пре-

кращается, с тем чтобы возобновиться через неопределенный срок. Такое кровотечение приступами продолжается до родов. Иногда кровотечение достигает значительной степени, и приходится прибегать к досрочному родоразрешению по жизненным показаниям.

При центральном предлежании кровотечения с началом родовой деятельности усиливается; кровь алая, жидкая, иногда со сгустками, выделяется большими порциями или непрерывно; за короткое время женщина может потерять до 1 л и больше крови; без оказания своевременной помощи женщина может погибнуть от острого малокровия. Если при боковом предлежании кровотечения начинается во время беременности, то во время родов оно также усиливается и может принять опасный характер. При краевом предлежании плаценты кровотечения возникает в периоде раскрытия и обычно не бывает угрожающим. После разрыва плодного пузыря отслойка плаценты прекращается, головка опускается, прижимает плаценту, и кровотечение обычно останавливается.

Ярко выраженным симптомом предлежания плаценты является малокровие, степень которого соответствует интенсивности кровотечения из половых путей. Возникает бледность кожи и слизистых оболочек, учащение пульса; при сильном кровотечении артериальное давление падает, появляется головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах; при запоздалой помощи женщина может погибнуть.

Предлежащая плацента мешает головке опуститься в нижний сегмент матки. В связи с этим до конца беременности головка находится высоко над входом в таз или отклоняется в ту или другую сторону. При предлежании плаценты нередко наблюдаются тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода. Сравнительно часто наступают преждевременные роды, нередко наблюдается слабость родовых сил и изменение сердечных тонов плода.

Распознавание предлежания плаценты. Всякое кровотечение в последние месяцы беременности и в первом периоде родов подозрительно в отношении предлежания плаценты; внезапно начавшееся безболезненное кровотечение чаще всего бывает связано с данной патологией. Высокое стояние предлежащей части при нормальном тазе подкрепляет предположение о предлежании плаценты.

Диагноз уточняется при влагалищном исследовании. Влагалищное исследование производится врачом в стационаре при тщательном соблюдении правил асептики, очень бережно; неосторожное исследование способствует дальнейшей отслойке плаценты и усилению кровотечения. При открытии шейки непосредственно за зевом прощупывается мягковатая ткань плаценты; при частичном предлежании рядом с тканью плаценты определяются оболочки плодного пузыря. При исследовании не нужно проникать пальцем за края зева, потому что при этом усиливается отслойка плаценты и нарастает кровотечение.

Для того чтобы полностью исключить другие источники кровотечения (рак, полип шейки, разрыв варикозного узла), необходимо исследовать зеркала каждую женщину, у которой возникло кровотечение.

В последние годы для уточнения диагноза предлежания плаценты в некоторых учреждениях применяют метод везикографии. В мочевой пузырь вводят контрастное вещество, производят рентгенографию и измеряют расстояние между мочевым пузырем и головкой. При предлежании плаценты расстояние между мочевым пузырем и головкой увеличивается.

Лечение предлежания плаценты. Кровотечение во второй половине беременности является показанием для обязательной и неотложной госпитализации беременной. Беременную нужно направить в стационар даже при незначительных и прекратившихся

выделениях: кровотечение может возобновиться в любой момент и принять угрожающий характер. В стационар беременную сопровождает акушерка.

При предлежании плаценты возникает необходимость в применении разных акушерских операций и других лечебных мероприятий. В каждом отдельном случае приходится выбирать наиболее подходящий для данной женщины метод лечения. При выборе метода лечения учитывают: интенсивность кровопотери и степень малокровия, подготовленность родовых путей для родоразрешения, степень доношенности и состояние плода (жив, асфиксия и др.). В зависимости от указанных признаков одним назначают консервативное лечение, другим—немедленную операцию вплоть до кесарева сечения.

Консервативное лечение проводят во время беременности при незначительной кровопотере, которая не вызывает выраженного малокровия женщины. В таких случаях назначают строгий постельный режим, повторное переливание небольших доз крови, диету, богатую витаминами. Внимательно следят за состоянием беременной, выделениями из половых путей, пульсом, артериальным давлением; систематически производят анализ крови, чтобы не пропустить нарастания малокровия, нередко наблюдающегося при небольших, но продолжительных кровяных выделениях.

При продолжающихся кровянистых выделениях и понижении гемоглобина и эритроцитов производят оперативное родоразрешение. Если кровотечение обильное, оперативное родоразрешение производят немедленно.

В зависимости от силы кровотечения, состояния женщины, вида предлежания плаценты и т. д. прибегают к одной из следующих операций.

Разрыв плодных оболочек. При краевом предлежании плаценты, продольном положении плода и открытии зева на 1—2 пальца, рекомендуется вскрыть плодный пузырь (стр. 366). Разрыв оболочек допускается и при боковом предлежании, если нет значительного кровотечения и других показаний к быстрому окончанию родов.

После разрыва оболочек отслойка плаценты прекращается, опустившаяся головка прижимает предлежащую плаценту и кровоточащие сосуды (рис. 236), кровопотеря прекращается и роды заканчиваются самопроизвольно.

Разрыв оболочек нередко применяется в качестве подготовительной меры к производству других операций (метрейриз, наложение кожно-головных щипцов и др.).

Метрейриз. После вскрытия оболочек в полость плодного пузыря вводят стерильный грушевидный резиновый баллон—метрейринтер. Метрейринтер вводят свернутым наподобие сигары, затем в него через трубку наливают стерильный физиологический раствор, к трубке привязывают небольшой груз (200—400 г). Наполненный метрейринтер под влиянием тяги придавливает отслоившуюся часть плаценты к нижнему сегменту матки, тампонирует кровеносные сосуды (рис. 237), способствует остановке кровотечения и раскрытию зева. При достаточном открытии зева рождается метрейринтер, а затем плод.

Метрейриз обычно приходится применять при боковом (реже при краевом) предлежании плаценты, когда после разрыва оболочек головка быстро не опускается и продолжается кровопотеря. Подобное положение может возникнуть при сочетании предлежания плаценты со слабостью родовых сил.

Наложение кожно-головных щипцов. Если при краевом и боковом предлежании плаценты головка после разрыва оболочек не опускается и кровотечение не прекращается, можно наложить кожно-головные щипцы. Щипцами специальной конструкции захватывают складку кожи на головке плода, к рукоятке подвешивают небольшой груз

(200—400 г), который подтягивает головку ко входу в таз (стр. 364). Опустившаяся головка прижимает плаценту к нижнему сегменту матки и к стенкам таза, что способствует остановке кровотечения. После фиксации головки и остановки кровотечения щипцы снимают и предоставляют роды естественному течению.



Рис. 236. После разрыва оболочек головка опускается, прижимает предлежащую плаценту и кровоточащие сосуды.

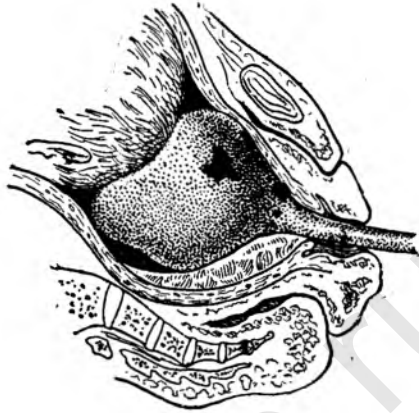


Рис. 237. Предлежащая плацента прижата метрейринтером.

Поворот на ножку при неполном открытии зева (по Брекстон-Гиксу). В прежние годы при предлежании плаценты и открытии зева на 2—2½ пальца нередко производили поворот на ножку. Ножку выводили из половой щели до колена и к ней привешивали небольшой груз (200—400 г). Опустившийся тазовый конец плода прижимал плаценту к нижнему сегменту матки и к стенкам таза и тем способствовал остановке кровотечения (рис. 238). В настоящее время поворот при неполном открытии зева применяется редко (при мертвом плоде, при недоношенном плоде, при отсутствии условий для других операций), потому что он труден в техническом отношении, может привести к повреждению шейки матки, очень часто заканчивается рождением мертвого плода.

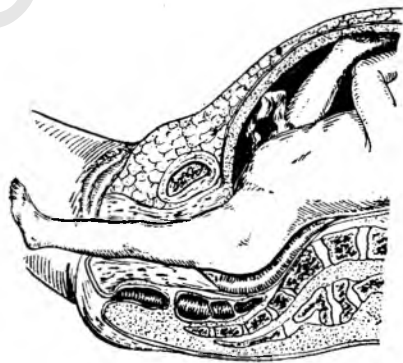


Рис. 238. Предлежащая плацента прижата тазовым концом плода (после поворота на ножку при неполном открытии зева).

Разрыв шейки матки при предлежании плаценты возможен даже при небольшом насилии; из разорванных сосудов возникает сильное кровотечение, которое может быть смертельным. Поэтому поворот должен производиться очень бережно, ни в коем случае нельзя потягивать за ножку и извлекать ее выше коленного сустава; категорически запрещается извлечение плода за ножку, подобная ошибка ведет к разрыву шейки и возникновению угрожающего кровотечения.

Кесарево сечение. Предлежание плаценты нередко вызывает необходимость кесарева сечения. Эта операция производится в неотложном

порядке при сильном кровотечении, которое обычно наблюдается при центральном, а иногда и при боковом предлежании плаценты.

Кесарево сечение показано также при сочетании предлежания плаценты с неправильным положением плода, у старой первородящей при обязательном требовании женщины получить живого ребенка.

При предлежании плаценты во время родоразрешения и после производится борьба с малокровием (переливание крови, подкожное вливание физиологического раствора с глюкозой), применяются сердечные средства и др.

Течение последового периода при предлежании плаценты нередко осложняется. Наблюдается задержка отделения плаценты в связи с тем, что она прикреплена в нижнем сегменте, который не обладает хорошей сократительной способностью; иногда бывает частичное приращение плаценты. Нарушение процесса отслойки плаценты вызывает дополнительное кровотечение, которое может быть опасным для жизни.

Поэтому в последовом периоде необходимо строжайшее наблюдение за общим состоянием, пульсом, артериальным давлением роженицы и количеством крови, выделяющейся из половых путей. При наличии признаков малокровия и кровопотере, превышающей норму, необходимо немедленно произвести ручное отделение последа. После удаления последа нужно осмотреть шейку матки при помощи зеркал и, если есть разрывы, наложить швы.

В послеродовом периоде возможно возникновение заболеваний, связанных с инфекцией. Развитию инфекции способствует близость плацентарной площадки к влагалищной трубке и понижение сопротивляемости организма, связанное с кровопотерей. Поэтому родильница нуждается в особо внимательном наблюдении и уходе. При необходимости назначаются общеукрепляющие средства, повторное переливание крови. Проводится лечение заболеваний инфекционной этиологии.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

При нормальном течении беременности и родов плацента остается прикрепленной к стенке верхнего сегмента матки до третьего периода родов. Она отслаивается лишь после рождения плода в связи со значительным сокращением матки и падением внутриматочного давления.

При некоторых патологических процессах наблюдается отслойка нормально расположенной плаценты до рождения плода (преждевременная отслойка). Преждевременная отслойка плаценты обычно возникает в периоде раскрытия; во втором периоде родов и во время беременности это осложнение встречается редко.

Причины. Преждевременная отслойка плаценты чаще возникает в связи с заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения в сосудистой системе. К таким заболеваниям относятся: поздние токсикозы, нефрит, гипертоническая болезнь, пороки сердца, недостаток в организме витамина С и др. Изменения в сосудах плаценты, вызванные этими заболеваниями, способствуют возникновению кровоизлияний в плаценте. Кровоизлияния между стенкой матки и плацентой вызывают отслоение последней от места прикрепления.

К преждевременной отслойке плаценты предрасполагает воспаление слизистой оболочки матки (эндометрит), перенесенное до беременности. Отслойка плаценты может возникнуть в связи с оттягиванием ее книзу при короткой пуповине (в период изгнания) или при плотных оболочках и запоздалом разрыве плодного пузыря (рождающийся пузырь тянет за собой

все оболочки и плаценту). Преждевременная отслойка плаценты может возникнуть при двойнях после рождения первого плода.

Нарушения, возникающие при преждевременной отслойке плаценты. Преждевременная отслойка плаценты бывает полной (отслойка всей плаценты) и частичной. Частичная отслойка плаценты на небольшом участке особых расстройств в организме женщины не вызывает. Если небольшая отслойка произошла до родов, беременность может быть доношена до конца. В таких случаях диагноз частичной отслойки ставится после рождения последа: на материнской поверхности плаценты находится старый сгусток крови.

При полной или частичной, но значительной отслойке плаценты образуется быстро растущая гематома между стенкой матки и отделившейся частью плаценты (рис. 239). Нарастающая гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты. Стенка матки в области гематомы выпячивается. По мере нарастания гематомы кровь проникает между мышечными слоями матки и просачивается до серозного покрова матки. Преждевременная отслойка плаценты сопровождается внутренним (внутриматочным) кровотечением, однако по мере нарастания позадиплацентарной гематомы кровь прокладывает путь между стенкой матки и оболочками по направлению к каналу шейки матки. Поэтому при преждевременной отслойке плаценты к внутреннему кровотечению присоединяется наружное. Наружное кровотечение обычно не достигает значительной степени, даже при большой позадиплацентарной гематоме и сильном малокровии женщины.



Рис. 239. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (внутреннее и наружное кровотечение).

Полная и значительная частичная отслойка плаценты представляет большую опасность для матери и плода. Матери угрожает гибель от кровопотери и шока, связанного с перерастяжением матки; плод нередко погибает от асфиксии. Угроза асфиксии плода возникает при отслойке одной трети плаценты; отслойка половины, а тем более всей плаценты, ведет к быстрой внутриутробной смерти плода.

Клиническая картина полной или значительной частичной отслойки плаценты характеризуется рядом тяжелых симптомов.

1. Женщина жалуется на сильную постоянную боль в животе; кожа и слизистые бледные; пульс частый, мягкий; артериальное давление понижается. Может возникнуть головокружение, звон в ушах и другие симптомы острого малокровия при небольшом наружном кровотечении.

2. Рост позадиплацентарной гематомы ведет к нарастанию внутриматочного давления и растяжению стенок матки. Поэтому матка увеличивается, консистенция ее становится плотной (может быть как дерево), форма овоидная или неправильная. При полной отслойке матка может стать асимметричной в связи с выбуханием ее стенки в области гематомы. Матка резко болезненна при пальпации.

3. В связи с резким напряжением матки части плода прощупываются с трудом или не определяются, сердцебиение нарушается или прекращается совсем, движения плода отсутствуют.

4. Если женщина в родах, то отмечается сильное напряжение плодного пузыря не только во время схваток, но и в паузах между ними.

После изгнания плода отслоившаяся плацента рождается сразу; вместе с плацентой из половых путей изливается большое количество жидкой крови и сгустков.

Перерастянутая матка сокращается плохо, поэтому в первые часы после родов нередко кровопотеря продолжается в связи с атонией матки.

Лечение. При преждевременной отслойке плаценты требуется оказание неотложной квалифицированной помощи. При отсутствии своевременной правильной помощи жизни матери и плода угрожает большая опасность.

Лечение преждевременной отслойки плаценты основывается на следующих основных принципах: 1) бережное быстрое родоразрешение, 2) борьба с острой анемией и шоком.

Выбор метода родоразрешения зависит от степени кровопотери и условий, позволяющих применить ту или иную акушерскую операцию.

Если отслойка плаценты произошла во время беременности или в самом начале периода раскрытия, производят кесарево сечение, так как при этом отсутствуют условия для быстрого извлечения плода через естественные родовые пути.

При полном открытии зева следует вскрыть плодный пузырь, произвести поворот плода на ножку с последующим извлечением его из родовых путей; после извлечения плода немедленно удаляют плаценту.

Если головка в полости таза и плод живой, роды заканчивают путем наложения акушерских щипцов; при мертвом плоде производят перфорацию головки и быстрое извлечение плода краниокластом.

При неполном открытии зева, небольшой кровопотере и удовлетворительном состоянии матери и плода производят разрыв плодного пузыря. После разрыва пузыря дальнейшая отслойка плаценты может прекратиться и возможно нормальное окончание родов. При недостаточно энергичной родовой деятельности показан метрейриз (стр. 363) с целью стимуляции схваток и ускорения родов.

Наряду с родоразрешением ведется борьба с кровопотерей и шоком. С этой целью применяют переливание крови, вливание физиологического раствора с глюкозой, сердечные средства, согревание женщины; внутрь дают крепкий чай или кофе.

Внимательно наблюдают за состоянием женщины в первые часы после родов, тщательно следят за состоянием матки и количеством крови, выделяемой из влагалища; при наличии гипотонии (атонии) матки применяют меры, способствующие сокращению матки и остановке кровотечения (глава XXV).

Акушерка должна своевременно выявлять и направлять к врачу всех беременных с заболеваниями, предрасполагающими к преждевременной отслойке плаценты (поздние токсикозы, заболевания сердечно-сосудистой системы и почек и др.).

ГЛАВА XXI

АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ. АНОМАЛИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

АНОМАЛИИ РОДОВЫХ (ИЗГОНЯЮЩИХ) СИЛ

Нередко наблюдаются осложнения в течении родов, связанные со слабостью родовых сил. Реже встречается чрезмерно сильная родовая деятельность.

Различают первичную и вторичную слабость родовых сил.

Первичная слабость родовых сил характеризуется тем, что схватки с самого начала родов слабые, короткие, неэффективные; паузы между схватками обычно продолжительные (схватки могут быть частыми, но слабыми).

Вторичная слабость родовых сил выражается в том, что схватки, хорошие с самого начала родов, впоследствии ослабевают в результате утомления и истощения сократительной деятельности матки.

ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВЫХ СИЛ

Причиной слабости схваток может быть недостаток эстрогена, питуитрина, ацетилхолина и других веществ, вызывающих и усиливающих сократительную деятельность матки; большую роль играет понижение возбудимости матки в связи с изменением функций нервной системы.

Первичная слабость родовых сил наблюдается при общих истощающих заболеваниях (малярия, тяжелый туберкулез легких и др.), при инфантилизме, неправильном строении половых органов (двурогая, однорогая матка), миомах матки.

Ранее перенесенные аборт и воспалительные заболевания половых органов также могут быть причиной слабости схваток. Первичная слабость родовых сил возникает в связи с перерастяжением матки при многоводии и многоплодной беременности.

Слабость родовых сил часто наблюдается при преждевременном отхождении вод в связи с тем, что отсутствует плодный пузырь, который является раздражителем нервных элементов шейки и способствует усилению схваток.

Первичная слабость родовых сил может перейти и во второй период родов (слабость потуг). Продолжительность родов значительно увеличивается. Во время родов и в послеродовом периоде нередко возникают осложнения: внутриутробная асфиксия плода, значительное кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде, задержка в матке плаценты или ее частей.

Если слабость родовых сил сопровождается преждевременным (ранним) отхождением вод, нередко возникает эндометрит в родах и послеродовые заболевания, связанные с распространением инфекции, проникшей в матку.

Лечение первичной слабости родовых сил представляет собой сложную задачу. Необходимо стремиться к выяснению причины возникновения слабости схваток и в соответствии с этим выбирать метод лечения.

При выборе метода ведения родов большое значение имеет целостность плодного пузыря. Пока воды не отошли, проводится консервативное лечение. При отошедших водах также проводят консервативное лечение, но нередко возникает необходимость в родоразрешении оперативным путем.

В борьбе со слабостью родовых сил большое значение имеют общие меры: правильное питание (калорийная пища, чай, кофе, фруктовые соки), своевременное опорожнение мочевого пузыря, регулирование функции кишечника, благоприятное воздействие на психику роженицы (устранение страха и других отрицательных эмоций). При целом пузыре разрешают вставать и ходить.

Если родовая деятельность не усиливается, прибегают к стимуляции сократительной деятельности матки медикаментозными средствами. Стимулирующие средства обычно усиливают схватки и способствуют правильному течению родов. Однако после усиления родовой деятельности нередко вновь наступает утомление роженицы и ослабление схваток. В таких случаях роженице предоставляют отдых на несколько часов, если отсутствует необходимость быстро закончить роды.

При значительном переутомлении роженицы назначают подкожно морфин (0,01—0,015) или пантопон, после чего обычно роженица отдыхает несколько часов. Отдых способствует усилению родовых сил.

При слабости схваток, связанной с перерастяжением матки (многоводие, многоплодные роды), рекомендуется вскрыть плодный пузырь при открытии зева на 2—3 пальца. После отхождения вод перерастяжение матки обычно исчезает, стенки ее утолщаются, что способствует усилению схваток.

Методы стимуляции родовой деятельности разнообразны. Обычно пользуются следующими схемами.

I схема (Курдиновского-Штейна). Внутрь касторовое масло 50—60 г, через 2 часа очистительная клизма. После клизмы хинин по 0,2 г 6 раз через каждые 30 минут. Через 15 минут после 3, 4, 5, 6-го приема хинина подкожно вводят по 0,25 мл питуитрина, всего 4 раза.

При целом плодном пузыре в самом начале родов стимуляцию можно начать с внутримышечного введения 40 000—50 000 единиц фолликулина или синэстрола. Фолликулин (и синэстрол) повышает чувствительность матки к хинину, питуитрину и другим веществам, вызывающим сокращение маточной мускулатуры. Через час после введения фолликулина дают касторовое масло, ставят клизму, назначают хинин и питуитрин в указанных выше дозах. При повышенном артериальном давлении питуитрин противопоказан.

II схема (А. П. Николаева). Внутрь касторовое масло 60 г; через час хинин по 0,2 г 5 раз через каждые 30 минут. После пятого приема хинина ставят клизму, после клизмы внутривенно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Одновременно внутримышечно вводят витамин В₁ 60 мг.

III схема (В. Н. Хмелевского). Следующую смесь: глюкозы 50 г, хлористого кальция 2 г, аскорбиновой кислоты 0,5 г, витамина В₁ 0,03 г, разведенной соляной кислоты 10 капель, воды 150 мл—дают внутрь на один прием. Можно повторить через 3 часа.

В последние годы для стимуляции сократительной деятельности матки применяют прозерин в сочетании с солянокислым атропином. Прозерин 0,015 г и атропин 0,0003 г дают в одном порошке, повторяют через 1 час до 6 раз в сутки.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВЫХ СИЛ

Обычно вторичная слабость возникает в периоде изгнания или в конце периода раскрытия после хорошей или удовлетворительной родовой деятельности. Причины возникновения вторичной слабости родовых сил различные. К ним относятся все патологические процессы и особенности развития

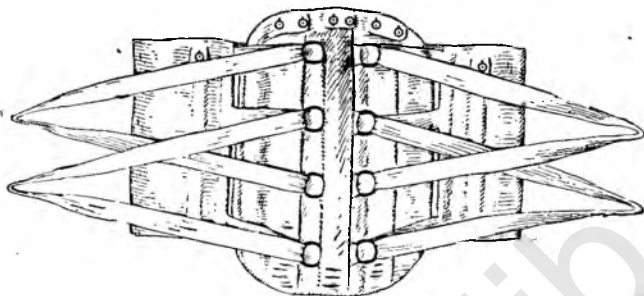


Рис. 240. Бинт Вербова.

организма, которые вызывают первичную слабость родовых сил (общие и гинекологические заболевания, инфантилизм и др.). Вторичная слабость родовых сил нередко наблюдается при затяжных родах вследствие общего утомления роженицы и истощения сократительной способности матки. Затяжные роды и вторичная слабость родовых сил нередко возникают при узком тазе, крупном плоде, неправильных положениях и предлежаниях плода, ригидном зеве, рубцовом сужении влагалища, запоздалом разрыве плодного пузыря. Вторичная слабость родовых сил может возникнуть рефлекторно в связи с переполнением мочевого пузыря или кишечника.

Вторичная слабость родовых сил нередко наступает при отошедших водах, поэтому она часто сопровождается проникновением инфекции в матку и ведет к внутриутробной асфиксии плода. При ослаблении или прекращении родовой деятельности мягкие ткани родовых путей, мочевого пузыря, мочеиспускательный канал и прямая кишка подвергаются продолжительному сдавливанию между головкой и стенками таза. Длительное сдавление ведет к нарушению кровообращения, на почве которого может наступить омертвление тканей с последующим образованием пузырно-влагалищного или кишечно-влагалищного свища.

При возникновении вторичной слабости родовых сил необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы (признаки инфекции, сдавление мягких тканей родовых путей и др.) и за состоянием плода.

При вторичной слабости родовых сил широко применяется борьба с асфиксией плода (стр. 199). Принимают меры к усилению родовой деятельности или к окончанию родов оперативным путем.

Если причиной ослабления родовой деятельности является запоздалый разрыв плодного пузыря, то следует вскрыть оболочку. При полном открытии зева и стоянии головки в полости или выходе таза можно ввести подкожно 1 мл питуитрина, который быстро усиливает родовую деятельность. Однако питуитрин должен применяться с большой осторожностью, так как он иногда вызывает чрезмерно сильные схватки, ведущие к асфиксии плода.

В связи с этим, применяя питуитрин, надо иметь наготове акушерские щипцы и ножницы для производства перинеотомии. Питуитрин нельзя применять при неполном открытии зева, узком тазе, высоко стоящей головке, при растяжении нижнего сегмента матки; резкое усиление сократительной деятельности матки может привести к разрыву шейки или истонченному нижнему сегменту матки.



Рис. 241. Применение бинта Вербова.



Рис. 242. Замена бинта Вербова широким полотном.

При головке, стоящей в полости или выходе таза, и наличии противопоказаний к применению питуитрина (повышенное артериальное давление) роды заканчиваются путем наложения акушерских щипцов.

Если роды затягиваются из-за ригидной промежности, то производят перинеотомию.

При высоко стоящей головке и удовлетворительном состоянии матери и плода назначают стимуляцию родовой деятельности: дают сладкий чай, кофе, фруктовые соки, внутривенно вводят 50 мл 40% глюкозы, 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Можно назначить внутрь хинин в дробных дозах. Если роженица утомлена и показания к быстрому родоразрешению

отсутствуют, ей необходимо предоставить отдых. Роженицу помещают в изолированную комнату, вводят 0,015—0,02 г пантопона. После отдыха родовая деятельность обычно усиливается; при недостаточном эффекте назначают стимуляцию родовой деятельности.

Для устранения слабости родовых сил большое значение имеет своевременное опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки.

Слабость потуг и затяжной характер периода изгнания иногда бывают связаны с неполноценностью брюшного пресса. Дряблость мышц живота, отвислый живот, ожирение, грыжи белой линии и другие дефекты брюшной стенки снижают потужную деятельность. В таких случаях рекомендуется применение бинта Вербова (рис. 240).

Бинт Вербова накладывают в периоде изгнания на живот роженицы. Акушерка и санитарка садятся справа и слева и во время потуги стягивают бинт, в паузу—бинт расслабляют (рис. 241). Стягивая живот, бинт создает опору для матки, замещает недостающую силу брюшного пресса. Вместо бинта Вербова можно применить простыню или широкое полотенце (рис. 242).

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Это нарушение родовой деятельности наблюдается реже, чем слабость родовых сил.

Сильные, частые и болезненные схватки иногда отмечаются при повышенной нервной возбудимости роженицы, при базедовой болезни и других нервных и эндокринных нарушениях. Чрезмерно сильная родовая деятельность может возникнуть при наличии препятствия к изгнанию плода, при узком тазе, неправильных положениях и предлежаниях плода и т. д. В таких случаях в результате судорожной родовой деятельности может наступить разрыв матки. В некоторых случаях после чрезмерно сильной родовой деятельности наступает вторичная слабость родовых сил.

При соответствии размеров головки и таза чрезмерно сильная родовая деятельность заканчивается стремительными родами. Стремительные роды продолжаются 1—3 часа и поэтому иногда происходят вне родовспомогательного учреждения (дома или по дороге в родильный дом, так называемые уличные роды).

При стремительных родах, завершившихся без медицинской помощи, наблюдаются разрывы шейки матки, влагалища и промежности. Нередко наблюдается асфиксия плода, возникающая в связи с тем, что судорожные схватки нарушают плацентарное кровообращение. В связи с быстрым изгнанием плода может произойти внутричерепная травма плода.

При чрезмерно сильной родовой деятельности роженицу укладывают на бок, подкожно вводят пантопон (1 мл 2% раствора) или морфин (1 мл 1% раствора); проводят профилактику асфиксии плода.

При бурной родовой деятельности и возникновении признаков угрожающего разрыва матки (глава XXVI) дают эфирный наркоз. После родов тщательно осматривают не только промежность, но также влагалище и шейку матки, чтобы своевременно обнаружить возможные разрывы и зашить их.

АНОМАЛИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Течение родов иногда нарушается в связи с изменениями шейки матки, влагалища и промежности. Значительные рубцовые изменения шейки и влагалища могут служить препятствием для родов.

Изменения шейки и матки. После родов, особенно патологических (оперативных), нередко возникают разрывы шейки матки. При

заживлении незашитых разрывов образуются рубцы, которые могут нарушить процесс раскрытия шейки при последующих родах. Рубцы образуются также после прижиганий и пластических операций на шейке. При наличии рубцов раскрытие шейки замедляется; усиливается болезненность и частота схваток. При нерезко выраженных рубцовых изменениях раскрытие зева происходит самостоятельно. Значительное рубцовое сужение препятствует полному раскрытию, поэтому приходится производить насечки краев зева (стр. 366). После родов разрезы зашивают.

Ригидность шейки матки. Ригидность наблюдается нередко, особенно у старых первородящих; ригидность иногда отмечается у женщин, перенесших воспалительные заболевания шейки.

Ригидность (утрата эластичности, неподатливость) шейки тормозит процесс раскрытия шейки и замедляет, а иногда нарушает течение родов. В связи с затрудненным раскрытием шейки схватки становятся частыми и болезненными. Несмотря на это, раскрытие происходит очень медленно, края зева плотные, с трудом растягиваются введенными пальцами.

При ригидности зева применяют пальцевое расширение его, при отошедших водах можно ввести в матку метрейринтер (стр. 363). В случае значительной неподатливости приходится делать боковые насечки краев зева.

Плотность и неподатливость краев зева иногда зависит от спастического состояния круговой мускулатуры шейки матки. В таких случаях благоприятное действие оказывает ректальное введение обезболивающей свечи с белладонной (0,02 г) или пантопоном (0,015 г).

Спазм зева успешно устраняется путем введения в шейку матки 0,5% раствора новокаина. Раствор вводят в толщу шейки матки, вокруг зева в 5—6 местах; общее количество раствора 50—60 мл.

Изменения влагалища и промежности. Во влагалище иногда встречаются врожденные перегородки и рубцы, суживающие его просвет в большей или меньшей степени. Причины образования рубцов различны: дифтерийный вагинит, перенесенный в детском возрасте, случайные ожоги и повреждения.

Небольшие перегородки и рубцы во время родов растягиваются и не препятствуют изгнанию плода и последа. При значительном рубцовом сужении влагалища приходится заканчивать роды путем кесарева сечения. Перегородки, препятствующие изгнанию плода, рассекают.

Продвижению головки иногда мешает ригидная промежность. Ригидность промежности нередко наблюдается у старых первородящих.

Плотные ткани промежности плохо растягиваются и создают препятствия для прорезывания головки, роды замедляются, могут возникнуть признаки асфиксии плода. Ткани промежности, утратившие эластичность и растяжимость, легче подвергаются разрыву. Если ригидная промежность замедляет изгнание плода, целесообразно произвести перинеотомию. Перинеотомия особенно показана при появлении признаков угрожающего разрыва промежности и при ухудшении сердечных тонов плода.

ГЛАВА XXII

ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ И ПУПОВИНЫ

ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Поперечным называется такое положение плода, при котором ось его образует с продольной осью матки прямой (или почти прямой) угол. При косом положении ось плода и ось матки перекрещиваются под острым углом. Положения плода при поперечных и косых положениях определяются по головке; если головка обращена влево—это первая позиция (рис. 243), если вправо—вторая (рис. 244). Вид определяется по спинке плода. При переднем виде поперечного (косого) положения спинка обращена кпереди (рис. 243), при заднем виде—кзади (рис. 244).

Поперечные и косые положения плода называются неправильными потому, что при несовпадении оси плода с осью матки и таза роды невозможны; без оказания медицинской помощи матери и плоду угрожает смертельная опасность.

Поперечные (косые) положения плода встречаются в 0,5% всех родов.

Причины поперечного (косого) положения плода различны.

1. Возникновению поперечного (косого) положения плода способствуют все условия, при которых облегчается подвижность плода в полости матки. К таким условиям относятся: многоводие, дряблость брюшной стенки, многоплодная беременность, особенно в сочетании с многоводием.

2. Поперечное (косое) положение плода может возникнуть при узком тазе, предлежании плаценты, опухоли в нижнем сегменте матки и других условиях, мешающих головке опуститься в нижний сегмент матки и прижаться ко входу в таз.

3. Неправильная форма матки, например седловидная матка, также может быть причиной поперечного положения.

Диагностика поперечного (косого) положения плода в большинстве случаев особых затруднений не представляет. При осмотре обращает внимание форма матки, она не овоидная, а вытянута в поперечном или косом направлении; дно матки стоит ниже, чем при продольном положении плода. При пальпации выясняется, что головка и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки (головка слева, ягодицы справа или наоборот), предлежащей части над входом в таз нет. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка, ближе к той стороне, где находится головка.

Влагалищное исследование во время беременности и в самом начале родов не дает отчетливых данных, свидетельствующих о поперечном положении. Поэтому при затруднениях в диагностике поперечного положения

(неясные данные пальпации при многоводии и др.) приходится применять рентгенографию.

Влагалищное исследование является ценным методом распознавания поперечных (косых) положений во время родов после вскрытия плодного пузыря. Через зев удается прощупать плечико плода, ребра, ключицу (при заднем виде) или лопатку и остистые отростки позвонков (при переднем виде).

При поперечных (косых) положениях часто во влагалище выпадает ручка, иногда и петля пуповины. При выпадении ручки легко прощупывается подмышечная впадина. По подмышечной впадине можно судить о том,

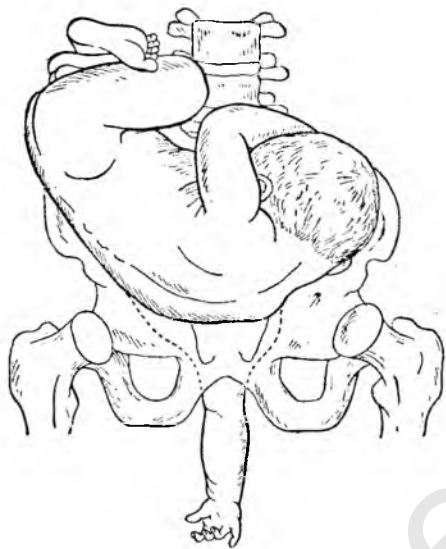


Рис. 243. Поперечное положение, первая позиция, передний вид. Рис. 244. Поперечное положение, вторая позиция, задний вид.

куда обращена головка плода, т. е. о позиции. Головка находится на той стороне, где замыкается подмышечная впадина. Если подмышечная впадина закрыта в левую сторону, позиция первая (головка слева) и наоборот.

Необходимо уточнить, что выпало во влагалище: ручка или ножка. Для ножки характерны: коленная чашечка и пяточный бугор; пальчики на стопе почти одинаковой длины, большой палец не отводится в сторону. Кисть ручки переходит в предплечье без выступа, пальчики длиннее, чем на ножке, большой палец отводится в сторону и пригибается к ладони.

Следует определить, какая ручка выпала: правая или левая. Для этого надо мысленно «поздороваться» с выпавшей ручкой, если это удастся, выпавшая ручка правая, если не удастся—левая. Существует и другой способ определения правой и левой ручки. Выпавшую ручку поворачивают ладонью вверх и по направлению большого пальца судят, какая это ручка; если большой палец обращен вправо, выпавшая ручка правая, если влево—левая.

Выяснение позиции и наименования выпавшей ручки (правая или левая) облегчает определение вида.

При первой позиции выпадение правой ручки указывает на передний вид, левой—на задний. При второй позиции выпадение правой ручки указывает на задний вид, левой—на передний.

Течение родов при поперечном (косом) положении и патологическое. Только в исключительно редких случаях плод в начале родов переходит из косого или поперечного положения в продольное (самоповорот). Обычно же во время родов поперечное (косое) положение сохраняется, в связи с этим возникают осложнения, опасные для матери и плода.

При поперечных (косых) положениях предлежащей части нет, передние и задние воды не разграничены; при схватках все воды устремляются к нижнему полюсу яйца, что приводит к раннему разрыву плодного пузыря. Обычно изливаются все или почти все воды; вместе с водами выпадает ручка, а иногда и петля пуповины.

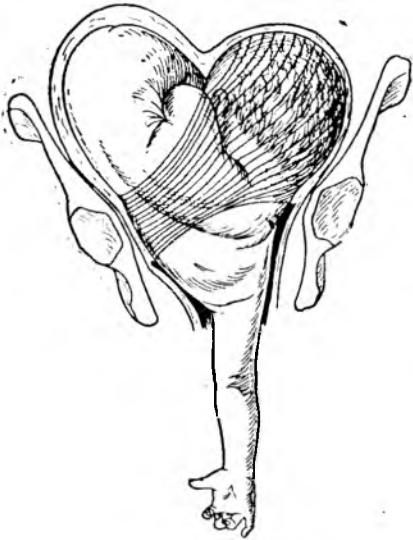


Рис. 245. Запущенное поперечное положение (перерастяжение нижнего сегмента матки).



Рис. 246. Самоизворот плода.

После отхождения вод матка сокращается и обхватывает плод, который становится неподвижным; вследствие значительного сокращения мускулатуры матки может наступить нарушение плацентарного кровообращения и асфиксия плода.

Под влиянием родовых сил поперечно расположенный плод опускается в перерастянутый нижний сегмент матки, стенки которого истончаются; позвоночник плода изгибается, особенно в шейной части, плечико вколочивается в таз (рис. 245), выпавшая ручка отекает и синееет.

Неподвижность плода, внедрение плечика в таз, отечность и синюшность выпавшей ручки являются признаками запущенного поперечного положения.

Запущенное поперечное положение является грозным осложнением; без оказания своевременной помощи обычно наступает разрыв матки со смертельным исходом для матери и плода.

Реже при запущенном поперечном положении наступает вторичная слабость родовых сил с последующим развитием септической инфекции.

В исключительных случаях недоношенный мертвый мацерированный плод может родиться в поперечном положении путем самоизворота (рис. 246). Плечо легко сжимаемого плода внедряется в таз и выходит из-под лонной дуги, позвоночник сильно сгибается и мимо плечика через

таз проходит туловище, ягодицы и ножки плода; после этого рождается второе плечико и головка.

Также исключительно редко наблюдается рождение недоношенного мертвого плода в сдвоенном виде (роды с д в о е н н ы м т е л о м, рис. 247): после рождения вколотившегося плечика туловище недоношенного мертвого плода резко перегибается в грудном отделе, головка вдавливается в живот и в таком состоянии плод проходит через родовые пути.

В е д е н и е б е р е м е н н о с т и и р о д о в. Поперечное (косое) положение плода, обнаруженное сравнительно рано (на VII—VIII месяце), может самостоятельно измениться на продольное. Повороту плода из косого положения в продольное способствует лежание женщины на том боку, где находится крупная нижележащая часть (головка, ягодицы). Например,

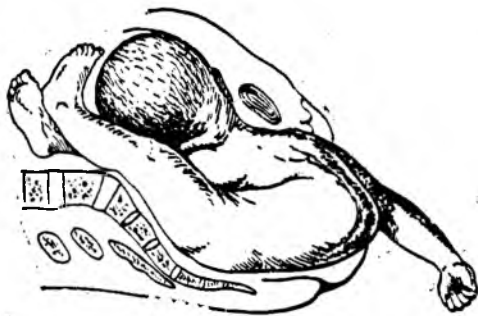


Рис. 247. Роды сдвоенным телом.

если головка находится в левой подвздошной области, беременной советуют спать на левом боку. При этом дно матки и тазовый конец плода будут отклоняться влево, а головка—вправо, ко входу в таз; косое положение может превратиться в продольное. Если головка в правой подвздошной области, рекомендуется лежать на правом боку. Если при косом положении ниже лежат ягодицы плода, лучше удаётся поворот на тазовый конец.

Если неправильное положение сохраняется при беремен-

ности в 35—36 недель, женщину направляют в родильное отделение районной (участковой) больницы или в городской родильный дом, где она остается до родов.

В родильном доме врач может сделать попытку поворота плода из поперечного (косого) положения в продольное наружными приемами (стр. 368).

При безуспешности наружного поворота во время родов производят внутренний поворот (стр. 369) с последующим извлечением плода (стр. 372). Внутренний поворот производят при полном раскрытии зева и неотошедших водах (плодный пузырь разрывается во время поворота) или сразу после излития вод. Поэтому во время родов чрезвычайно важно сохранить целостность плодного пузыря до конца периода раскрытия. Роженице запрещают вставать с постели, рекомендуют лежать на том боку, где находится головка или тазовый конец, если он ближе ко входу в таз. Раннее отхождение вод можно предупредить введением во влагалище резинового баллона—кольпейринтера. Как только раскрытие закончилось, разрывают оболочки, производят поворот и извлечение.

При самопроизвольном отхождении вод немедленно делают влажностное исследование; при полном открытии сразу производят поворот и извлечение плода, при неполном—в матку вводят метрейринтер (стр. 363), который способствует сохранению остатков вод и ускоряет раскрытие зева.

В ряде случаев при сочетании поперечного или косого положения плода с другой патологией (узкий таз, старая первородящая) вскоре после начала родовой деятельности производят кесарево сечение.

При запущенном поперечном положении плод часто погибает, в таких случаях прибегают к плодоразрушающим операциям; если плод еще живой и противопоказаний к чревосечению нет (инфекция), можно произвести кесарево сечение. При запущенном поперечном положении поворот плода

запрещен потому, что он ведет к разрыву матки. Разрыв матки может произойти даже при попытке к повороту, во время введения руки в матку.

Роды при поперечном и косом положении как глубоко патологические должны проводиться в стационаре, где работает врач. Если по какой-нибудь причине женщина своевременно не госпитализирована, ее направляют в начале родов в родильный дом на удобном виде транспорта в сопровождении акушерки.

При запущенном поперечном положении акушерка вводит роженице морфин (0,01 г) или пантопон (0,02 г) и срочно вызывает врача. Выпавшую ручку не вправляет потому, что она после вправления снова выпадет. Кроме того, при запущенном поперечном положении попытка вправления может привести к разрыву матки.

ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ И ПУПОВИНЫ

Различают предлежание и выпадение мелких частей плода (ручки, ножки) и пуповины. Пока плодный пузырь цел и рядом с предлежащей частью (или ниже ее) через оболочки определяется мелкая часть или пуповина, говорят об их предлежании.

Выпадением пуповины и мелких частей называется нахождение их ниже крупной предлежащей части после отхождения вод.

Выпадением ручки и наиболее часто происходит при поперечном (косом) положении, однако встречается и при продольном положении плода (рис. 248). Выпадение ручки при головном предлежании происходит в том случае, если между головкой и тазом есть свободное пространство. Поэтому данное осложнение наблюдается при недозрелом плоде, двойнях (маленькая головка), плоском тазе, многоводии (высокое расположение головки к моменту отхождения вод).

Выпадение ручки при поперечном положении самостоятельного патологического значения не имеет. При операции поворота плода на ножку ручка втягивается в половые пути сама во время поворота. При плодоразрушающей операции, когда имеется запущенное поперечное положение, выпавшая ручка используется как рукоятка для оттягивания плода книзу и для извлечения туловища (при декапитации).

Выпадение ручки при головном предлежании является опасным осложнением родов. Ручка, лежащая рядом с головкой, сужает пространство таза и препятствует продвижению головки; в связи с этим изгнание плода становится затруднительным или даже невозможным. Роды благополучно заканчиваются лишь в том случае, если головка небольшая (недоношенный плод, близнецы) или выпала не вся ручка, а только кисть.

При выпадении всей ручки возникают различные осложнения: затяжной период изгнания, эндометрит в родах, асфиксия плода; нередко развивается вторичная слабость родовых сил или наступают судорожные схватки, ущемление мягких тканей родовых путей; возможен разрыв матки.

Предлежание и выпадение ручки выясняются при влагалищном исследовании (предлежащая ручка прощупывается через оболочки). При предлежании ручки роженицу укладывают на бок, противоположный предлежащей ручке; при этом дно матки с ягодицами плода перемещается в ту же сторону, а предлежащая ручка уходит вверх. После отхождения вод головка всгупает в таз и условие для выпадения ручки исчезает.

При выпадении ручки положение на боку обычно бывает безуспешным. Если головка подвижна, ее осторожно смещают вверх и вправляют ручку за головку. Если вправление ручки не удается или она вновь выпадает, то при только что отошедших водах и подвижном плоде производят поворот плода на ножку, в ряде случаев—кесарево сечение.

При головке, опустившейся в полость таза, роды ведут выжидательно; если наступают осложнения (асфиксия плода, вторичная слабость родовых сил), роды заканчивают путем наложения акушерских щипцов.

В ы п а д е н и е п у п о в и н ы нередко наблюдается при поперечных (косых) положениях плода, когда нижний сегмент матки не занят предлежащей частью. Выпадение пуповины может произойти также при продольном положении, если предлежащая часть не заполняет входа в таз (рис. 249). Поэтому данное осложнение встречается при узком тазе, разгибательных предлежаниях, когда головка долго не вставляется во вход таза, при двойнях (небольшая головка), а также при тазовых предлежаниях. При многоводии петля пуповины может проскользнуть мимо предлежащей части вместе с водами, которые изливаются под большим давлением. Выпадению пуповины предрасполагает ее чрезмерная длина.



Рис. 248. Выпадение ручки при головном предлежании.



Рис. 249. Выпадение пуповины.

Выпавшая петля пуповины легко сжимается, поэтому она не препятствует прохождению предлежащей части через родовый канал. Однако это осложнение родов представляет чрезвычайно большую опасность для плода. Выпавшая пуповина обычно сдавливается между предлежащей частью и стенкой таза, кровообращение плода нарушается и плод погибает, если не будет оказана помощь.

Гибель плода можно предотвратить при своевременном распознавании выпадения пуповины и правильном выборе метода ведения родов.

Выпадение пуповины обычно происходит во время отхождения вод; поэтому для своевременной диагностики данного осложнения нужно производить влагалищное исследование непосредственно после отхождения вод. Это особенно необходимо при условиях, способствующих выпадению пуповины (поперечное положение, узкий таз, многоводие и др.).

Выпавшую во влагалище петлю пуповины необходимо исследовать очень осторожно потому, что раздражение пуповинных сосудов ведет к их спазму и ухудшению кровообращения плода. Если сосуды пуповины пульсируют, плод жив; отсутствие пульсации не только во время схваток, но также в паузы между ними указывает на гибель плода.

Если удастся поставить диагноз предлежания пуповины (прощупывание через оболочки), роженицу кладут на бок, противоположный предлежащей пуповине. При таком положении петля пуповины может отойти кверху, головка после отхождения вод опускается и заполняет вход в таз.

При выпавшей пуповине и живом плоде необходима срочная помощь. При поперечном положении, полном открытии зева и подвижном плоде производят поворот плода на ножку с последующим извлечением его. Если пуповина выпала при подвижной головке, воды отошли недавно, открытие зева полное, также показан поворот и извлечение плода. При тазовом предлежании и полном открытии зева, если возникают признаки асфиксии плода, роды заканчиваются извлечением плода за ножку или паховый сгиб. При опускании в таз ягодиц или ножек небольшого плода сдавление пуповины происходит не всегда; в таких случаях роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за сердцебиением плода. При головке, стоящей в полости таза и живом плоде (выпавшая петля пуповины пульсирует), немедленно накладывают щипцы.

При неполном раскрытии зева пытаются заправить петлю пуповины и ввести метрейринтер или прибегают к кесареву сечению.

Роды при предлежании и выпадении пуповины ведут под наблюдением врача потому, что в большинстве случаев приходится применять акушерские операции.

Из всех методов родоразрешения, которые приходится применять при выпадении пуповины, акушерка в отсутствие врача может произвести поворот и извлечение плода.

ГЛАВА XXIII

ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РОДОВ

Нормальным является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания, когда головка сгибается и проходит через таз наименьшим (малым косым) размером.

Роды при заднем виде затылочного предлежания относятся также к сгибательному типу и представляют собой вариант основного, нормального механизма родов.

Нередко наблюдаются отклонения от нормального механизма родов, осложняющие течение родов в большей или меньшей степени. К этим отклонениям относятся: разогнутые предлежания головки, асинклитические вставления головки, высокое прямое и низкое поперечное стояние головки.

РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

При сгибательном типе механизма родов (затылочное предлежание) впереди идущей частью головки является затылок, проводная точка—малый родничок, головка проходит через таз окружностью, соответствующей малому косому размеру (при заднем виде—среднему косому).

Иногда головка проходит через таз в разогнутом состоянии. Подбородок отходит от грудной клетки, впереди идущей областью головки становится темя, лоб или лицо.

Таким образом возникают разгибательные предлежания.

Различают три степени разгибания головки и

соответственно три вида разгибательного предлежания (рис. 250).

1. При первой наиболее легкой степени разгибания подбородок отходит от грудной клетки, впереди идущей частью становится темя, проводной точкой является большой родничок—**п е р е д н е г о л о в н о е п р е д л е ж а н и е** (рис. 250,а).

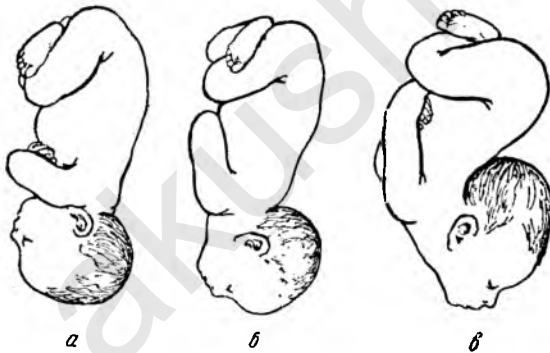


Рис. 250. Разогнутые предлежания головки.
а—переднеголовное предлежание; б—лобное предлежание;
в—лицевое предлежание.

2. Вторая степень характеризуется более значительным разгибанием головки; наиболее низко расположенной частью становится лоб—лобное предлежание (рис. 250, б).

3. При третьей степени происходит максимальное разгибание, ниже всех опускается лицевая часть головки, проводной точкой становится подбородок—лицевое предлежание (рис. 250, в).

Причины возникновения разгибательных предлежаний различны; к ним относятся все моменты, затрудняющие сгибание головки. Разгибательные предлежания чаще всего возникают при узком (особенно плоском) тазе. При несоответствии между размерами таза (узкий) и головки разгибание возникает потому, что задерживается опускание затылка, являющегося наиболее широкой областью головки.

Такое же препятствие к сгибанию может возникнуть при чрезмерно большой головке. Кроме того, маленькая головка плода может беспрепятственно пройти через таз в разогнутом состоянии. В последнем случае почти полностью отсутствует обычный механизм родов.

Разогнутые предлежания могут возникнуть в связи с преждевременным отхождением вод (особенно при многоводии); если головка в момент отхождения вод находилась в состоянии разгибания, она может зафиксироваться в этом состоянии.

К редким причинам возникновения разгибательных предлежаний относятся опухоли шеи, затрудняющие сгибание, долихоцефалическая (вытянутая спереди назад) форма головки, при которой задерживается опускание затылка.

Механизм родов при всех разгибательных предлежаниях имеет следующие общие черты.

1. Первым моментом механизма является разгибание головки (в отличие от затылочного, когда происходит сгибание головки).

2. В полости таза головка при всех разгибательных предлежаниях, как правило, поворачивается затылком кзади. Поворот разогнутой головки затылком кпереди происходит как исключение, роды при этом обычно невозможны.

ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Распознать переднеголовное предлежание при наружном акушерском исследовании обычно не удается. При влагалищном исследовании в периоде раскрытия оба родничка находятся на одном уровне. В периоде изгнания большой родничок опускается ниже и становится проводной точкой; малый родничок отстает в движении и поэтому достигается с трудом; удается прощупать верхний конец лобного шва, который отходит от переднего отдела большого родничка.

Таким образом, наиболее низко расположенной областью является темя с большим родничком.

Механизм родов. Во входе в таз головка устанавливается стреловидным швом (и частью лобного шва) в поперечном или в слегка косом размере; большой и малый роднички находятся на одном уровне.

Первый момент—небольшое разгибание, подбородок отходит от грудной клетки, темя опускается, большой родничок располагается ниже малого, он является проводной точкой. В таком положении головка опускается в полость таза.

Второй момент—внутренний поворот головки. В полости таза происходит поворот головки затылком кзади; стреловидный шов переходит в косой размер таза. В выходе таза поворот головки заканчивается, большой родничок обращен к лону, малый—к крестцу, стреловидный шов находится в прямом размере.

Третий момент—происходит во время прорезывания головки, он складывается из: а) сгибания и б) разгибания прорезывающейся головки. Вначале из половой щели появляется теменная часть головки с большим родничком, затем прорезывается лоб, и область переносицы подходит

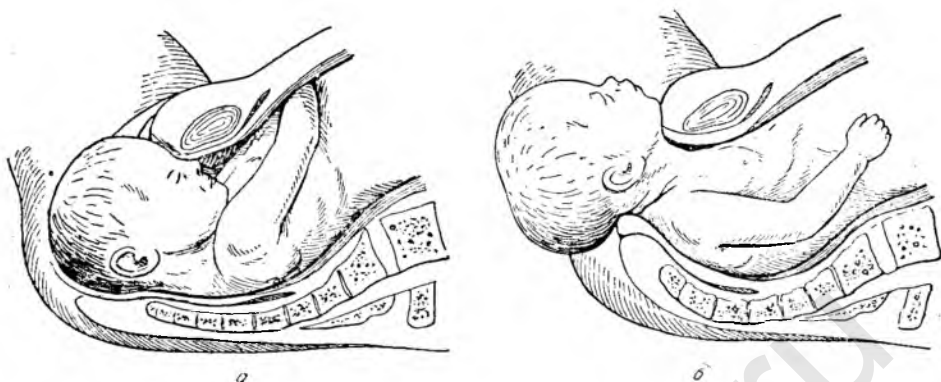


Рис. 251. Прорезывание головки при переднеголовном предлежании. а—сгибание головки вокруг первой точки фиксации; б—разгибание головки вокруг второй точки фиксации.

к нижнему краю лонной дуги. Область переносицы (glabella) является первой точкой фиксации (рис. 251, а). Вокруг этой точки головка сгибается. В этот момент происходит прорезывание затылка до затылочного бугра. Затем затылочный бугор упирается в область крестцово-копчикового сочленения, образуя вторую точку фиксации. Вокруг этой точки происходит разгибание головки; во время разгибания изпод лона выходит личико плода (рис. 251, б).

Четвертый момент—наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Головка проходит через таз и прорезывается через вульварное кольцо окружностью в 34 см, соответствующей прямому размеру головки (12 см). Головная опухоль располагается в области большого родничка; конфигурация головки резко выражена, она вытянута вверх теменной частью, по форме напоминает башню (рис. 252).



Рис. 252. Конфигурация головки при переднеголовном предлежании.

Механизм родов при переднеголовном предлежании напоминает механизм родов при заднем виде затылочного предлежания (стр. 133). Однако сходство является внешним, оно состоит в том, что в обоих случаях роды происходят в заднем виде. Во всем остальном механизм родов при указанных предлежаниях различен. При заднем виде затылочного предлежания согнутая головка проходит окружностью в 33 см (по среднему косому размеру). При переднеголовном предлежании разогнутая головка проходит через таз и промежность окружностью в 34 см. При заднем виде проводная точка находится на границе между большим и малым родничком, при переднеголовном—проводной точкой является большой родничок. При заднем виде затылочного предлежания одна точка фиксации—граница волосистой части головки; при переднеголовном предлежании первая точка фиксации—переносица, вторая—затылочный бугор.

Течение родов при переднеголовном предлежании. Период изгнания затяжной, потому что разогнутая головка проходит через таз сравнительно

большим размером (прямой размер) и встречает значительное препятствие со стороны родовых путей.

При суженном тазе или крупном плоде может возникнуть судорожная родовая деятельность и перерастяжение нижнего сегмента или вторичная слабость родовых сил, прекращение поступательных движений головки, сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, асфиксия внутриутробного плода.

При нормальном тазе, обычной величине плода и нормальной родовой деятельности роды заканчиваются самопроизвольно.

Ведение родов выжидательное. Акушерка внимательно следит за состоянием роженицы, характером родовой деятельности, продвижением головки, регулярно выслушивает и сосчитывает сердцебиение плода. Рекомендуются профилактика асфиксии плода.

В момент прорезывания головка должна сгибаться кпереди (к лону); после прорезывания затылка головку захватывают рукой и производят осторожное разгибание ее кзади. Оперативные вмешательства применяют только при возникновении осложнений (вторичная слабость родовых сил, асфиксия плода и др.). Роды проводятся под наблюдением врача.

ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Лобное предлежание может быть временным; в процессе родов разгибание головки нередко увеличивается и лобное предлежание переходит в лицевое. Если максимальное разгибание не совершится, лобное предлежание закрепляется.

Роды в лобном предлежании встречаются очень редко (1 на 2000—3000 родов), течение их затяжное. В периоде изгнания нередко возникают осложнения, угрожающие благополучию матери и плода. Самопроизвольное окончание родов при лобном предлежании возможно только при нормальном тазе, небольшом плоде (недоношенном) и хорошей родовой деятельности.

Распознавание лобного предлежания путем наружного исследования затруднительно. При влагалищном исследовании диагноз лобного предлежания ставится в том случае, если прощупывается лоб с лобным швом при головке, плотно прижатой к тазу или вступившей в таз.

Для лобного предлежания характерно, что с одной стороны лобного шва прощупывается корень носа и надбровные дуги, с другой—передний угол большого родничка.

Если головка подвижна, лобное предлежание еще может перейти в лицевое.

Механизм родов. П е р в ы й м о м е н т—разгибание головки; головка устанавливается во входе в таз своим большим косым размером, ниже всех расположен корень носа, он является проводной точкой. Лобный шов находится в поперечном размере входа в таз. В таком положении головка опускается до дна таза (если она невелика и родовая деятельность хорошая).

В т о р о й м о м е н т—внутренний поворот головки затылком кзади, глазницами кпереди (к симфизу); лобный шов переходит в косой, а затем в прямой размер выхода таза.

Т р е т ь и м о м е н т происходит во время прорезывания и состоит из: а) сгибания и б) разгибания головки. При очень сильных потугах из половой щели показываются лоб, глаза, нос (рис. 253); после этого верхняя челюсть упирается в нижний край симфиза (первая точка фиксации), головка сгибается, в момент сгибания над промежностью выкатываются темя и затылок. В дальнейшем затылочный бугор (вторая точка фиксации) упирается

в крестцово-копчиковое сочленение, происходит разгибание головки, при котором из-под лона появляются рот и подбородок.

Четвертый момент механизма родов обычный—наружный поворот головки, зависящий от внутреннего поворота плечиков.

Головка подвергается резкой конфигурации, она вытягивается в направлении лба (рис. 254); родовая опухоль обычно велика, располагается в области лба. Головка прорезывается окружностью, равной 35 см (соответствует среднему размеру между прямым и большим косым размером).

Течение родов затяжное, обычно патологическое. Самопроизвольное окончание родов наблюдается редко (небольшой плод, сильные схватки, обширный таз). Период изгнания продолжительный; нередко возникает



Рис. 253. Прорезывание головки при лобном предлежании.



Рис. 254. Конфигурация головки при лобном предлежании.

вторичная слабость родовых сил, прекращение продвижения головки, сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, асфиксия плода. В результате длительного сдавления мягких тканей могут образоваться пролежни, ведущие к возникновению мочеполовых свищей. Может возникнуть чрезмерно сильная родовая деятельность, перерастяжение нижнего сегмента матки и разрыв матки. Часто наблюдаются глубокие разрывы промежности. Ребенок рождается с явлениями внутричерепной родовой травмы, часто наблюдаются мертворождения.

Ведение родов. Роды при лобном предлежании ведет только врач. Если головка еще не вставилась, роды ведут выжидательно, потому что разгибание головки может усилиться и лобное предлежание перейти в лицевое. Попытки искусственного превращения лобного предлежания в лицевое (пальцем, введенным в рот плода) обычно бывают безуспешными и небезопасными. Поэтому, если лобное предлежание самопроизвольно не исправляется, головка еще не вставилась, плод подвижен, открытие зева полное, производят профилактический поворот на ножку.

При доношенном плоде и при отсутствии условий для поворота можно поставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Если головка опустилась в полость, роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за состоянием матери и плода. При возникновении осложнений (слабость родовых сил, асфиксия, угрожающий разрыв матки и др.) роды заканчивают оперативным путем. Если плод живой, производят попытку наложения щипцов (осторожно), при мертвом плоде делают краниотомию.

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Лицевое предлежание обычно образуется во время родов, реже—во время беременности, является результатом максимального разгибания головки. Роды в лицевом предлежании, по данным И. Ф. Жордания, составляют 0,23% к общему числу родов.

Распознавание лицевое предлежания возможно при наружном и внутреннем исследовании. Вследствие максимального разгибания головка откидывается назад, между затылком и спинкой образуется углубление;

спинка плода выгибается кпереди и поэтому отдалается от стенки матки, а грудная клетка, наоборот, приближается к ней. Следовательно, при лицевом предлежании наружное исследование позволяет выявить характерные данные: 1) углубление между спинкой и запрокинутой головкой (рис. 255), 2) наиболее отчетливое прослушивание сердцебиения плода не со стороны спинки, а со стороны грудной клетки (где прощупываются мелкие части).

При влагалищном исследовании прощупываются: лоб (с лобным швом), надбровные дуги, нос, рот и подбородок плода.

После отхождения вод образуется родовая опухоль, которая может затруднить распознавание лицевое предлежания. При большой родовой опухоли лицевое предлежание может быть принято за ягодичное.

Для того чтобы отличить лицевое предлежание от ягодичного, надо помнить, что при ягодичном предлежании прощупывается крестец, половые части плода, паховый сгиб, при лицевом—надбровные дуги, нос, рот, подбородок. При большой головной опухоли иногда рот плода ошибочно принимают за заднепроходное отверстие. Если ввести палец в рот, то можно прощупать челюсти, язык и небо; палец, введенный в заднепроходное отверстие, встречает сопротивление жома. Однако введение пальца не рекомендуется, так как можно нанести повреждение как рту, так и заднепроходному отверстию.

Следует помнить, что влагалищное исследование при лицевом предлежании необходимо производить крайне осторожно, чтобы не нанести повреждений плоду.

При влагалищном исследовании уточняется позиция и вид плода. Если подбородок обращен вправо, позиция первая, влево—вторая. Вид при лицевом предлежании определяется по подбородку, а не по спинке (затылку), как при всех других предлежаниях¹. Если подбородок поворачивается кпереди (спинка кзади), вид передний, кзади—вид задний.

Механизм родов. К началу периода изгнания головка прижимается ко входу в таз или вступает в него; лицевая линия, идущая от лобного шва по спинке носа к подбородку, находится в поперечном или слегка в косом размере таза.



Рис. 255. Данные наружного исследования при лицевом предлежании.

¹ Многие авторы рекомендуют определять вид при лицевом предлежании по спинке плода, как и при других предлежаниях.

Первый момент механизма родов—разгибание, во время которого подбородок становится самым низко расположенным пунктом—проводной точкой (рис. 256). В таком состоянии головка опускается до дна таза.

Второй момент—внутренний поворот головки—происходит на дне таза. Во время поворота подбородок обычно поворачивается кпереди; лицевая линия переходит в косой, а затем—в прямой размер выхода таза.

Третий момент—сгибание головки. Сгибание происходит следующим образом. При сильных потугах из половой щели показывается подбородок, область подъязычной кости упирается в лонную дугу (рис. 257).



Рис. 256. Лицевое предлежание. Головка вставилась во вход таза в состоянии резкого разгибания.



Рис. 257. Лицевое предлежание. Прорезывание головки.

Вокруг этой точки фиксации головка сгибается; во время сгибания головки над промежностью выкатывается личико, темя и затылок плода.

Четвертый момент механизма родов—наружный поворот головки.

Родовая опухоль располагается на личике (рис. 258); личико отечное, сине-багровое, особенно припухлы губы и веки, иногда отекает также и язык. В связи с этим в первые дни жизни сосание затруднено.

Течение родов. При лицевом предлежании головка проходит через таз и прорезывается через вульварное кольцо сравнительно небольшой окружностью (32—33 см), соответствующей вертикальному размеру (9,5 см). Поэтому при нормальном тазе и хорошей родовой деятельности роды обычно заканчиваются самостоятельно. При крупном плоде, недостаточной сильной родовой деятельности, сужении таза роды затягиваются и возникают осложнения (сдавление мягких тканей, асфиксия плода, эндометрит в родах и др.).

В редких случаях возникает тяжелое осложнение—задний вид лицевого предлежания: подбородок поворачивается к копчику, лоб—к симфизу (рис. 259). Продвижение головки прекращается, потому что головка должна проходить через таз вместе с грудной клеткой. Объем головки вместе с грудной клеткой не совместимы с размерами таза, поэтому роды в заднем виде лицевого предлежания невозможны, требуется оперативное родоразрешение.

Ведение родов при переднем виде лицевого предлежания выжидательное, потому что они в большинстве случаев заканчиваются самостоятельно.

В первом периоде родов роженицу укладывают в постель, чтобы предупредить раннее отхождение вод. Рекомендуют лежать на том боку,

куда обращен подбородок: такое положение способствует опусканию подбородка и облегчает механизм родов.

Во втором периоде родов внимательно наблюдают за состоянием роженицы и плода, характером родовой деятельности, продвижением головки. При переднем виде лицевого предлежания терпеливо выжидают прорезы-



Рис. 258. Конфигурация головки при лицевом предлежании.

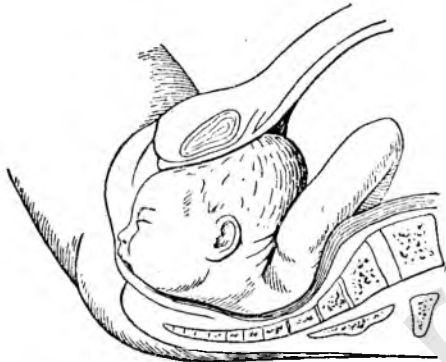


Рис. 259. Лицевое предлежание, задний вид. Роды невозможны.

вания подбородка; после этого приступают к приему родов. Необходимо бережное обращение с головкой, чтобы не повредить прорезывающегося личика. После прорезывания личика левой рукой головку осторожно и медленно сгибают по направлению к симфизу, а правой рукой бережно сводят мягкие ткани родовых путей с рождающейся головкой. При лицевом предлежании зашиту промежности необходимо производить весьма внимательно, потому что нередко наблюдаются разрывы ее; при угрожающем разрыве промежности рекомендуется перинеотомия.

В случае возникновения осложнений оказывается необходимая помощь (борьба с асфиксией, стимуляция родовой деятельности и т. д.); оперативное родоразрешение производится только по показаниям со стороны матери или плода.

При заднем виде лицевого предлежания необходимо оперативное родоразрешение (обычно производится краниотомия); без оперативной помощи роды невозможны, роженица погибает от разрыва матки или септической инфекции.

АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ

Синклитическое (осевое) вставление головки характеризуется тем, что стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от симфиза и промотория, т. е. по оси таза. При асинклитическом (внеосевом) вставлении стреловидный шов отклоняется ближе к промоторию или симфизу. Если стреловидный шов ближе к промоторию, то вставляется передняя теменная кость—передний асинклитизм. Когда стреловидный шов приближается к симфизу и вставляется задняя теменная кость,—говорят о заднем асинклитизме.

Небольшая степень асинклитизма встречается при нормальных родах как временное явление; по мере опускания головки в таз асинклитизм исчезает. Этот асинклитизм, встречающийся при нормальных родах, является физиологическим.

Более стойкий, умеренно выраженный асинклитизм (чаще передний) встречается при узких, главным образом плоских тазах. Умеренный асинклитизм благоприятствует прохождению головки через суженный вход плоского таза (глава XXIV), поэтому он также считается физиологическим (приспособительным) явлением.

Сильные степени асинклитического вставления головки затрудняют или нарушают роды и поэтому являются патологическими.

Патологический передний (негелевский) асинклитизм, или передне-теменное вставление. Стреловидный шов располагается у мыса; вставляется передняя теменная кость, задняя задерживается у мыса, головка склоняется к заднему плечу (рис. 260,а).

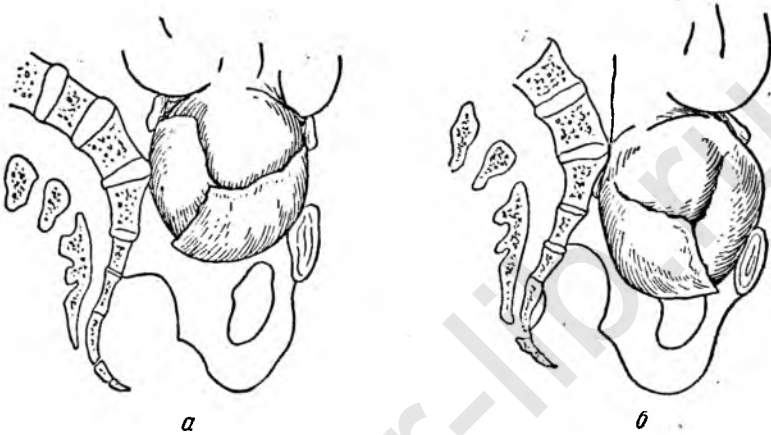


Рис. 260. Патологический асинклитизм.
а—патологический передний асинклитизм; б—патологический задний асинклитизм.

Патологический задний (литцмановский) асинклитизм, или задне-теменное вставление. Стреловидный шов приближен к симфизу или находится рядом с ним; вставляется задняя теменная кость, передняя задерживается над лоном, головка наклонена к переднему плечу (рис. 260,б). При резкой степени заднего асинклитизма у мыса достигается ухо плода.

Возникновению патологического асинклитизма способствуют: узкий таз, дряблая брюшная стенка (отвислый живот), выпадение ручки рядом с головкой и другие моменты.

Диагноз асинклитического вставления устанавливается при влагилицном исследовании на том основании, что стреловидный шов отклоняется от оси таза в сторону симфиза или крестца и устойчиво сохраняет данное положение.

Патологический асинклитизм затрудняет продвижение головки. Только при сильной родовой деятельности, небольшой головке и отсутствии значительного сужения таза роды заканчиваются самопроизвольно. При этом головка подвергается сильной конфигурации, приобретает косую форму; под влиянием сильной родовой деятельности предлежащая теменная кость все глубже внедряется в таз и только после этого опускается другая теменная кость, задержавшаяся у мыса или симфиза.

Течение родов затяжное, нередко возникает сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, вторичная слабость родовых сил, асфиксия и внутричерепная травма плода и другие осложнения. Особенно неблагоприятен прогноз при патологическом заднем асинклитизме: резко

выраженное задне-теменное вставление является препятствием для родов.

В е д е н и е р о д о в. При патологическом асинклитизме роды ведет врач. При умеренном асинклитизме, особенно переднем, ведение родов выжидательное; вмешательства производятся при возникновении осложнений, угрожающих матери или плоду. При выраженном заднем асинклитизме рекомендуется активное ведение родов.

Если плод сохранил подвижность, опытный врач может сделать попытку к повороту на ножку; при отсутствии подвижности плода и живом плоде роды следует закончить кесаревым сечением. При мертвом плоде показана плодоразрушающая операция.

ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Как правило, головка устанавливается во входе в таз стреловидным швом в поперечном или слегка в косом размере. Очень редко головка вступает в таз так, что стреловидный шов совпадает с прямым размером входа— истинной конъюгатой. Это отклонение от нормального механизма родов

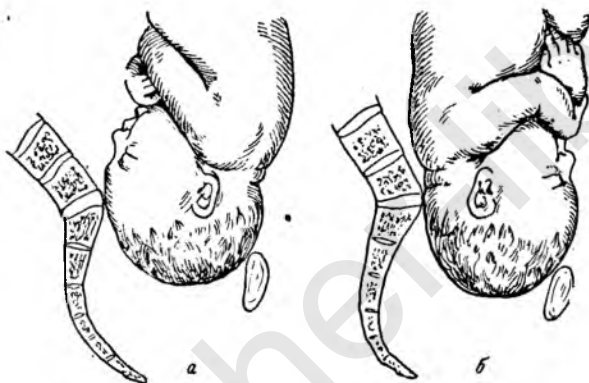


Рис. 261. Высокое прямое стояние головки.
а—positio occipitalis pubica; б—positio occipitalis sacralis.

называется **высоким прямым стоянием головки**. При высоком прямом стоянии головки затылок может быть обращен к симфизу или к крестцу. Когда затылок обращен кпереди, говорят о **переднем виде высокого прямого стояния головки** (positio occipitalis pubica) (рис. 261, а), если затылок обращен к мысу—о **заднем виде высокого прямого стояния головки** (positio occipitalis sacralis) (рис. 261, б).

Возникновению высокого прямого стояния головки способствуют: узкий таз, изменение формы головки (большой поперечный размер больше малого косога), понижение тонуса матки и брюшной стенки и др.

Высокое прямое стояние головки осложняет течение родов. Второй период родов обычно бывает затяжным, нередко возникает слабость родовых сил, прекращение продвижения головки, сдавление мягких тканей родовых путей, асфиксия и внутричерепная травма плода и другие осложнения, являющиеся показанием к оперативному родоразрешению. При нормальном тазе, хорошей родовой деятельности и небольшом плоде роды могут закончиться самопроизвольно.

При переднем виде прогноз значительно лучше, чем при заднем. Головка сильно сгибается и проходит в таком виде (стреловидный шов в прямом размере) через все плоскости таза. Когда головка доходит до дна таза, она

опирается подзатылочной областью в симфиз и разгибается (прорезывается).

При заднем виде происходит резкая конфигурация и сгибание головки. В таком состоянии головка опускается в таз, если размер ее невелик, таз нормален и родовая деятельность энергичная. В полости таза может произойти поворот головки на 180° и она родится в переднем виде. Если поворот не совершится, головка прорезывается в заднем виде. При заднем виде самопроизвольные роды наблюдаются редко, в большинстве случаев возникает необходимость в оперативном родоразрешении (поворот на ножку, кесарево сечение, наложение щипцов, краниотомия).

НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Низким поперечным стоянием головки называется такое нарушение механизма родов, при котором внутрѐнный поворот головки не происходит; головка доходит до полости и даже до выхода таза со стреловидным швом, стоящим в поперечном размере (рис. 262).

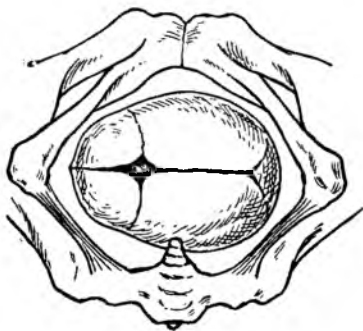


Рис. 262. Низкое поперечное стояние головки.

Низкое поперечное стояние головки чаще всего возникает при узком, особенно при простом плоском тазе; имеет значение расслабление мышц тазового дна. Иногда низкое поперечное стояние головки наблюдается при переднеголовном предлежании и при небольшом плоде.

Низкое поперечное стояние головки нарушает процесс изгнания плода. Головка, стоящая стреловидным швом в поперечном размере выхода, прорезаться не может, потому что разгибанию мешают неподатливые седалищные бугры. Прорезывание головки может произойти только в том случае, если совершится поворот и стреловидный шов перейдет из поперечного в прямой размер выхода таза. Такой поворот возможен только при сильной и продолжительной родовой деятельности и отсутствии значительного сужения таза. Если поворот не произойдет, возникают осложнения, угрожающие матери и плоду (сдавление и омертвление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, восходящая инфекция, асфиксия плода и др.).

Ведение родов выжидательное. Рекомендуется роженицу укладывать на тот бок, куда обращен затылок плода. Проводят профилактику асфиксии плода. Внимательно наблюдают за состоянием матери и плода; при возникновении осложнений роды заканчиваются оперативным путем. При живом плоде накладывают акушерские щипцы, при мертвом—производят краниотомию.

Г Л А В А XXIV

УЗКИЙ ТАЗ

Узкий таз является одним из наиболее важных и сложных вопросов акушерства. Во время родов при узком тазе нередко возникают осложнения, угрожающие матери и плоду. Осложнения, возникающие в связи с узким тазом, требуют применения квалифицированной акушерской помощи; нередко возникают показания к оперативному родоразрешению.

Учению об узком тазе посвящены многочисленные труды отечественных и зарубежных авторов. Развитию этого учения способствовали капитальные труды русских акушеров А. Я. Крассовского, Н. Н. Феноменова, А. Ф. Пальмова и др.

Понятие об узком тазе. М. С. Малиновский приводит следующее определение понятия об узком тазе: «Узким тазом принято считать таз, костный скелет которого настолько изменен, что при прохождении через него доношенного плода, особенно головки, встречаются препятствия и трудности механического характера». Возникающие при узком тазе затруднения и препятствия имеют различную степень. При небольшом сужении таза они устраняются и роды заканчиваются самопроизвольно; в случае резкого несоответствия между размерами таза и плода (головки) возникают непреодолимые препятствия для окончания родов.

В узком тазе могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные и косые; могут быть укорочены только некоторые размеры (например, прямые или поперечные) или даже один из размеров таза (например, прямой размер входа в таз). В соответствии с этим А. Я. Крассовский считает, что узким тазом является такой таз, в котором «... уменьшены все размеры или некоторые размеры или один из главных размеров таза».

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты. Если размер истинной конъюгаты меньше 11 см, а именно 10 см и ниже, таз является узким. О размере истинной конъюгаты можно судить по величине диагональной и наружной конъюгаты. Поэтому к числу узких тазов можно отнести такие, где наружная конъюгата меньше 19 см, а именно 18 см и ниже. Таким образом, на основании измерения таза, при котором выясняется укорочение всех или некоторых размеров, ставится диагноз анатомически узкого таза.

Необходимо указать, что анатомически узкий таз не всегда является препятствием для родов. При умеренной степени сужения таза исход родов зависит не только от размеров таза, но также от характера родовой деятельности, величины плода и способности головки плода к конфигурации. Если родовая деятельность хорошая, плод некрупный, головка хорошо конфигурируется, роды протекают нормально. При слабой родовой деятельности, недостаточной способности головки плода к конфигурации или при круп-

ном плоде таз такого же размера представит препятствие для родов. При равной степени сужения (например, наружная конъюгата равна 18 см) у одной женщины роды будут протекать нормально, у другой—возникают осложнения. Следовательно, анатомически узкий таз в клиническом (функциональном) отношении не всегда является узким. Анатомически узкий таз в клиническом отношении (в смысле течения и исхода родов) может быть узким или неузким в зависимости от силы схваток и потуг, величины и конфигурабельности головки плода и т. д.

Диагноз анатомически узкого таза ставится путем измерения таза; вопрос о том, будет ли данный таз клинически узким, решается во время родов путем учета характера родовой деятельности, продвижения головки и т. д.

Таким образом, клинически узким тазом является такой таз, который представляет препятствие для течения данных родов.

При резкой степени сужения анатомически узкий таз будет всегда узким и в клиническом отношении: роды невозможны даже при сильной родовой деятельности и хорошей конфигурабельности головки.

Этиология. Причины происхождения узкого таза различны. Узкий таз является одним из главных признаков недоразвития организма (инфантилизм). Все условия, способствующие задержке развития организма, ведут одновременно к развитию узкого таза. К ним относятся неблагоприятные условия жизни и тяжелые продолжительные заболевания в детском возрасте и в периоде полового созревания. Большое значение имеет рахит, перенесенный в детском возрасте. При рахите происходит размягчение костей, в том числе костей таза. Поэтому при рахите возникают деформации черепа, позвоночника, грудины, нижних конечностей и таза. Рахитические деформации костей таза обуславливают сужение его. К нарушению формы таза и к сужению его ведет туберкулез костей и суставов, особенно поражение тазобедренного и коленного суставов и позвоночника в детском возрасте. То же наблюдается при переломе костей таза, при вывихах и неправильно сросшихся переломах нижних конечностей, сопровождающихся хромотой и другими нарушениями движений. К редким причинам происхождения узкого таза относятся опухоли костей таза, соскальзывание пятого поясничного позвонка кпереди и другие процессы.

В прежние годы наблюдались деформации таза, вызванные редкой болезнью—остеомалацией; в настоящее время остеомалатические тазы в нашей стране не встречаются.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ

Существуют две классификации узкого таза. Одна классификация учитывает формы узких тазов, другая—степень сужения.

Классификация узких тазов по форме. Различают следующие основные формы узких тазов: общеравномерносуженный таз, плоский таз, общесуженный плоский таз. Кроме того, встречаются редкие формы узкого таза.

I. Общеравномерносуженный таз характеризуется тем, что в нем все размеры (прямые, поперечные и косые) укорочены на одинаковую величину, чаще всего на 1—2 см (рис. 263).

Общеравномерносуженный таз встречается у женщин небольшого роста, нежного телосложения и у лиц, имеющих признаки инфантилизма (недоразвитие молочных желез, волосяного покрова на лобке, наружных половых органах и т. д.).

Иногда наблюдается общеравномерносуженный таз у высоких, мускулистых женщин, имеющих толстые, массивные кости скелета. В строении таза у таких женщин, кроме равномерного сужения, отмечаются особен-

ности, сходные с мужским тазом: высокий узкий крестец, узкая лонная дуга; таз особенно сужен в выходе (имеет воронкообразную форму).

II. П л о с к и й т а з. Плоским называется такой таз, в котором укорочены прямые размеры при обычной величине поперечных и косых размеров. Сужение бывает двояким:

1) укорочены все прямые размеры—простой плоский таз; 2) укорочен только прямой размер входа (истинная конъюгата)—плоскоррахитический таз.

1. П р о с т о й п л о с к и й т а з характеризуется тем, что весь крестец приближен к симфизу; в связи с этим имеет место укорочение всех прямых размеров: входа, полости и выхода. Деформаций костей таза и скелета нет (рис. 264). У женщин, имеющих простой плоский таз, телосложение обычное.

2. П л о с к о р а х и т и ч е с к и й т а з имеет ряд деформаций. Крылья подвздошных костей развернуты, расстояние

между передневерхними остями подвздошных костей увеличено, *distantia spinarum* по своей величине приближается к *distantia cristarum*. При значительной рахитической деформации таза *distantia spinarum* равняется *distantia cristarum* или даже превышает величину последней (в норме *distantia spinarum* меньше *distantia cristarum* на 2—3 см). Крестец укорочен, уплощен и повернут

вокруг горизонтальной оси так, что основание его приближено к симфизу, а верхушка вместе с копчиком направлена кзади; мыс крестца резко выступает кпереди (рис. 265). В связи с поворотом основания крестца мысом кпереди вход таза имеет почкообразную форму; прямой размер входа уменьшен, поперечные и косые размеры обычные. Чем больше выступает кпереди мыс, тем более укорочена истинная конъюгата. Размеры выхода таза увеличены. Прямой размер выхода увеличен в связи с отклонением верхушки

крестца кзади. Поперечный размер выхода таза увеличен потому, что седалищные бугры находятся на большем расстоянии друг от друга, чем в нормальном тазу; лонный угол в плоскоррахитическом тазу широкий. Размеры полости плоскоррахитического таза обычные или несколько увеличены. Таким образом, в плоскоррахитическом тазу уменьшен главный размер—прямой размер входа—истинная конъюгата.

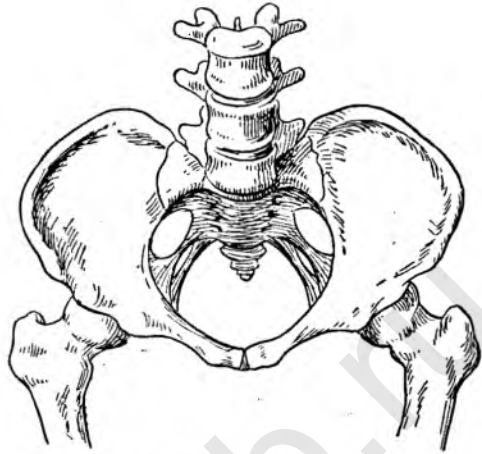


Рис. 263. Общеравномерносуженный таз.

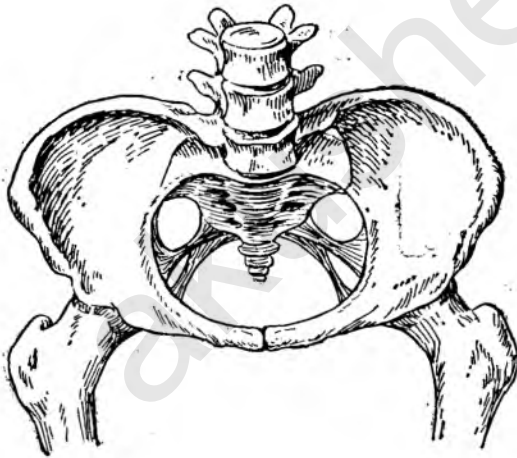


Рис. 264. Простой плоский таз.

У женщин, перенесших рахит, обычно наблюдаются и другие изменения в костной системе: «квадратная головка», S-образные ключицы, искривление ног, позвоночника, грудины и др. Эти изменения могут быть выражены более или менее значительно.

III. Общесуженный плоский таз—это такой таз, в котором уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше всех остальных (рис. 266). Обычно больше всех других размеров укорочен прямой размер входа. Общесуженный плоский таз возникает обычно при сочетании двух патологических процессов: инфантилизма и рахита, перенесенного в детстве. Этим и объясняются особенности данного таза: он узок вообще и, кроме того, уплощен вследствие наибольшего укорочения прямых размеров.

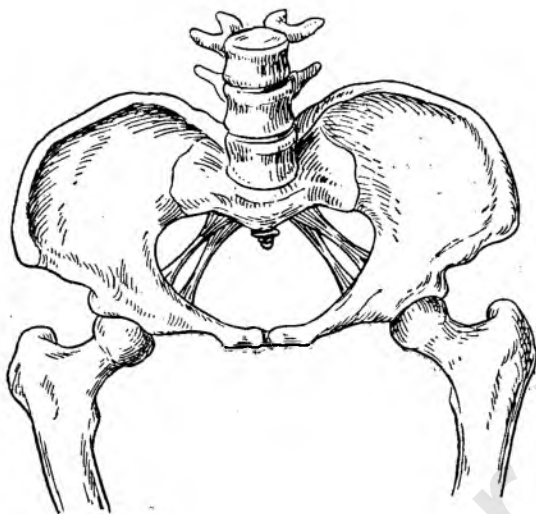


Рис. 265. Плоскоррахитический таз.

Общесуженный плоский таз обычно представляет значительные затруднения для родов, он встречается реже, чем общеравномерносуженный и плоский тазы.

Примерные размеры разных форм сужения таза (в сантиметрах) приводятся в табл. 2.

Редкие формы узкого таза. Сравнительно редко встречаются кососмещенные, кососуженные, поперечносуженные, воронкообразные и другие тазы. Кососмещенный таз возникает обычно на почве перенесенного воспаления тазобедренного или коленного сустава. Больная наступает на здоровую ногу, и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному суставу, вдавливаются внутрь; половина таза на стороне здорового сустава становится уже (рис. 267).

Таблица 2

Форма таза	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
Нормальный таз	25—26	28—29	30—31	20	12,5—13	11
Общеравномерносуженный таз	24	26	28	18	11	9
Простой плоский таз	26	29	31	18	11	9
Плоскоррахитический таз	26	26	31	17	10	8
Общесуженный плоский таз	24	25	27	16	9	7

Кососуженный таз возникает в связи с недоразвитием одного крыла крестцовой кости. При недоразвитии обоих крыльев крестца образуется поперечносуженный таз (рис. 268).

К редким формам неправильных тазов относится спондилолистетический таз. Он образуется вследствие частичного соскальзывания V поясничного позвонка с I крестцового; выступающий вперед поясничный позвонок нависает над крестцом и суживает вход в таз (рис. 269). Исключительно большую редкость представляет спавшийся (остеомалятический) таз (рис. 270).

Классификация узких тазов по степени сужения. О степени сужения таза судят по величине истинной конъюгаты; последняя определяется путем вычисления из диагональной и наружной конъюгат.

Различают четыре степени сужения таза.

Первая степень сужения—истинная конъюгата меньше 11 см и не ниже 9 см. При первой степени сужения таза роды в большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно. Однако встречаются затруднения, особенно при конъюгате, приближающейся к 9 см.

Вторая степень сужения—истинная конъюгата 9—7,5 см. При второй степени сужения роды доношенным плодом возможны, но нередко возникают затруднения и препятствия, являющиеся показанием для оперативного родоразрешения. Чем ближе величина конъюгаты к 7,5 см, тем чаще возникает препятствие для самостоятельного окончания родов.

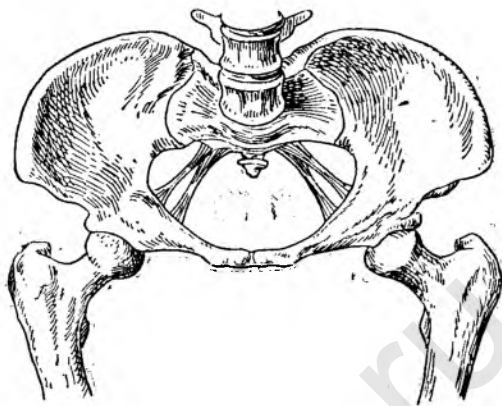


Рис. 266. Общесуженный плоский таз.



Рис. 267. Кососмещенный таз.



Рис. 268. Поперечносуженный таз.

Третья степень сужения—истинная конъюгата 7,5—6 см. Роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. При таком тазе не удастся извлечь плод при помощи акушерских щипцов и экстракции за тазовый конец. Извлечение плода через естественные родовые пути возможно только при помощи плодоразрушающих операций. Получить живого ребенка можно только при помощи кесарева сечения.

Четвертая степень сужения—истинная конъюгата 6 см и ниже. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций; таз настолько узок, что нельзя извлечь плод даже по частям. Единственным методом родоразрешения является кесарево сечение. Таз четвертой степени сужения называют также абсолютно узким тазом.

Данная классификация определяет степень анатомического сужения таза. Учет степени анатомического сужения позволяет в известной мере предвидеть, будет ли данный таз узким в клиническом смысле. При третьей



Рис. 269. Спондилолистетический таз.

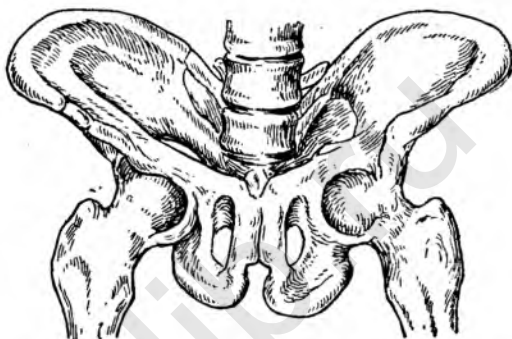


Рис. 270. Спавшийся таз.

и четвертой степени анатомически узкий таз является всегда узким и в клиническом отношении, так как роды живым доношенным плодом через естественные пути невозможны. Поэтому в ранние сроки беременности показан аборт. Если женщина выразит желание иметь ребенка, производится кесарево сечение в конце беременности или в начале родов.

При первой и второй степени анатомически узкий таз в клиническом (функциональном) отношении может быть узким или достаточным для прохождения плода, что зависит от величины плода, конфигурируемости головки, активности родовых сил и др.

РАСПОЗНАВАНИЕ УЗКОГО ТАЗА

Своевременное распознавание узкого таза способствует предотвращению осложнений, которые нередко возникают во время родов, а иногда и в конце беременности. При резком сужении таза женщине вовремя предлагают аборт или предупреждают о необходимости кесарева сечения. Беременных с узким тазом направляют за 2—3 недели до родов в стационар, руководимый врачом.

Диагноз узкого таза устанавливается на основании ознакомления с анамнезом, осмотра тела, измерения таза, влагалищного исследования.

Из анамнестических данных особое значение имеют указания на рахит (поздно стала ходить, поздно прорезались зубы и др.), туберкулез костей и суставов, инфантилизм, переломы костей таза и нижних конечностей и др. У повторнородящих важное значение для оценки таза имеет акушерский анамнез. Если у обладательницы узкого таза в прошлом были нормальные роды, то можно надеяться, что при настоящих родах данный таз не будет препятствовать изгнанию плода. Неблагоприятный акушерский анамнез (в прошлом тяжелые роды, акушерские операции, мертворождение и др.)

позволяет констатировать наличие не только анатомически, но и клинически узкого таза.

Осмотр тела дает важные указания на узкий таз. Небольшой рост, признаки инфантилизма, рахитические изменения скелета, анкилозы и вывихи тазобедренного сустава позволяют предположить наличие узкого таза.

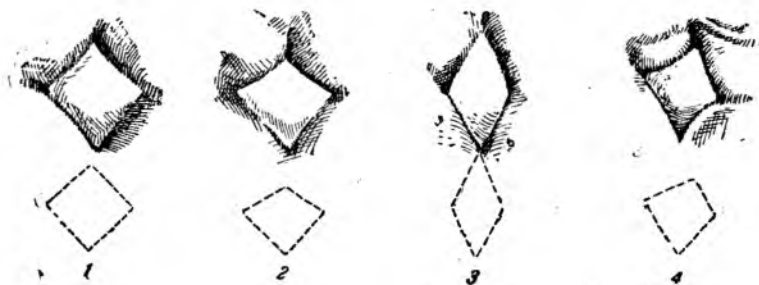


Рис. 271. Ромб Михаэлиса при узких тазах.

1—нормальный таз; 2—плоскоррахитический таз; 3—общеравномерно суженный таз; 4—кососуженный таз.

Для диагноза узкого таза имеет значение форма ромба Михаэлиса. При нормальном тазе ромб имеет правильную форму; при плоском рахитическом тазе верхняя половина ромба меньше нижней, при значительной рахитической деформации таза область ромба имеет почти треугольную форму. В общеравномерно суженном тазе ромб вытянут в длину; верхний и нижний углы острые, боковые—тупые (рис. 271).



Рис. 272. Остроконечный живот.



Рис. 273. Отвислый живот.

При выраженном сужении таза изменяется форма живота беременной. Головка в конце беременности не может встаться во вход таза (вследствие узости последнего) и стоит высоко над входом до начала родов. Поэтому дно матки в конце беременности не опускается. Растущая матка не помещается в брюшной полости (которая при небольшом росте укорочена) и отклоняется от подреберья вверх и вперед. У первобеременных с упругой

брюшной стенкой образуется остроконечный живот (рис. 272), у многорожавших—отвислый живот (рис. 273). При осмотре обращают внимание на толщину костей, что позволяет косвенно судить о толщине костей таза. С этой целью измеряют объем лучезапястного сустава (индекс Соловьева). Объем данного сустава, превышающий 14 см, указывает на массивность костей скелета, в том числе и таза.

Особое значение имеет измерение таза. Размеры большого таза дают определенное представление об объеме малого таза. Более точные указания о степени сужения таза дает диагональная конъюгата. Поэтому измерение диагональной конъюгаты у всех беременных и рожениц является обязательным. Для этого производят влагалищное исследование, при котором выясняют, нет ли уплощения крестца и других деформаций таза, приблизительно определяют емкость таза, прощупывают мыс и, если он достигается пальцем, измеряют диагональную конъюгату.

Если возникает подозрение на сужение выхода таза, измеряют его прямой и поперечный размеры (стр. 55). Для прогноза родов важно знать не только размеры таза, но также величину внутриутробного плода. Для этого тазомером через брюшную стенку измеряют длину плода и лобно-затылочный размер головки (стр. 106).

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей. Во второй половине беременности нередко наблюдаются поздние токсикозы. Головка в конце беременности в узкий вход таза не вставляется,



Рис. 274. При нормальном тазе головка вставляется во вход таза и делит воды на передние и задние.

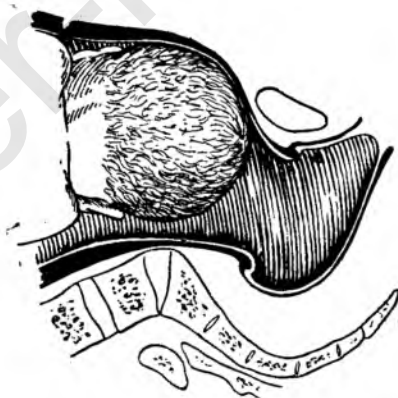


Рис. 275. При узком тазе головка долго стоит над входом таза, передние и задние воды не разграничены.

дно матки стоит высоко, отесняя вверх диафрагму. В связи с этим у беременных нередко возникает одышка, учащенное сердцебиение, утомляемость.

Отсутствие фиксации головки ко входу в таз способствует повышенной подвижности плода. В связи с этим при узком тазе тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода наблюдаются гораздо чаще, чем при нормальном тазе. Подвижность головки способствует возникновению разгибательных предлежаний: переднеголозное, лицевое и лобное предлежания при узком тазе встречаются чаще, чем при нормальном. Наблюдается

асинклитическое вставление головки, чему способствует также отвисание живота.

При подвижной головке пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены, они устремляются к нижнему полюсу плодного яйца (рис. 274 и 275). Поэтому при узком тазе нередко наблюдается преждевременное отхождение вод (до начала родовой деятельности).

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними устанавливается тщательное наблюдение. Во второй половине беременности обязательно ношение бандажа. При возникновении отклонений от нормального течения беременности акушерка направляет женщину к врачу. За 2—3 недели до родов беременная направляется в стационар, где работает врач.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного оперативного вмешательства мать и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений. При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины, положения и предлежания плода, конфигурабельности и вставления головки, интенсивности родовых сил. При благоприятном сочетании указанных обстоятельств роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. Если объем головки не соответствует размерам таза, имеют место неправильное положение и предлежание, то возникают серьезные осложнения родов, угрожающие состоянию матери и плода. Осложнения при второй степени сужения наблюдаются значительно чаще, чем при первой.

При узком тазе нередко наблюдается раннее отхождение околоплодных вод вследствие высокого стояния головки и отсутствия разграничения вод на передние и задние. В момент отхождения вод может выпасть во влагалище пуповина или ручка плода. Если не оказать своевременную помощь, пуповина прижимается головкой к стенке таза и плод погибает от асфиксии. Выпавшая ручка уменьшает и без того малый объем узкого таза и создает дополнительное препятствие для изгнания плода.

Преждевременное и раннее отхождение вод обычно замедляет процесс раскрытия шейки матки. Схватки бывают болезненными, первый период родов—затяжным («сухие роды»). При длительном безводном промежутке микробы из влагалища проникают в полость матки и могут вызвать воспаление децидуальной оболочки (эндометрит в родах) и других оболочек плодного яйца. У женщины повышается температура, учащается пульс, из влагалища появляются мутные выделения с запахом.

При узком тазе нередко наблюдается аномалия родовых сил. У женщин с инфантилизмом и перенесших в прошлом тяжелые роды и послеродовые заболевания бывает слабость родовых сил: схватки бывают слабыми и редкими с самого начала родов (первичная слабость родовых сил) или вначале хорошая родовая деятельность ослабевает впоследствии (вторичная слабость родовых сил).

При узком тазе наибольшие затруднения возникают в периоде изгнания. Головка долго находится над входом в малый таз; вначале она бывает подвижной, потом прижимается ко входу и только постепенно вставляется малым сегментом, если нет несоответствия между ее объемом и размерами таза. Под влиянием усиленной родовой деятельности головка, фиксированная ко входу в таз, подвергается значительной конфигурации. В процессе конфигурации происходит приспособление головки к данной форме узкого таза, что способствует ее прохождению через родовые пути.

Период изгнания обычно затяжной; для изгнания плода через узкое кольцо таза требуется большая сила схваток и потуг. При значительном препятствии к изгнанию может возникнуть бурная родовая деятельность и перерастяжение нижнего сегмента матки. Если существует несоответствие между головкой и тазом, может наступить разрыв матки. У некоторых рожениц после бурной родовой деятельности наступает вторичная слабость родовых сил; потуги прекращаются, плод погибает, развивается эндометрит

в родах, а впоследствии и более тяжелые септические заболевания.

При наличии затруднений к изгнанию могут возникнуть и другие осложнения, угрожающие матери и плоду. При длительном стоянии головки во входе или в полости таза происходит сдавление мягких тканей родовых путей между костями таза и головкой. Кроме шейки матки и влагалища, сдавливаются мочевой пузырь и уретра спереди, прямая кишка—сзади. Прижатие мягких тканей ведет к нарушению кровообращения в них; возникает цианоз и отек шейки матки, стенки мочевого пузыря, а в

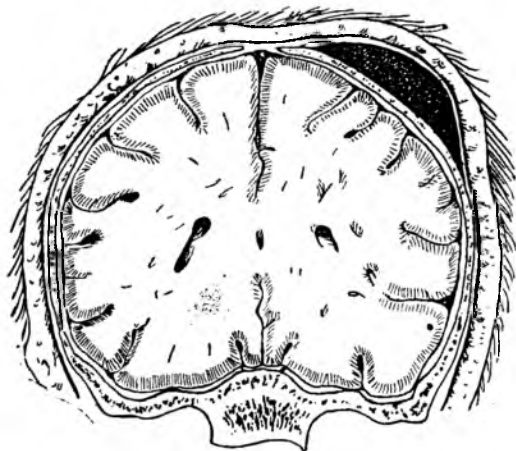


Рис. 276. Кефалогематома.

дальнейшем влагалища и наружных половых органов. В связи с прижатием уретры и мочевого пузыря прекращается мочеиспускание. В результате продолжительного нарушения кровообращения наступает омертвление тканей. Омертвевшие участки на 5—7-й день после родов отторгаются и образуются мочеполовые свищи или прямокишечно-влагалищный свищ. Отек шейки матки и затруднение мочеиспускания являются показателем сдавления тканей; примесь крови к моче—угрожающий признак, указывающий на возможность образования свища. Возможно сдавление нервов с последующим возникновением пареза мышц. При значительной трудности прохождения головки через таз иногда возникает повреждение лонного сочленения; у рожильницы появляется боль при движении ногами, нарушение походки; пальпация симфиза причиняет боль, в области сочленения прощупывается щель.

При узком тазе нередко наблюдаются осложнения со стороны плода. Продолжительные роды и часто наблюдающаяся аномалия родовых сил могут вызвать нарушение маточно-плацентарного кровообращения и асфиксию внутриутробного плода. На почве асфиксии возникают кровоизлияния в мозг и другие органы плода. Кровоизлияния в мозг усиливаются при резком сдавлении головки плода и чрезмерном смещении костей черепа в области швов. На почве разрыва сосудов может возникнуть кровоизлияние под надкостницу одной или обеих теменных костей (кефалогематома) (рис. 276). Обычно образуется большая родовая опухоль, иногда—вдавления и трещины костей черепа (рис. 277).



Рис. 277. Вдавление кости черепа (роды при узком тазе).

При выведении плечевого пояса может получиться перелом ключицы или ручки.

При узком тазе мертворождаемость, ранняя детская смертность и процент послеродовых заболеваний значительно выше, чем при нормальном тазе.

Необходимо отметить, что указанные осложнения при узком тазе во многих случаях отсутствуют или бывают нерезко выраженными. Если между головкой и тазом нет несоответствия или оно незначительное, роды заканчиваются самопроизвольно. Самостоятельному родоразрешению способствует особый для разных форм узкого таза механизм родов. Путем последовательных поступательно-вращательных движений конфигурированная головка приспособляется к данной форме узкого таза и проходит через вход, полость и выход таза.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Механизм родов при узких тазах отличается от механизма родов, типичного для нормального таза. В свою очередь при разных формах узкого таза роды совершаются по особому механизму, свойственному данной форме сужения.

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе. При общеравномерносуженном тазе головка плода встречает со всех сторон одинаковое сопротивление. Это сопротивление преодолевается тем, что головка очень сильно сгибается и вступает в таз наименьшим размером, проходящим от темени до подзатылочной ямки. Этот размер—*distantia suboccipito-parietale*—меньше малого косога размера, по плоскости которого головка вставляется при нормальном механизме родов.

Таким образом, первой особенностью механизма родов при общеравномерносуженном тазе является сильное сгибание головки (рис. 278); малый родничок при этом приближается к геометрическому центру таза.

Вторая особенность заключается в том, что стреловидный шов вступающей в таз головки всегда располагается в одном из косых размеров входа. Большой поперечный размер головки проходит через косой размер таза, который больше прямого. Сильно согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, которые происходят при нормальном механизме родов: внутренний поворот, разгибание, наружный поворот. Разница заключается лишь в том, что все повороты происходят сравнительно медленно, с большей затратой сил роженицы.

При прохождении через выход таза область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу вплотную из-за узости лонного угла (рис. 279). Поэтому головка устремляется в сторону промежности в большей степени, чем при нормальном тазе; ткани промежности сильнее растягиваются и, если не оказать помощь, происходит глубокий разрыв промежности. Головка родившегося плода вытянута в сторону затылка, в области малого родничка образуется значительная родовая опухоль.

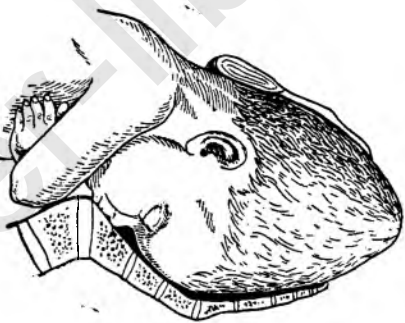


Рис. 278. Вставление головки при общеравномерносуженном тазе (сильное сгибание и резкая конфигурация).

Механизм родов при плоском рахитическом тазе. Особенности механизма родов связаны с тем, что имеется сужение прямого размера входа в таз.

Первая особенность механизма родов—продолжительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере таза. Вследствие сужения входа головка в указанном положении может находиться в течение многих часов даже при хорошей родовой деятельности.

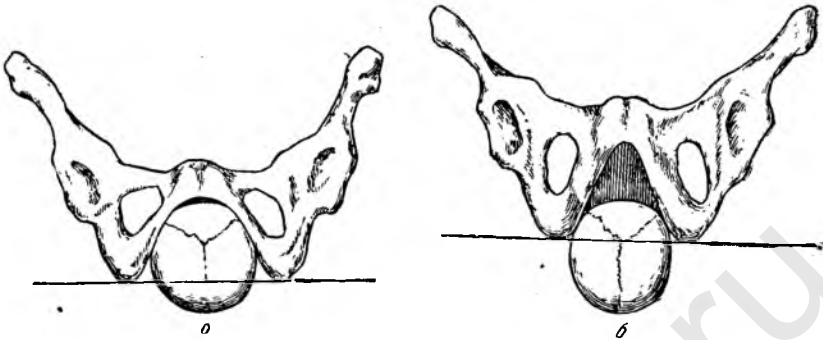


Рис. 279. Прорезывание головки при общеравномерносуженном тазе. а—нормальный таз; область подзатылочной ямки упирается в лонную дугу; б—общеравномерносуженный таз; в остроугольной лонной дуге затылок не упирается, головка отклоняется кзади и сильно растягивает промежность.

Вторая особенность—небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается ниже малого. При таком разгибании через наименьший размер—истинную конъюгату—головка будет проходить малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространство.



Рис. 280. Вставление головки при плоском рахитическом тазе. Стреловидный шов находится в поперечном размере, ближе к мысу (передний асинклитизм).

Третья особенность—асинклитическое вставление головки (рис. 280). Обычно наблюдается передний, реже задний асинклитизм. При переднем асинклитизме задняя теменная кость упирается в выступающий спереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. При этом стреловидный шов располагается ближе к мысу. В таком положении (стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу; большой родничок ниже малого) головка стоит во входе таза до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная конфигурация. После этого, задняя теменная кость соскальзывает с

мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается; в дальнейшем механизм родов происходит так же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки).

После того как головка пройдет через суженный вход таза, изгнание плода завершается очень быстро, потому что размеры полости таза нормальные или увеличенные, а выход таза расширен. Иногда после длительного стояния головки во входе наблюдается чрезвычайно быстрое прохож-

дение через полость и выход таза («штурмовые роды»). Если акушерка не успеет принять роды, может произойти разрыв промежности вследствие быстрого прохождения головки через вульварное кольцо. На подлежащей теменной кости родившейся головки располагается большая родовая опухоль, головка может быть скошенной, на задней теменной кости иногда наблюдается вдавление от длительного прижатия к мысу.

Механизм родов при простом плоском тазе. Головка вступает во вход так же, как при плоскорихитическом тазе, в дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания. Однако нередко внутренний поворот головки не происходит, потому что прямые размеры полости и выхода таза укорочены так же, как прямой размер входа в таз. Головка достигает полости таза, иногда даже доходит до дна его, а стреловидный шов находится в поперечном размере таза. Эта особенность механизма родов называется **низким поперечным стоянием головки**. В некоторых случаях головка на дне таза поворачивается затылком кпереди и рождается самопроизвольно. Если поворота не произойдет, то возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, асфиксия плода и др.), являющиеся показанием для оперативного родоразрешения.

Механизм родов при общесуженном плоском тазе протекает по типу родов при общеравномерносуженном или плоском тазе. Это зависит от преобладания основных черт того или другого таза. Необходимо отметить, что роды при общесуженном плоском тазе имеют, как правило, тяжелое течение.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Роды у женщин с узким тазом необходимо проводить в стационаре под наблюдением врача. Эта необходимость вызывается тем, что в процессе родов могут возникнуть различные осложнения, при которых требуется оперативное родоразрешение. Акушерка под руководством врача ведет тщательное наблюдение за роженицей и принимает роды, если они заканчиваются самопроизвольно.

При третьей и четвертой степени сужения производят кесарево сечение в начале периода раскрытия или в конце беременности.

При первой и второй степени сужения роды ведут выжидательно, внимательно наблюдая за динамикой родов, состоянием матери и плода. Оперативные вмешательства применяют только при возникновении тех или иных осложнений, угрожающих матери или плоду. Такой принцип ведения родов оправдывается тем, что исход родов зависит не только от размеров таза, но также от интенсивности схваток и потуг, величины плода, конфигурабельности головки и др. Только во время родов выясняется вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз узким или нормальным в клиническом (функциональном) отношении.

Роженицу при поступлении подвергают подробному исследованию. Выясняют общий и акушерский анамнез, производят осмотр, исследование внутренних органов; тщательно измеряют таз, осматривают ромб Михаэлиса, производят влагалищное исследование. Чтобы предупредить раннее отхождение вод, роженицу укладывают в постель и рекомендуют лежать на том боку, где находится затылок. Подобное положение способствует опусканию затылка и сохранению вод. После отхождения вод влагалищное исследование производится повторно, чтобы выяснить, не произошло ли выпадение пуповины или ручки. Роды при узком тазе довольно продолжительные, роженица утомляется, сопротивляемость организма понижается, поэтому необходимо кормить роженицу питательной и удобоусвояемой

пищей. Необходимо внимательно следить за мочеиспусканием, подмывать наружные половые органы. При затруднении мочеиспускания производят катетеризацию эластическим катетером с соблюдением правил асептики. При слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки. Если роженица утомлена, ей дают отдохнуть; для этого вводят подкожно 1—1,5 мл 2% раствора пантопона (или морфин) или дают поверхностный эфирный наркоз в течение 25—30 минут. Под влиянием этих веществ роженица на некоторое время засыпает, и после отдыха обычно наступает усиление родовой деятельности.

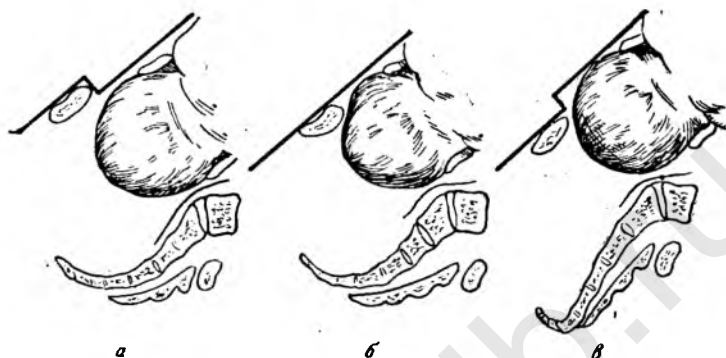


Рис. 281. Признак Вастена.

а—признак Вастена отрицательный (соответствие между размерами таза и головки); б—признак Вастена вровень (незначительное несоответствие между размерами таза и головки); в—признак Вастена положительный (явное несоответствие между размерами таза и головки).

Если наблюдается слабость потуг, связанная с отвисанием живота и истончением брюшной стенки, рекомендуется применить бинт Вербова при отсутствии несоответствия между тазом и головкой.

Если в периоде изгнания возникает бурная родовая деятельность, истончение и перерастяжение нижнего сегмента, высокое стояние contractionного кольца, применяют глубокий эфирный наркоз (или вводят 1 мл 1% раствора морфина); в противном случае может наступить разрыв матки. Под влиянием наркоза судорожная родовая деятельность прекращается, угроза разрыва матки устраняется, и врач заканчивает роды оперативным путем.

Акушерка внимательно наблюдает за предлежащей частью: находится ли она над входом в таз или постепенно опускается в полость таза. При этом удается получить представление о соответствии или несоответствии между размерами таза и головки. О соответствии между тазом и головкой, кроме обычных методов исследования предлежащей части, позволяет судить признак Вастена (рис. 281).

Признак Вастена определяется после фиксации головки ко входу в таз. Ладонь исследующей руки располагают на поверхности симфиза и скользят кверху, на область предлежащей головки. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, то имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный), роды самостоятельно закончиться не могут. При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двойным: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, роды заканчиваются самопроизвольно; при слабой родовой деятельности, крупной

и плотной головке роды самостоятельно закончиться не могут. При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза (признак Вастена отрицательный); роды обычно заканчиваются самостоятельно.

Цангемейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над крестцом путем измерения. Измерение производят тазомером при положении роженицы на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату; затем переднюю пуговку тазомера перемещают с симфиза на выдающийся пункт передней поверхности головки (задняя пуговка остается на месте). При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата на 3—4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер длиннее наружной конъюгаты, то размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии нерезкого несоответствия: прогноз родов сомнительный.

При ведении родов у женщин с узким тазом необходимо особенно внимательно следить за сердцебиением плода. При преждевременном и раннем отхождении вод, аномалии родовых сил и других осложнениях проводится профилактика асфиксии плода (стр. 199). Стойкое изменение сердечных тонов плода и отхождение мекония при головном предлежании вызывают необходимость ускорить роды; с этой целью нередко накладываются акушерские щипцы.

Иногда приходится прибегать к кесареву сечению. Показаниями к кесареву сечению являются несоответствие между тазом и головкой, угроза разрыва матки или образования свища, неблагоприятные вставления головки и другие осложнения, ухудшающие прогноз родов. При мертвом плоде применяют плодоразрушающие операции.

Ведение родов при узком тазе требует большой выдержки и высокой квалификации; огромное значение имеет уход, чуткое отношение к роженице, благоприятное воздействие на ее психику. Необходимо вовремя выяснить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.

ГЛАВА XXV

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ И В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОДОВ

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

Осложнения в последовом периоде возникают чаще, чем в периоде раскрытия и изгнания. Наиболее частым и опасным осложнением последового периода является кровотечение.

Кровопотеря в последовом периоде происходит всегда, но при физиологическом отделении и выделении последа роженица теряет не больше 250 мл крови. После отслоения последа матка сокращается. В результате происходит: а) изгнание отделившегося последа из матки, б) сжатие кровотока сосудов матки и прекращение кровопотери.

Если сократительная способность матки недостаточна, то процесс отслойки плаценты нарушается. Плацента отделяется не полностью, а только частично. Пока вся плацента не отслоится, матка не сокращается, сосуды матки в области отслоившегося участка зияют и из них вытекает кровь.

Если плацента отслаивается от стенки матки, но остается лежать в полости ее, то также возникает кровотечение. Пока послед находится в полости матки, хорошего сокращения мускулатуры не бывает, сосуды матки в достаточной степени не сжимаются и кровопотеря продолжается. Источником кровотечения в последовом периоде может быть разрыв мягких тканей родовых путей: шейки матки, влагалища и промежности (см. главу XXVI). Однако чаще всего кровотечение в последовом периоде связано с нарушением процесса отслоения последа от стенки матки и изгнания его из матки.

Нарушения процесса отделения и выделения последа, ведущие к возникновению кровотечения, зависят от разных причин, к числу которых относятся следующие.

1. **Понижение тонуса и сократительной способности матки—гипотония матки.**

В некоторых учебниках пониженный тонус матки называют атонией. Атония обозначает полную утрату тонуса и сократительной способности матки; такое состояние встречается значительно реже, чем гипотония.

Гипотония матки, ведущая к задержке последа и к кровотечению, может возникнуть при следующих обстоятельствах:

- а) переполнение мочевого пузыря и прямой кишки;
- б) недостаточное развитие матки (инфантилизм), обычно сопровождающееся понижением тонуса ее мускулатуры;
- в) перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодной беременностью, крупным плодом;

г) изменения в стенке матки (фибромиома, последствия воспалительных процессов), понижающие ее сократительную способность;

д) чрезмерно сильная родовая деятельность, вызывающая утомление роженицы и истощение тонуса матки.

2. Неправильное ведение последового периода. Последовый период ведется выжидательно; всякие искусственные попытки ускорить процесс отделения последа (влечение за пуповину, раздра-



Рис. 282. Ущемление плаценты при спазме зева.

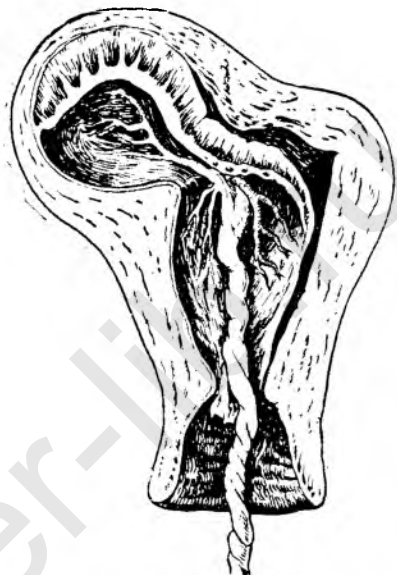


Рис. 283. Задержка отслоения части плаценты, прикрепленной в трубном углу.

жение матки и т. д.) вызывают расстройство ритма маточных сокращений и нарушение процесса физиологической отслойки плаценты. На этой почве возникает или неполная отслойка плаценты, или ущемление отделившейся плаценты в спастически сократившемся зеве матки (рис. 282).

3. Особенности прикрепления плаценты. Прикрепление плаценты в нижнем сегменте (предлежание плаценты) или в трубном углу нередко сопровождается кровотечением в последовом периоде. Причиной кровотечения является нарушение отслойки плаценты в связи с тем, что указанные отделы матки сокращаются недостаточно активно (рис. 283).

4. Приращение плаценты. Частичное приращение плаценты всегда вызывает кровотечение в последовом периоде. Однако истинное приращение встречается очень редко. Чаще наблюдается «ложное» приращение плаценты на каком-либо участке (см. главу XVI). В таких случаях часть плаценты отслаивается, из сосудов матки начинается кровотечение, продолжающееся до тех пор, пока послед находится в матке.

Кровотечение в последовом периоде возникает вскоре после рождения плода или спустя некоторое время (полчаса, час). В течение короткого времени роженица может потерять 500—1000 мл крови и больше; иногда кровопотеря превышает 1500 мл. Кровотечение обычно бывает наружным;

вся кровь свободно вытекает из половых путей. Однако при спазме зева или при закрытии его долькой плаценты или кровяным сгустком кровь может скопиться в полости матки. В таких случаях наружное кровотечение отсутствует, а у роженицы нарастают признаки острого малокровия.

Кровотечение в последовом периоде ведет к малокровию, степень которого зависит от количества потерянной крови и от индивидуальных особенностей организма. Особенно плохо переносят кровопотерю женщины ослабленные и имевшие до родов пониженное артериальное давление.

Кровопотеря вызывает побледнение кожи и видимых слизистых, понижение артериального давления, учащение пульса, головокружение, звон в ушах; при большой кровопотере пульс становится нитевидным, артериальное давление падает, возникает одышка; без оказания экстренной помощи женщина может погибнуть.

Профилактика кровотечения в последовом периоде сводится прежде всего к точному соблюдению правил ведения этого периода родов (см. главу IX). Необходимо внимательно наблюдать за состоянием роженицы, количеством выделяемой крови, опорожнением мочевого пузыря; не следует раздражать матку, потягивать за пуповину, пока в полости матки находится послед. Нельзя назначать эрготин и спорынью, вызывающие спастическое сокращение матки. В тех случаях, когда можно ожидать обильное кровотечение (многоводие, двойня и др.), после рождения плода можно ввести 1 мл питуитрина (если у роженицы не повышено артериальное давление), который вызывает ритмические сокращения матки.

Лечение. Необходимо немедленно принять меры к остановке кровотечения и к борьбе с малокровием.

Сокращение матки и остановка кровотечения достигаются только после опорожнения матки. Поэтому необходимо быстро и умело удалить послед из полости матки. Если плацента отделилась, она выделяется наружными приемами. При неотделившейся плаценте наружные приемы могут оказаться безуспешными и поэтому приходится удалять послед рукой, введенной в полость матки.

При возникновении кровотечения необходимо немедленно проверить признаки отделения плаценты. Если плацента отделилась (признаки отделения положительные), ее сразу выделяют по методу Абуладзе или Креде (глава IX).

При отсутствии признаков отделения плаценты также делают попытку выжать послед по методу Креде. Если это не удастся, следует повторить метод Креде под наркозом. Иногда безуспешность метода Креде зависит от спазма внутреннего зева матки, который препятствует выделению отделившегося послета. В таких случаях наркоз устраняет спазм, и послед удаётся выжать.

Если метод Креде под наркозом не дает успеха, применяют ручное отделение послета.

Самостоятельно работающая акушерка наркоза не применяет; к ручному отделению послета она приступает сразу после безуспешной попытки выжать послед по Креде без наркоза.

Ручное отделение и выделение плаценты

Введение руки в полость матки с целью отделения и выделения плаценты (или ее частей, задержавшихся в матке) всегда представляет опасность в отношении занесения инфекции. На кожу руки, вводимой в матку, неизбежно попадает микрофлора вульвы и влагалища; микробы, занесенные в матку рукой, проникают в зияющие кровеносные сосуды и лимфатические пути внутренней поверхности матки, которая представляет собой

обширную раневую поверхность. В связи с этим после ручного отделения плаценты и ручного обследования полости матки нередко возникают послеродовые септические заболевания. Поэтому данное серьезное вмешательство производится по строгим показаниям и при тщательном соблюдении правил асептики.

Показаниями для ручного отделения и выделения плаценты являются: а) кровотечение в послеродовом периоде, если послед не удастся удалить наружными приемами; б) пребывание в матке последа свыше 2 часов, если его не удастся удалить по методу Абуладзе и Креде. При длительной задержке последа в матке ручное отделение и выделение производится даже при отсутствии значительной кровопотери.

Показанием к ручному обследованию матки после рождения плаценты являются: а) задержка частей плаценты, б) сомнение в целостности плаценты.

Техника. Роженицу укладывают на поперечную кровать, освобождают мочевой пузырь. Наружные половые органы обрабатывают по правилам, принятым для производства акушерских операций (см. главу XXVIII). Руки тщательно моют и дезинфицируют, кисть руки обильно смазывают стерильным вазелиновым маслом.

Операция проводится под эфирным наркозом; исключение из этого правила допустимо только в тех случаях, когда акушерка вынуждена оказывать помощь без врача.

Левой рукой разводят половую щель, конически сложенную правую руку («рука акушера») вводят во влагалище, а затем в матку. Когда руку проводят через влагалище, ее тыльная поверхность обращена к крестцу. В момент введения правой руки в зев левую руку переносят на дно матки.

Чтобы ошибочно не принять отечный край зева за край плаценты, руку вводят, придерживаясь пуповины. Когда рука, идущая по пуповине, достигла плаценты, нужно найти край ее, который может быть уже отслоившимся. Далее руку вводят между плацентой и стенкой матки и пилообразными движениями руки постепенно отделяют всю плаценту; в это время наружная рука помогает внутренней, осторожно надавливая на дно матки (рис. 284).

После отделения плаценты ее сводят к нижнему сегменту матки и извлекают левой рукой, путем влечения за пуповину. Правая рука, оставшаяся в матке, еще раз тщательно проверяет внутреннюю поверхность матки, чтобы полностью исключить возможность задержки частиц плаценты. После полного удаления последа стенки матки гладкие, за исключением плацентарной площадки, которая слегка шероховата, потому что на ней могут остаться обрывки децидуальной оболочки.

После контрольного обследования стенок руку выводят из полости матки. Роженице переливают кровь, плазму или физиологический раствор с глюкозой; если кровотечение продолжается, то предпринимают дальнейшие меры к остановке кровотечения (стр. 327).

Обычно отделение плаценты или ее оставшихся частей не представляет затруднений. При истинном приращении плаценты отделение ее не удает-

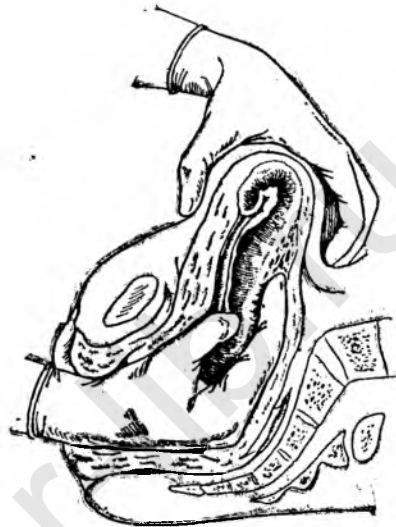


Рис. 284. Ручное отделение последа.

ся, вследствие врастания ворсин в стенку матки. Попытки насильственного отделения в таких случаях могут привести к прободению матки и к гибели женщины. При истинном приращении плаценты приходится удалять матку. Поэтому в подобных случаях самостоятельно работающая акушерка производит тампонирование матки (стр. 329) и срочно вызывает врача или доставляет роженицу в родильный дом.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОДОВ

Кровотечения после рождения последа относятся к частому виду акушерской патологии, так же как и кровотечения в последовом периоде.

Кровотечения в первые часы после родов (в раннем послеродовом периоде) зависят от следующих причин.

1. **З а д е р ж к а ч а с т е й п л а ц е н т ы.** Задержавшиеся в матке части плаценты (даже небольшие) препятствуют правильному сокращению матки. В связи с этим из сосудов плацентарной площадки, расположенных вокруг задержавшейся части плаценты, происходит кровотечение. Задержка частей плаценты наблюдается при неправильном ведении послеродового периода и в связи с приращением части плаценты. Это осложнение всегда сопровождается кровотечением.

Кроме кровотечения, женщине угрожает инфекция. Поэтому задержавшуюся частицу плаценты необходимо удалить из полости матки немедленно после рождения последа (задержка оболочек к серьезным осложнениям не ведет, они выделяются самостоятельно).

2. **Г и п о т о н и я и л и а т о н и я м а т к и.** Атония встречается сравнительно редко, в первые часы после родов чаще наблюдается гипотония. При гипотонии матка сокращается плохо, слабо реагирует на раздражения (массаж, холод и др.). В связи с недостаточным сокращением матки сосуды плацентарной площадки зияют и кровоточат.

Гипотоническое кровотечение после рождения плаценты возникает в связи с теми же причинами, которые обуславливают кровотечение в последовом периоде (инфантилизм, многоводие, многоплодная беременность, утомление в связи с предшествующей бурной родовой деятельностью, изменения в стенке матки после перенесенных воспалительных заболеваний и др.).

3. **Р а з р ы в м я г к и х т к а н е й р о д о в ы х п у т е й.** Источником кровотечения в последовом периоде и после рождения последа может быть разрыв шейки матки и глубокие разрывы влагалища, промежности и наружных половых органов (см. главу XXVI).

Кровотечение начинается непосредственно после рождения плаценты или спустя некоторое время; иногда кровотечение, начавшееся в последовом периоде, продолжается после рождения плаценты. Степень кровотечения различная, кровопотеря может достигнуть 1000 мл и выше; возникает острое малокровие (побледнение кожи и слизистых, учащение пульса, падение артериального давления, головокружение и т. д.).

При гипотонии матка вялая, слабо реагирует на раздражения (массаж, холод и др.), размер ее велик. При атонии матка на раздражение не реагирует, мускулатура вялая, матка большая, контуры ее неясны; кровотечение при атонии обильное, быстро приводит к коллапсу.

Кровотечение из разрыва мягких тканей родовых путей обычно бывает при хорошо сократившейся матке.

П р о ф и л а к т и к а сводится к правильному ведению последового периода, к тщательному осмотру родившегося последа и к предупреждению повреждения мягких тканей родовых путей. Акушерка должна предвидеть возможность гипотонического кровотечения (инфантилизм, многоводие,

двойня, фибромиома и др.) и заранее подготовить все необходимое для остановки кровотечения и для борьбы с малокровием.

Лечение. Успех борьбы с кровотечением зависит от устранения причины, вызвавшей это грозное осложнение. Поэтому в первую очередь необходимо выяснить причину кровотечения и действовать в соответствии с установленным диагнозом.

Если источником кровотечения является разрыв шейки, влагалища или наружных половых органов, следует наложить швы. Когда кровотечение связано с задержкой части плаценты, немедленно производят ручное обследование матки и удаление задержавшейся части. При гипотоническом кровотечении предпринимают меры к повышению тонуса и сократительной способности матки.

Ручное обследование матки производят при явной задержке частей плаценты, а также при сомнении в целостности ее. При этом соблюдают те же правила, что и при ручном отделении плаценты. Рукой, введенной в матку, тщательно ощупывают стенки матки, дно ее и трубные углы (рис. 285). Опытный врач может произвести обследование матки и удаление частей плаценты большой тупой кюреткой (при хорошем тонусе матки). После удаления задержавшихся частей плаценты обычно матка сокращается и происходит остановка кровотечения.



Рис. 285. Ручное обследование полости матки.

Борьба с гипотоническим и атоническим кровотечением осуществляется следующим образом.

1. Производят массаж матки через брюшную стенку; руку располагают на дне матки и делают легкие массирующие круговые движения (грубые движения не достигают цели). Под влиянием массажа матка сокращается и консистенция становится плотной. Из матки выжимаются сгустки крови. Одновременно с массажем подкожно вводят 1 мл эрготина и 1 мл питуитрина; на низ живота кладут пузырь со льдом.

При нерезко выраженной гипотонии матки указанные меры достаточны для остановки кровотечения.

2. Если кровотечение не останавливается, то применяют методы, имеющие в своей основе уменьшение или временное прекращение притока крови к матке. Обескровливание матки способствует ее сокращению.

Метод Пискачека. Опорожняют мочевой пузырь; левой рукой захватывают и сжимают нижний сегмент матки (большой палец с одной стороны, четыре пальца — с другой), при этом сжимается просвет маточных артерий и вен. Одновременно правой рукой массируют дно матки.

Метод Гентера. Головной конец кровати опускают; сжимают нижний сегмент, как при методе Пискачека, матку сильно оттягивают вверх и одновременно с этим прижимают зажатый нижний сегмент матки к позвоночнику (рис. 286). Для усиления эффекта свободной рукой производят массаж матки. В таком положении матку удерживают 10—15 минут. При этом сжимаются маточные сосуды, аорта прижимается нижним сегментом матки к позвоночнику. В результате происходит обескровливание и сокращение матки.

3. При продолжающемся кровотечении производят ручное обследование матки (если оно раньше не производилось) и удаляют сгустки крови,

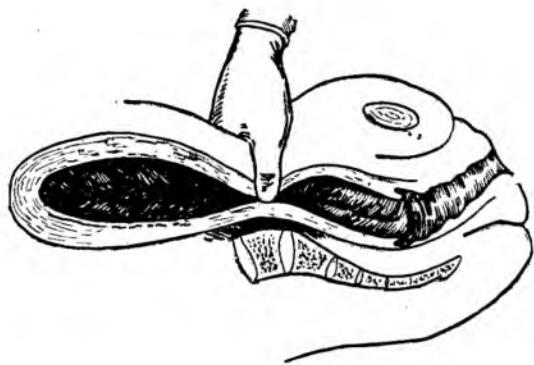


Рис. 286. Прижатие нижнего сегмента матки к позвоночнику.



Рис. 287. Прижатие брюшной аорты кулаком.

частицы оболочек и плаценты, если они оказываются в матке. Затем, не извлекая руки из матки, производят **н а р у ж н о - в н у т р е н н и й м а с с а ж**. Внутреннюю руку сжимают в кулак, наружной рукой массируют дно матки через брюшную стенку.



Рис. 288.

а—прижатие аорты валиком; *б*—тугое прибинтовывание валика.

4. Прижатие брюшной аорты. При выраженной гипотонии (атонии) матки рекомендуется прижать аорту с целью анемизации матки. Становятся сбоку от родильницы, тыльной поверхностью основных фаланг сжатой в кулак правой руки прижимают брюшную аорту к позвоночнику через брюшную стенку (рис. 287). Если рука устает, то помогают левой рукой, захватив ею лучезапястный сустав правой руки, придавливающей аорту. Вместо руки аорту можно прижать к позвоночнику валиком, который туго прибинтовывается (рис. 288, *а* и *б*).

5. Тампонация матки. Если указанные меры дают временный эффект или оказываются безуспешными, прибегают к тампонации полости матки широким марлевым бинтом. Тампон

способствует образованию тромбов в сосудах и сокращению мускулатуры матки. Отрицательной стороной тампона является возможность занесения

инфекции. Поэтому при тампонации особо тщательно соблюдаются правила асептики. Наружные половые органы обрабатывают по правилам, принятым для акушерских операций; во влагалище вводят широкие зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами и подтягивают ко входу

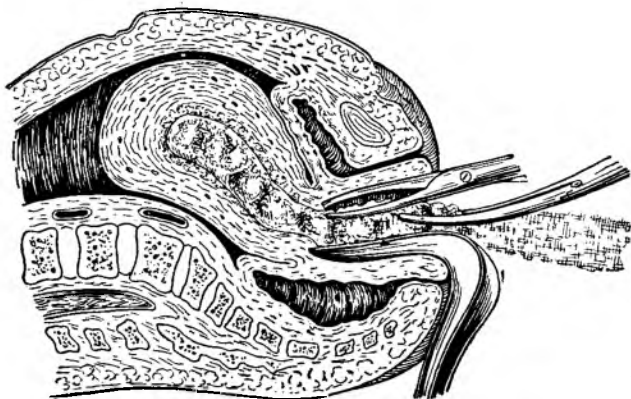


Рис. 289. Тампонация полости матки при атоническом кровотечении.

влагалища. Полость матки туго тампонируют широкими длинными марлевыми бинтами при помощи длинного изогнутого корнцанга. Необходимо затампонировать всю полость матки, последовательно от дна до шейки включительно (рис. 289). Потом снимают пулевые щипцы и тампонируют влагалище. Тампон может оставаться в матке 8—12 часов.

6. Если атоническое кровотечение от указанных мер не останавливается, прибегают к чревосечению и удалению матки.

БОРЬБА С ОСТРЫМ МАЛОКРОВИЕМ

Острое малокровие, возникающее при кровотечении в послеродовом и послеродовом периоде, вызывает нарушение важнейших функций (кровообращение, дыхание, обмен веществ и др.), понижает сопротивляемость

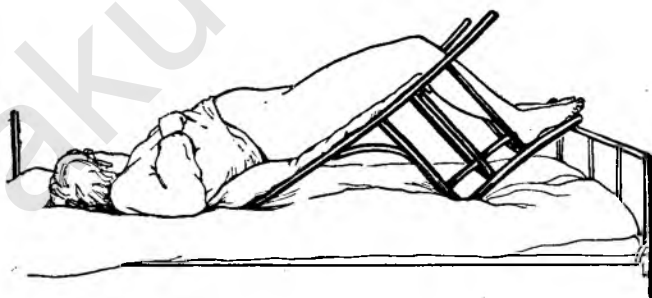


Рис. 290. Ноги роженицы приподняты подложенным стулом.

организма и может привести к гибели роженицы. Поэтому наряду с мерами остановки кровотечения проводится борьба с малокровием.

1. Опускают головной конец кровати, что улучшает приток крови к мозгу. Для этого под ножки кровати подкладывают табуретку или кладут стул под колени и бедра больной (рис. 290).

2. Больную со всех сторон обкладывают грелками, очень важно согревание ног и затылка (под затылок тоже следует положить грелку). Надо следить за тем, чтобы не было ожогов.

3. Вводят большое количество жидкости. Внутрь дают кофе, горячий крепкий чай с вином (или 1 столовую ложку чистого спирта на стакан чая) в большом количестве. Подкожно вводят 500—1000 мл (до 2000 мл) физиологического раствора поваренной соли с добавлением 5—8 капель 0,1% раствора адреналина на 1 л вводимой жидкости. Вместо физиологического раствора можно ввести такое же количество 5% раствора глюкозы.

4. Исключительно важное значение имеет переливание крови. Количество переливаемой крови согласуется со степенью анемии. Переливание крови быстро восстанавливает нарушенные функции организма. При тяжелом шоке и агональном состоянии предпринимают внутриартериальное нагнетание крови по методу Неговского.

5. После остановки кровотечения вводят сердечные (кофеин, камфару).

6. Родильнице дают кислород, при отсутствии кислорода открывают форточки или окно.

При возникновении кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде акушерка немедленно организует вызов врача (сообщить о кровотечении!) и до прибытия последнего самостоятельно проводит борьбу с кровотечением и с развившимся малокровием.

Родильницы, перенесшие кровопотерю, нуждаются в особо тщательном уходе.

ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечение считается поздним, если оно возникает спустя сутки или позднее после родов. Послеродовое кровотечение иногда начинается на 10—15-й день после родов.

Наиболее частой причиной возникновения позднего послеродового кровотечения является задержка в матке части (кусочка) плаценты. Задержавшаяся часть плаценты постепенно принимает форму полипа («плацентарный полип») и неизбежно ведет к кровотечению. Реже позднее послеродовое кровотечение зависит от задержки в матке оболочек и инфекции.

Если послеродовое кровотечение связано с задержкой плаценты или оболочек, то лечение сводится к удалению их из полости матки инструментальным путем (выскабливание матки). Эта операция в послеродовом периоде представляет известные затруднения и проводит ее только врач.

При наличии признаков инфекции внимание должно быть направлено на лечение послеродового заболевания, связанного с инфекцией. Излечение основного заболевания будет способствовать прекращению кровотечения.

ГЛАВА XXVI

РОДОВЫЕ ТРАВМЫ

Во время родов нередко отмечаются разрывы промежности, вульвы, влагалища и шейки матки. При патологических родах иногда возникают гематомы, повреждение сочленений таза, мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи. Во время родов может произойти опаснейшее осложнение—разрыв матки.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ, ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

В периоде изгнания происходит значительное растяжение влагалища, вульвы и промежности. В связи с этим нередко наблюдается повреждение указанных отделов родовых путей, особенно промежности. Разрывы промежности относятся к наиболее частым видам акушерской патологии, они наблюдаются в среднем у 10% рожениц.

Разрывы промежности. Возникновению разрывов промежности способствуют следующие обстоятельства: 1) утрата эластичности (ригидность) тканей у старых первородящих, рубцы после предшествующих родов, высокая промежность; 2) прорезывание головки неблагоприятным размером, что наблюдается при разгибательных предлежаниях, чрезмерно большой головке; 3) оперативные роды (наложение щипцов и др.); 4) узкий таз, особенно плоскорихитический (быстрое прорезывание) и инфантильный таз (узкий лонный угол); 5) неправильное ведение родов: преждевременное разгибание и быстрое прорезывание головки.

Повреждение промежности наступает не внезапно, ему обычно предшествуют изменения, указывающие на готовящийся разрыв.

В связи с нарастающим давлением головки промежность куполообразно выпячивается, становится цианотичной и отечной. В дальнейшем кожа промежности бледнеет, становится блестящей, на ней появляются мельчайшие трещины. Указанные изменения (выпячивание промежности, цианоз, отек, побеление) являются признаками угрожающего разрыва промежности.

При угрожающем разрыве промежности производят срединный разрез промежности—перинеотомию (стр. 367). Гладкие края резаной раны заживают после наложения швов лучше, чем неровные края рваной раны.

Различают три степени разрыва промежности.

Разрыв первой степени. Нарушается задняя спайка (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища); мышцы промежности остаются неповрежденными (рис. 291).

Разрыв второй степени. Нарушаются кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки (рис. 292).

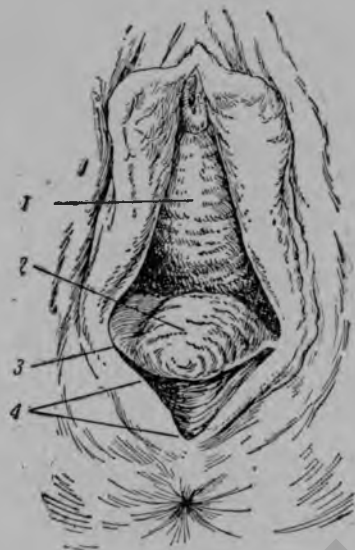


Рис. 291. Разрыв промежности первой степени.

1—передняя стенка влагалища; 2—задняя стенка влагалища; 3—задняя спайка; 4—кожа промежности.

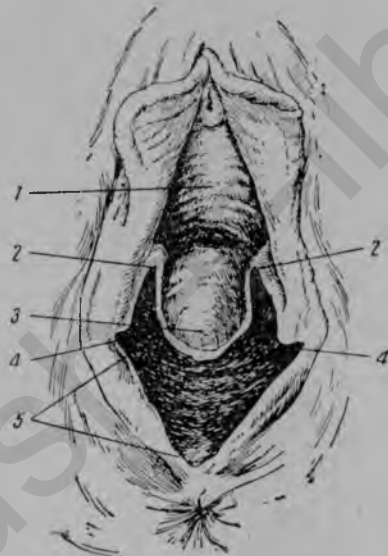


Рис. 292. Разрыв промежности второй степени.

1—передняя стенка влагалища; 2—верхний край разрыва; 3—задняя стенка влагалища; 4—задняя спайка; 5—кожа промежности.

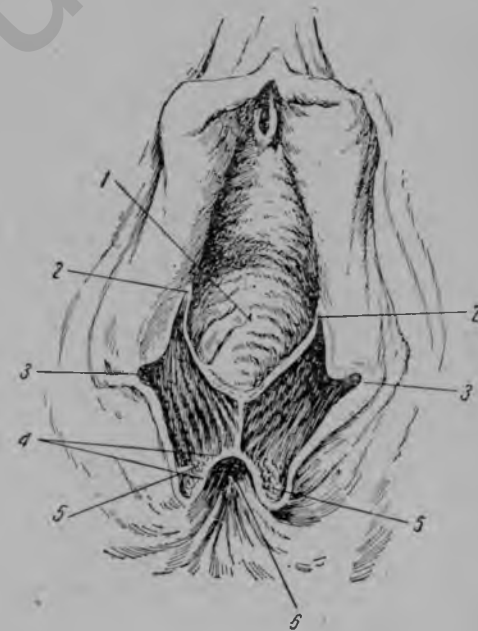


Рис. 293. Разрыв промежности третьей степени.

1—задняя стенка влагалища; 2—верхний край разрыва; 3—задняя спайка; 4—слизистая прямая кишки; 5—сфинктер; 6—анус.

Разрыв третьей степени. Кроме указанных выше тканей, рвутся и наружный сфинктер прямой кишки, а иногда и стенка прямой кишки (рис. 293).

К редкому виду травм относится центральный разрыв промежности. Он характеризуется тем, что повреждается центр промежности при сохранении целостности задней спайки. Плод рождается не через половую щель, а через отверстие, образовавшееся в центре промежности.

Уже упоминалось, что разрывы мягких тканей родовых путей, в том числе и промежности, представляют опасность в смысле проникновения инфекции. Кроме того, даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем предрасполагают к опущению и выпадению половых органов. При разрыве третьей степени возникает недержание газов и кала. Поэтому всякий разрыв промежности должен быть зашит.

Зашивание разрывов промежности

Наложение швов на промежность производится непосредственно после рождения последа. Чем продолжительнее срок от момента разрыва до наложения швов, тем больше опасность инфицирования раны. До рождения

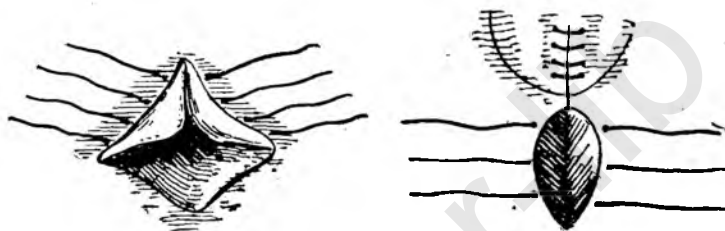


Рис. 294. Зашивание разрыва промежности первой степени.

последа зашивание не рекомендуется, потому что неизвестно, как пройдет послеродовой период (не исключается необходимость введения руки в матку).

Зашивание промежности производят при соблюдении всех правил асептики; подготовку операционного поля и рук оператора осуществляют по правилам, принятым для акушерских операций. При разрыве первой и второй степени швы накладывают под анестезией новокаином, при разрыве третьей степени—под эфирным наркозом. Самостоятельно работающей акушерке разрешается производить зашивание разрывов первой и второй степени; разрыв третьей степени зашивает только врач.

Необходимые инструменты: влагалищные зеркала (2) и подъемники (2), корнцанги (2—3), пинцеты (3—4), кровоостанавливающие зажимы (4—5), ножницы, иглодержатель, иглы разного калибра (3—4), металлический катетер, шприц с иглами для анестезии. Необходим стерильный материал (тампоны, салфетки). Для погружных швов используется кетгут, для поверхностных—шелк.

Во время наложения швов родильница лежит так, что область таза находится на краю стола, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, притянуты к животу и раздвинуты. Перед наложением швов обнажают рану промежности при помощи зеркал и тщательно изучают характер повреждения. Если акушерка работает одна, она левой рукой обнажает рану, а правой рукой высушивает рану и накладывает швы. Для лучшей ориентировки накладывают один кетгутовый шов на верхний угол раны, находящийся на стенке влагалища, концы нитки берут зажимом и оттягивают кверху. После этого накладывают два зажима на края раны, в области перехода слизистой влагалища в кожу промежности; с помощью шва и двух зажимов

рану раскрывают, высушивают тампонами и изучают характер разрыва. Срезают разможенные оборванные участки краев раны.

При разрыве первой степени вначале накладывают кетгутовые швы на слизистую влагалища, а потом шелковые—на кожу промежности (рис. 294). Швы накладывают на расстоянии 1 см друг от друга. Иглу проводят под всей раневой поверхностью. В противном случае останутся щели, где будет накапливаться кровь, мешающая заживлению. При завязывании

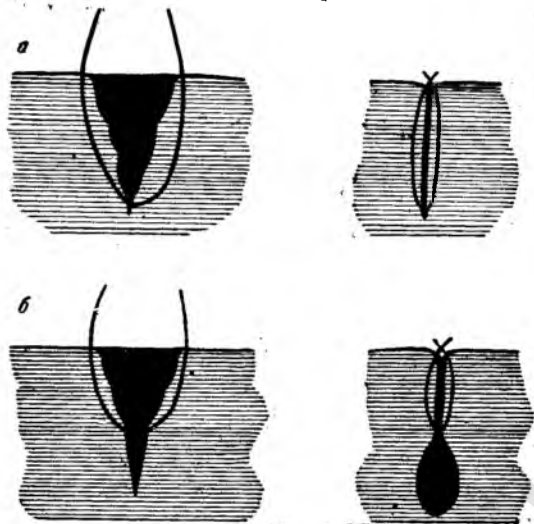


Рис. 295. Техника наложения швов.
а—правильно наложенные швы; б—неправильно наложенные швы.

края раны должны вплотную прилегать друг к другу (рис. 295).

При разрыве промежности второй степени порядок наложения швов следующий. Вначале также накладывают шов на верхний угол раны (рис. 296), затем несколькими погружными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы промежности (эти швы не должны захватывать ни кожи, ни слизистой). После этого накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Концы лигатур срезают, кроме шва, наложенного на спайку. Последний шов

подтягивают кверху, что создает удобство при зашивании кожи промежности. На кожу промежности накладывают шелковые швы, концы которых срезают (можно наложить металлические скобки). Зашитую рану смазывают настойкой йода.

При разрыве третьей степени вначале зашивают нарушенную стенку прямой кишки, затем отыскивают разошедшиеся концы разорванного сфинктера и соединяют их швами. После этого швы накладывают в таком же порядке, как при разрыве промежности второй степени.

Послеоперационный уход при разрывах промежности сводится к содержанию поверхности швов в чистоте. На рану накладывают стерильную марлевую закладку, которую меняют через 3—4 часа (допускается уход за швами без употребления закладок). При уборке родильницы область швов не обмывают, ее только осторожно обсушивают стерильным тампоном. После мочеиспускания и дефекации производят дополнительный туалет наружных половых органов и обсушивание области шва.

При разрыве третьей степени, кроме того, дают *t-rae Opii simplicis* по 8—10 капель 2 раза в день до 6-го дня, чтобы задержать стул. На шестой день назначают касторовое масло, можно поставить масляную клизму.

Диета: сладкий чай, кисели, бульон и другие легко усвояемые блюда.

Шелковые швы с кожи промежности снимают на 5—6-е сутки. Вставать родильнице разрешают на следующий день после снятия швов.

Разрывы в области клитора и половых губ нередко сопровождаются значительным кровотечением; разрыв пещеристого тела клитора может вызвать большую кровопотерю. Все разрывы зашивают; при наложении швов в области клитора в уретру вводят металлический катетер, чтобы случайно не захватить ее в шов.

Разрывы влагалища. Разрывы влагалища возникают при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, оперативных родах, разгибательных предлежаниях, крупной головке и др. Разрывы чаще наблюдаются в нижней трети влагалища, они обычно возникают одновременно с разрывом промежности. В средней и верхней части влагалища разрывы встречаются реже.

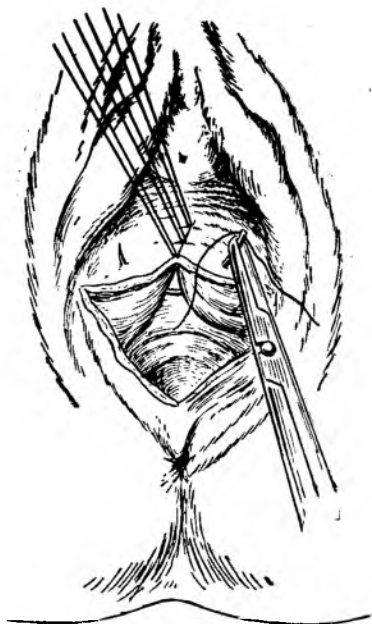


Рис. 296. Зашивание разрыва промежности второй степени.



Рис. 297. Зашивание разрыва стенки влагалища.

Разрывы влагалища обнажаются при помощи зеркал и зашиваются кетгутовыми швами. Разрыв нижней трети влагалища можно зашить при разведении боковых стенок его пальцами левой руки (рис. 297).

ГЕМАТОМЫ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Во время родов может произойти разрыв кровеносных сосудов и кровоизлияние в подкожную клетчатку наружных половых органов или под слизистую оболочку влагалища. Кожа и слизистая над гематомой приобретает сине-багровую окраску; при большом скоплении крови отмечается напряжение тканей и болезненность.

Лечение небольших гематом выжидательное. На область гематомы в первое время накладывают пузырь со льдом, в дальнейшем осторожно приступают к лечению теплом. При быстро нарастающей гематоме производят разрез кожи, опорожнение гематомы, отыскивание и перевязку кровоточащего сосуда. После этого накладывают швы на разрез.

РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки во время родов сглаживается, края наружного зева сильно растягиваются и истончаются. В связи с этим часто возникают неглубокие надрывы краев зева, не сопровождающиеся значительным кровотечением и остающиеся обычно незамеченными.

Во время родов, особенно патологических, нередко возникают разрывы шейки матки, сопровождающиеся значительным кровотечением и другими

неблагоприятными последствиями. Разрывы шейки обычно располагаются сбоку (чаще слева) (рис. 298), иногда доходят до свода влагалища и переходят на него; разрыв может доходить до параметральной клетчатки. При глубоком разрыве шейки повреждаются сосуды и обычно возникает кровотечение. Кровотечение при разрыве шейки бывает значительным, нередко принимает угрожающий характер. Кровотечение, как правило, бывает наружным; при глубоком разрыве кровь частично проникает в параметральную клетчатку и образует в этой области гематому.

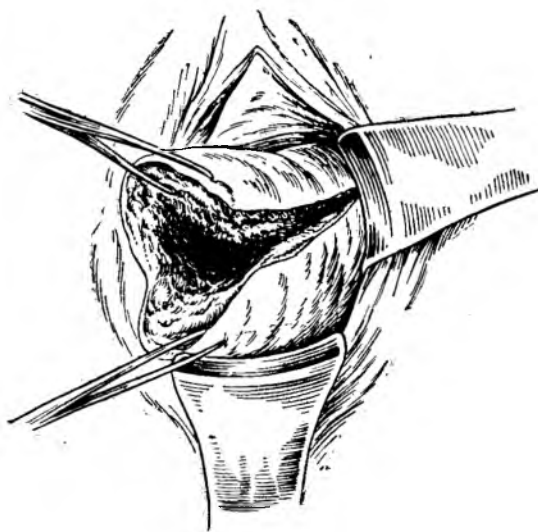


Рис. 298. Разрыв шейки матки.

Обычно кровотечение из разрыва шейки начинается вслед за рождением плода. Однако до рождения последа решить вопрос об источнике кровотечения (из разрыва шейки или сосудов плацентарной площадки) бывает затруднительно. После рождения последа распознавание облегчается. Для разрыва шейки матки характерно постоянное кровотечение при хорошо сократившейся, плотной матке. Для уточнения диагноза необходим осмотр шейки матки при помощи зеркал. Края зева захватывают пулевыми щипцами и внимательно рассматривают при постепенном переключивании щипцов.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы шейки матки.

Возникновению самопроизвольных разрывов способствуют ригидность шейки (особенно у старых первородящих), чрезмерное растяжение краев зева (крупный плод, разгибательные предлежания), быстрые роды, длительное сдавление шейки при узком тазе, ведущее к нарушению питания тканей.

Насильственные разрывы шейки образуются при оперативных родах (щипцы, поворот на ножку и извлечение плода, плодоразрушающие операции и др.).

Разрывы шейки матки опасны не только потому, что вызывают кровотечение. Незашитые разрывы инфицируются, в области раны образуется послеродовая язва, являющаяся источником дальнейшего распространения



Рис. 299. Наложение швов на разрыв шейки матки.

послеродовой инфекции. В процессе заживления незащищенного разрыва образуются рубцы, способствующие вывороту шейки (эктропион). На почве выворота возникает хроническое воспаление слизистой шеечного канала и эрозии шейки матки.

Лечение разрывов шейки матки сводится к зашиванию. Швы накладывают сразу после осмотра шейки и обнаружения разрыва. Шейку матки пупевыми щипцами подтягивают ко входу влагалища и отводят в сторону, противоположную от разрыва. Швы накладывают начиная от верхнего угла разрыва (первый шов накладывается несколько выше места разрыва) до края зева; слизистая оболочка шейки матки не прошивается (рис. 299). Если верхний край разрыва обнаружить сразу не удастся, то первый шов накладывают несколько ниже и подтягивают концы этой лигатуры вниз; при этом верхний угол раны становится видимым и доступным для наложения швов. Для зашивания разрыва шейки пользуются кетгутом; после наложения швов концы лигатур срезают.

РАЗРЫВ МАТКИ (RUPTURA UTERI)

Разрывом матки называется нарушение целостности ее стенок. Если нарушаются все слои матки (слизистая оболочка, мышечный слой, брюшина), то разрыв матки называется **полным** (рис. 300); при полном разрыве матки полость ее сообщается с брюшной полостью. Если разрыв захватывает слизистую и мышечную оболочки без брюшины, разрыв матки считается **неполным** (рис. 301). Полный (сквозной, проникающий) разрыв матки встречается чаще, чем неполный.

Разрыв чаще всего происходит в сравнительно тонкостенном нижнем сегменте матки; однако встречаются разрывы в области верхнего сегмента и даже в дне матки. Встречается разрыв матки, идущий по линии прикрепления шейки к сводам влагалища; этот тип разрыва по существу представляет собой отрыв матки от сводов.

Различают **самопроизвольный** и **насильственный** разрыв матки. Самопроизвольным называется разрыв, возникший без всяких внешних воздействий. Насильственными считают такие разрывы, которые происходят в связи с внешними воздействиями, чаще всего с неправильно применяемыми оперативными вмешательствами.

Разрыв матки относится к числу наиболее опасных осложнений родов. Даже при современной организации акушерской помощи разрывы матки нередко ведут к гибели матери и внутриутробного плода. Опасность разрыва матки для женщины зависит от кровопотери и шока. Источником кровотечения являются сосуды стенки матки, поврежденные при разрыве; чем крупнее просвет разорванных сосудов, тем сильнее кровотечение. Дополнительным источником кровотечения при разрыве матки являются сосуды плацентарной площадки. При разрыве матки плацента обычно отслаивается и сосуды стенки матки в области отслоения плаценты кровоточат.



Рис. 300. Полный разрыв матки.

Кровотечение при разрыве матки может достигнуть очень большой величины.

Картина кровопотери отягощается шоком, который обычно наступает при разрыве матки, особенно полном. Шок возникает на почве чрезвычайно сильного раздражения нервных элементов поврежденной матки (особенно брюшинного покрова); имеет также значение раздражение других органов в связи с тем, что плод нередко полностью выходит в брюшную полость и смещает располагающиеся здесь органы, и кровь скопляется в брюшной полости.

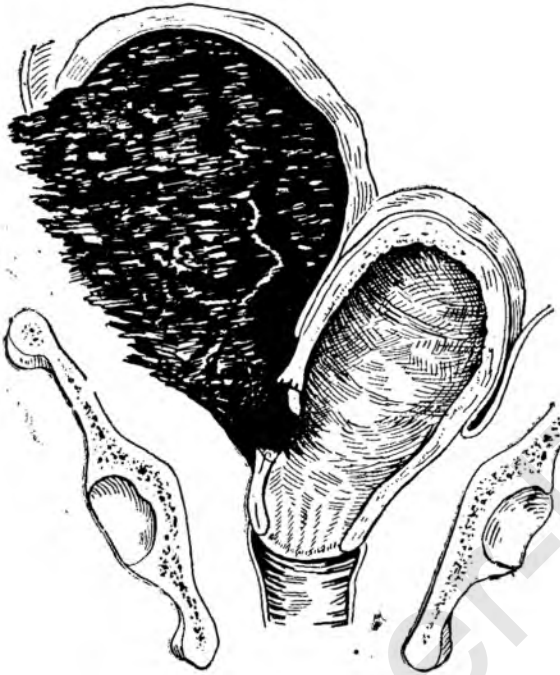


Рис. 301. Неполный разрыв матки. Образование подбрюшинной гематомы.

Плод при разрыве матки погибает часто и очень быстро в связи с отслойкой плаценты.

Причины возникновения разрыва матки различны. В прошлом столетии (1875) Бандль выдвинул механическую теорию разрыва матки. Бандль, а вслед за ним и многие другие акушеры объясняли разрыв матки в родах несоответствием между подлежащей частью плода и тазом матери. Такое несоответствие может возникнуть при узком тазе, неправильных положениях (лобное, задний вид лицевого) или вставлениях (патологический асинклитизм) головки, при крупном (гигантском) пло-

де, гидроцефалии; аналогичное несоответствие возникает при поперечных и косых положениях плода.

При наличии препятствия к изгнанию плода развивается бурная родовая деятельность, верхний сегмент матки все больше сокращается, плод постепенно перемещается в тонкостенный, растянутый нижний сегмент матки. Контракционное кольцо (пограничная бороздка между верхним и нижним сегментом) поднимается все выше, достигает уровня пупка и нередко располагается косо. При продолжающейся родовой деятельности перерастяжение и истончение нижнего сегмента достигает наивысшего предела и происходит разрыв его.

В начале настоящего столетия (1911) Я. Д. Вербов выдвинул другую теорию происхождения разрыва матки. По мнению Я. Д. Вербова, здоровая матка не разрывается; разрыв происходит на почве патологических изменений в стенке матки, вызывающих слабость, неполноценность миометрия. К таким изменениям, предрасполагающим к разрыву матки, относятся рубцы после операций (кесарево сечение, вылушение миоматозного узла и др.), повреждения матки при аборте, дегенеративные и воспалительные процессы, перенесенные до настоящей беременности, инфантилизм и другие аномалии половых органов, характеризующиеся слабостью миометрия.

В настоящее время считают, что причиной разрыва матки могут быть и патологические изменения в ее стенке, и механические факторы (несоответствие между тазом и предлежащей частью). Особенно легко возникает разрыв матки при комбинации указанных явлений, т. е. при одновременном существовании патологических процессов в матке и каких-либо затруднений к изгнанию плода.

Разрыв матки встречается главным образом у повторно- и многорожавших женщин; у молодых первобеременных это осложнение наблюдается редко. Чаще всего разрыв матки происходит в периоде изгнания, когда выявляется затруднение или препятствие к продвижению плода через родовые пути. При патологических изменениях в стенке матки (рубцы, воспалительные и дегенеративные процессы) разрыв может произойти в периоде раскрытия, даже в самом начале родов. Известны случаи разрыва матки во время беременности, возникшие на почве изменений в стенке матки.

Разрыву матки обычно предшествуют клинические признаки, характеризующие состояние угрожающего или готовящегося разрыва. Клиническая картина угрожающего разрыва матки очень яркая при механическом препятствии к изгнанию плода (узкий таз, неправильные положения и предлежания и др.) и менее отчетливая при патологических изменениях в стенке матки (рубцы и др.).

Клиническая картина угрожающего разрыва матки, возникающего в связи с механическими препятствиями к изгнанию плода, характеризуется следующими симптомами.

1. Родовая деятельность очень сильная, схватки иногда приобретают судорожный характер.

2. Нижний сегмент матки перерастян, истончен, болезнен при пальпации.

3. Контракционное кольцо поднимается высоко, доходит до уровня пупка, располагается косо.

4. Круглые связки матки сильно напряжены и болезненны.

5. Появляется отек краев зева (вследствие сдавления), распространяющийся на влагалище и промежность.

6. Затрудняется мочеиспускание в связи со сдавлением мочевого пузыря и уретры между головкой и костями таза.

7. Возникают сукровичные выделения из влагалища, указывающие на то, что повреждение тканей уже началось.

8. Роженица возбуждена, беспокойна (кричит, мечется в постели, хватается руками за живот), жалуется на сильные боли.

Клиническая картина угрожающего разрыва на почве изменений в стенке матки будет отличаться тем, что бурная родовая деятельность отсутствует. Схватки частые, болезненные, но не очень сильные. Наблюдаются также остальные симптомы (перерастяжение и болезненность нижнего сегмента, отек шейки, влагалища и наружных половых органов, нарушение мочеиспускания и др.), но они могут быть менее отчетливыми, чем при угрожающем разрыве на почве механических причин.

Если при указанной клинической картине не будет оказана помощь, то неизбежно возникнет разрыв матки.

Клиническая картина совершившегося разрыва матки характеризуется следующими основными признаками.

1. В момент разрыва возникает чрезвычайно острая боль в животе.

2. Сразу после разрыва родовая деятельность полностью прекращается.

3. Вскоре возникает тяжелое состояние, связанное с шоком и нарастающей кровопотерей. Кожа и видимые слизистые бледнеют, черты лица заостряются, пульс становится частым и малым, артериальное давление падает. Нередко наблюдается тошнота и рвота.

4. При разрыве матки плод полностью или частично выходит в брюшную полость. Поэтому при пальпации части плода чрезвычайно отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой; подлежащая часть, ранее фиксированная, отходит кверху и становится подвижной. Рядом с плодом прощупывается сократившееся тело матки. Сердцебиение плода не прослушивается.

5. Наружное кровотечение обычно бывает не очень сильным, иногда даже незначительным. При разрыве матки кровь изливается в брюшную полость (при неполном разрыве образуется гематома в рыхлой клетчатке таза).

При патологических процессах в стенке матки разрыв может произойти постепенно, путем расползания тканей. Поэтому острая внезапная боль может отсутствовать и схватки прекращаются не сразу, а постепенно. Все другие признаки разрыва матки выражены отчетливо.

Профилактика разрыва в матки заключается в правильной организации родовспоможения. Решающее значение имеет своевременный учет всех беременных и тщательное наблюдение за ними в консультации. В консультации выявляют и берут на специальный учет всех беременных, у которых возможен разрыв матки в родах. К этой группе относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, перенесенной беременностью (крупный плод), многорожавшие женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, имеющие тяжелый акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборт, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания), перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке.

Всех этих беременных за 2—3 недели до родов направляют в родильный дом; роды у них проводят под наблюдением врача.

Во время родов устанавливается тщательное наблюдение, чтобы не пропустить признаков угрожающего разрыва матки.

Лечение угрожающего и совершившегося разрыва матки. При возникновении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо: 1) прекратить или ослабить родовую деятельность, 2) немедленно закончить роды оперативным путем.

Для прекращения (ослабления) родовой деятельности дают эфирный наркоз. Самостоятельно работающая акушерка вводит морфин (1% 1,5 мл) и немедленно вызывает врача, предупредив об угрожающем разрыве матки. Родоразрешение производится очень бережно, под глубоким наркозом. Если плод живой и признаки инфекции отсутствуют, прибегают к кесареву сечению. При мертвом плоде роды заканчивают плодоразрушающей операцией. При угрожающем разрыве матки противопоказаны поворот плода и наложение акушерских щипцов; производство этих операций и даже попытки к их применению неизбежно ведут к разрыву матки.

При совершившемся разрыве матки необходимо немедленное чревосечение. Из брюшной полости удаляют плод, послед и излившуюся кровь, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. В некоторых случаях ограничиваются зашиванием разрыва матки (молодой возраст, недавно произошедший разрыв, отсутствие инфекции). Во время операции и после ее окончания проводят борьбу с шоком и кровопотерей. Для этой цели применяют переливание крови, подкожное вливание физиологического раствора, согревание, сердечные средства.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ СВИЩИ

При патологических родах могут возникнуть мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи. Мочеполовые свищи представляют собой противорестественные сообщения между мочевым пузырем или уретрой и влагалищем,

реже—между пузырем и каналом шейки матки. В таких случаях моча частично или полностью попадает во влагалище и вытекает наружу через половую щель. При кишечно-вагинальных свищах во влагалище попадают каловые массы. Свищи являются серьезным осложнением родов, они причиняют женщине тяжелые страдания.

Свищи образуются вследствие длительного сдавления мягких тканей родовых путей и соседних органов между стенками таза и предлежащей частью (узкий таз, неправильные предлежания и вставления головки, крупный плод и др.). При сдавлении происходит нарушение кровообращения, последующий некроз и отторжение омертвевших участков. После отторжения омертвевших участков моча (или кал) начинает проникать во влагалище. Это происходит обычно на 5—7-й день после родов.

Свищи могут возникнуть в связи с ранением мягких тканей родовых путей и соседних органов (мочевое пузыря или прямой кишки) инструментами, применяемыми при акушерских операциях (плодоразрушающие операции, щипцы и др.). В таких случаях свищ проявляется непосредственно после родоразрешения.

Профилактика свищей сводится к правильному ведению родов. Нельзя допускать продолжительного стояния головки в одной и той же плоскости таза после отхождения вод. Если головка стоит во входе в полости или в выходе таза больше 2—3 часов, необходимо произвести вагинальное исследование, уточнить диагноз и решить вопрос о родоразрешении. Надо систематически следить за состоянием мочевого пузыря. При задержке мочи производится осторожная катетеризация мочевого пузыря. Примесь крови в моче (даже незначительная) указывает на угрозу возникновения свища и служит показанием для окончания родов оперативным путем.

Лечение свищей оперативное. Только небольшие свищи при правильном уходе иногда закрываются самопроизвольно. Уход сводится к содержанию половых органов в чистоте, смазыванию кожи наружных половых органов и слизистой влагалища вазелиновым (или другим) маслом, стрептоцидовой или сульфидиновой эмульсией (чтобы не было раздражения). При обнаружении мочевого свища в уретру вводят постоянный катетер, который систематически извлекают и стерилизуют кипячением. Внутри профилактически назначают уротропин. Если свищ самопроизвольно не закрывается, то через 3—4 месяца после родов производят операцию.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ВЫВОРОТ МАТКИ .

При вывороте матки слои ее располагаются наизнанку: слизистая оболочка становится наружным слоем, а серозный покров—внутренним (матка выворачивается, как палец перчатки) (рис. 302). Выворот образуется так: вначале происходит вдавление дна матки в полость ее, затем дно достигает зева и, наконец, вывернутая наизнанку матка располагается во влагалище или даже за пределами половой щели.

Выворот матки происходит при следующих условиях: а) зев матки раскрыт, б) стенки матки расслаблены (например, при гипотонии и атонии), в) на дно матки производится давление сверху (например, выжимание последа) или влечение снизу (например, потягивание за пуповину). Вывороту матки особенно способствует сочетание расслабления стенки матки и выжимания последа по Креде без предварительного массажа дна матки, а также недозволенное потягивание за пуповину при недостаточном сокращении матки и широко раскрытом зеве.

Выворот матки после родов обычно сопровождается рядом тяжелых симптомов. У женщин возникает острая боль в животе и состояние шока.

Кожа и слизистые бледнеют, пульс учащается, артериальное давление падает, возникает тошнота, рвота, обморочное состояние. Из половой щели показывается вывернутая матка ярко-красного цвета; иногда матка выворачивается вместе с неотделившимся еще последом. При исследовании в области матки обнаруживается воронкообразное углубление. Выворот матки после родов может быть причиной гибели женщины.



Рис. 302. Выворот матки.

Лечение. Под глубоким наркозом производится осторожное вправление матки через широко раскрытый зев. Перед вправлением отделяют плаценту, если она была прикреплена к вывернутой матке. После вправления влагалище тамponируют стерильным марлевым бинтом. Проводят меры борьбы с шоком и инфекцией.

РАСХОЖДЕНИЕ ЛОННЫХ КОСТЕЙ

Во время беременности происходит серозное пропитывание сочленений и связочного аппарата таза, особенно лонного сочленения. У некоторых беременных размягчение сочленений таза бывает значительным. В таких случаях сильное давление на костное кольцо таза со стороны рождающейся головки может вызвать расхождение лонных костей. Расхождение лонных костей встречается при узком тазе, крупном плоде и при оперативных родах. Иногда расхождение лонных костей сопровождается кровоизлиянием и повреждением мочеиспускательного канала, мочевого пузыря и клитора. При тяжелых родах, особенно оперативных, может возникнуть также повреждение крестцово-подвздошного сочленения.

При расхождении лонного сочленения роженица жалуется на боль в области симфиза, особенно при движении ногами. Боль резко усиливается при разведении ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах. При пальпации определяется углубление между разошедшимися концами лонных костей. При необходимости диагноз подтверждается рентгенографически.

Лечение. Покойное положение в постели, тугое бинтование области таза.

Покой соблюдается в течение 3—5 недель (иногда больше). У некоторых женщин в первое время наблюдаются некоторые нарушения походки («утиная походка»), которые обычно в дальнейшем исчезают. В редких случаях наблюдается нагноение гематомы в области разошедшегося лонного сочленения и стойкое нарушение походки.

ГЛАВА XXVII

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Послеродовые септические заболевания возникают в результате проникновения микробов через раневые поверхности, образовавшиеся во время родов.

Наиболее частыми возбудителями послеродовых септических заболеваний являются стафилококки и стрептококки, реже—кишечная палочка, возбудители газовой гангрены и другие микробы. Послеродовые септические заболевания чаще вызываются одним видом микробов (мономикробная инфекция), иногда—разными видами микробов (полимикробная инфекция).

Микробы всегда находятся в организме человека (особенно на коже, открытых слизистых оболочках и др.), но они в обычных условиях заболеваний не вызывают.

Заболевание может возникнуть при проникновении микробов в организм через раневые входные ворота. Раневыми входными воротами служат: внутренняя поверхность матки после отслоения последа, надрывы, трещины и ссадины, образующиеся на шейке матки, во влагалище и на промежности даже при нормальных родах.

При патологических (особенно оперативных) родах образуются более обширные и глубокие повреждения, в связи с чем опасность проникновения возбудителей септической инфекции возрастает.

Возбудители заносятся на раневую поверхность извне (экзогенная инфекция) или на рану попадают микробы, существовавшие в организме женщины до образования входных ворот (эндогенная инфекция).

При экзогенной инфекции микробы заносятся нестерильными руками, инструментами, предметами ухода, бельем и другими предметами, соприкасающимися с родовыми путями; большую опасность представляет капельная инфекция. При эндогенной инфекции микробы проникают в рану из влагалища, наружных половых органов, реже—метастатическим путем из отдаленных очагов инфекции (например, из зева).

Микробы, попавшие на раневую поверхность, вызывают развитие септической инфекции часто, но не всегда. Различные последствия от попадания микробов на раны зависят от сопротивляемости организма, защитных сил его.

При хорошей сопротивляемости организма септическая инфекция не развивается, при понижении защитных сил организма микробы, проникшие в рану, вызывают послеродовые заболевания. Установлено, что чем ниже сопротивляемость организма, тем тяжелее течение послеродовой септической инфекции.

Таким образом, послеродовые септические заболевания развиваются в результате взаимодействия микробов и организма роженицы; при этом возникновение заболеваний и их течение в значительной мере зависят от состояния организма роженицы.

К возникновению послеродовых заболеваний предрасполагает преждевременное отхождение вод, затяжные роды, кровопотеря в родах, оперативные роды, роды, сопровождающиеся разрывами и разможением мягких тканей, общее истощение и ослабление организма роженицы в связи с перенесенными заболеваниями, интоксикациями, неправильным питанием.

Начало послеродовых заболеваний характеризуется тем, что возникает воспалительный процесс в области раневой поверхности (входные ворота), куда попали патогенные микробы. Первичными очагами послеродовой инфекции являются внутренняя поверхность матки, а также ссадины и разрывы в области шейки, влагалища и промежности (послеродовой метроэндометрит, послеродовые язвы).

При хорошей сопротивляемости организма и правильном лечении происходит заживление инфицированной раневой поверхности и заболевание прекращается. При ослаблении защитных сил организма и высокой вирулентности микробов последние распространяются за пределы первичного очага. Распространение микробов может происходить по лимфатическим сосудам (лимфогенный путь), по кровеносным сосудам (гематогенный путь) или по маточным трубам (каналикулярный путь). Возможно распространение микробов одновременно по лимфатическим и кровеносным сосудам.

Распространяющиеся микробы поражают глубокие слои миометрия, околососочную клетчатку, тазовую брюшину, вены матки, таза и бедра. При слабой сопротивляемости организма (или высокой вирулентности микроба-возбудителя) микробы разносятся по всему организму, и возникают общие септические заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С. В. Сазонов и А. В. Бартельс разработали классификацию послеродовых септических заболеваний. Эта классификация основывается на том, что разные формы послеродовых заболеваний рассматриваются как отдельные этапы единого развивающегося инфекционного (септического) процесса.

Первый этап—септическая инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой метроэндометрит, послеродовая язва (на шейке, влагалище или промежности).

Второй этап—инфекция вышла за пределы первичного очага, но остается локализованной: метрит, метротромбофлебит, параметрит, тромбофлебит вен таза и ограниченный тромбофлебит бедренной вены, сальпингооофорит, пельвеоперитонит.

Третий этап—разлитой (диффузный) перитонит, прогрессирующий тромбофлебит.

Четвертый этап—генерализованная инфекция (общие септические заболевания): септицемия и септикопиемия.

Послеродовые септические заболевания, относящиеся к разным этапам распространения инфекции, протекают различно. Они различаются по степени тяжести клинической картины и исходам. Однако при наличии существенных отличий в клинической картине разных форм септических заболеваний отмечаются следующие общие черты.

1. Повышение температуры. При легком течении заболевания температура (метроэндометрит) бывает невысокой и быстро снижается до

нормы, при тяжелом (септицемия)—температура держится на высоких цифрах.

2. Учащение пульса. При локализованных, нетяжелых заболеваниях учащение пульса соответствует повышению температуры. При общих септических заболеваниях пульс становится очень частым (100 ударов и выше), он не соответствует температуре (гораздо чаще, чем полагалось бы при данном повышении температуры). Учащение пульса и его несоответствие с температурой чрезвычайно характерны для тяжелых послеродовых септических заболеваний.

3. Ознобы. Они, как правило, сопутствуют септицемии и септикопиемии. Ознобы иногда бывают сильными, заканчиваются обильным потом, повторяются в течение дня. При некоторых заболеваниях наблюдаются нерезкие ознобы или даже легкие познабливания. В конце заболевания ознобы прекращаются. Новое появление ознобов означает возникновение нового очага инфекции в организме.

Повышение температуры, учащение пульса и ознобы иногда связывают с малярией, гриппом, тифом и другими заболеваниями, и назначают неправильное лечение.

Акушерка должна помнить, что эти признаки типичны для послеродовых септических заболеваний. Поэтому при повышении температуры и учащении пульса и ознобах у родильницы в первую очередь следует предположить наличие септической инфекции.

4. Изменения со стороны нервной системы. При метроэндометрите и послеродовых язвах изменения незначительны (недомогание, небольшая головная боль), при тяжелых заболеваниях наблюдается ухудшение самочувствия, головная боль, бессонница или сонливость, даже бредовое состояние.

5. По мере прогрессирования септического инфекционного процесса возникают изменения в деятельности сердца, органов кроветворения, пищеварения, дыхания, почек и др.; нарушается обмен веществ.

6. При тяжелых септических заболеваниях вес тела понижается, кожа становится серовато-бледной, иногда с желтушным оттенком, на коже появляются кровоизлияния (сыпь).

7. При септических заболеваниях изменяется картина крови: уменьшается количество эритроцитов и гемоглобина, нарастает лейкоцитоз (при очень тяжелом состоянии может быть лейкопения), ускоряется РОЭ. Чем тяжелее заболевание, тем сильнее изменяется морфологическая картина крови.

При общих септических заболеваниях микробы могут находиться в крови и размножаться в ней. В таких случаях можно сделать посев крови на искусственную питательную среду и выяснить характер микробов, вызвавших данное септическое заболевание. Кровь для посева берут из локтевой вены (5—7 мл) при строгом соблюдении правил асептики; вторую порцию крови выливают в пробирку со стерильной питательной средой. Кровь лучше брать во время озноба.

Пробирку направляют для исследования в лабораторию.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПЕРВОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Послеродовая язва.

К послеродовым язвам (*ulcus puerperale*) относятся гнойно-воспалительные раны, образовавшиеся в области разрывов и трещин на промежности, стенке влагалища, шейке матки. Раневая поверхность покрыта гной-

ным налетом, окружающие ткани гиперемированы и отечны. Заболевание обычно проявляется на 3—4-й день после родов. Повышается температура, учащается пульс, возникает недомогание, иногда небольшая головная боль. Обычно бывают жалобы на жжение в области наружных половых органов. Через 4—5 дней температура понижается, состояние улучшается, рана очищается от налетов и постепенно заживает вторичным натяжением. При неблагоприятных условиях микробы из язвы проникают в глубь тканей и происходит распространение инфекции.

Лечение. Постельный режим, бережная уборка; на рану промежности накладывают марлевые салфетки, пропитанные эмульсией, содержащей стрептоцид или сульфидин. Применяют аутогемотерапию. В первые дни к промежности прикладывают пузырь со льдом. Назначают сульфаниламидные препараты по 0,5—1 г через 4 часа 6 раз в сутки, пенициллин по 50 000 ЕД через 3—4 часа.

Метроэндометрит

Послеродовой метроэндометрит (metroendometritis)—воспаление внутренней поверхности матки: базального слоя эндометрия, обрывков отпадающей оболочки и поверхностного слоя мышечных волокон.

Клинические признаки заболевания проявляются на 3—4-й день после родов. Повышается температура, учащается пульс (соответственно температуре), понижается аппетит, ухудшается сон. В начале заболевания может быть познабливание.

Матка чувствительна при пальпации, процесс обратного развития ее замедляется (субинволюция), лохии становятся мутными, кровянистыми. Иногда лохии имеют зловонный запах.

При метроэндометрите иногда наблюдается задержка лохий в матке (лохиометра) вследствие перегиба матки или закупорки канала шейки матки сгустком крови, частицами оболочек.

Лохиометра сопровождается новым повышением температуры и ухудшением состояния, появляются схваткообразные боли внизу живота. Заболевание в среднем продолжается 8—10 дней и обычно заканчивается выздоровлением.

Метроэндометрит может протекать в легкой форме, с субфебрильной температурой. При неблагоприятном течении метроэндометрит становится очагом распространения септической инфекции.

Лечение. Постельный режим, пузырь со льдом на низ живота, аутогемотерапия, хлористый кальций внутривенно (10 мл 10% раствора через 1—2 дня) или внутрь (10% раствор по 1 столовой ложке 3—4 раза в день), сульфаниламидные препараты по 0,5—1 г 4 раза в день через 6 часов, пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через 3—4 часа.

Послеродовой метроэндометрит бывает не только септической, но также и гонорейной этиологии. У женщин, страдающих гонорейным воспалением слизистой шеечного канала, гонококки после родов, проникая в полость матки, вызывают метроэндометрит. Впоследствии гонококки могут проникнуть в трубы и вызвать воспаление труб, яичников и тазовой брюшины.

Гонорейный метроэндометрит проявляется на 6—8-й день после родов следующими признаками: повышение температуры, задержка обратного развития матки и ее болезненность, гнойные или слизисто-гнойные выделения. Диагноз уточняется путем микроскопического исследования выделений из матки.

При гонорейном метроэндометрите с успехом применяется пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через 3—4 часа и сульфаниламидные препараты.

Уход за больными гонореей необходимо организовать так, чтобы исключить возможность заражения ребенка и других родильниц. Уборка производится в последнюю очередь, строго следят за тем, чтобы родильница пользовалась индивидуальным судном, тщательно мыла руки перед кормлением ребенка.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ КО ВТОРОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Метрит

В отличие от метроэндометрита при метрите (metritis) поражаются глубокие слои миометрия. Микробы проникают через кровеносные и лимфатические пути из воспаленного эндометрия.

Заболевание проявляется на 4—7-й день после родов и продолжается 3—4 недели. В начале заболевания бывает озноб, температура повышается до 39—40°, впоследствии становится субфебрильной. Нарушается общее состояние, сон, аппетит, бывают жалобы на головную боль. Обратное развитие матки задерживается, при пальпации ее отмечается болезненность, особенно по бокам (по ходу сосудов). Лохии сукровично-гнийные или серозно-гнийные.

Параметрит

Параметрит (parametritis)—воспаление околоматочной клетчатки. Инфекция проникает в клетчатку обычно через разрывы шейки матки и влагалища. Параметрит чаще бывает односторонним, реже двусторонним.

При неблагоприятном течении заболевания воспаление распространяется по всей клетчатке малого таза. В воспаленной клетчатке вначале образуется серозный выпот, затем накапливается фибрин и выпот уплотняется. В дальнейшем выпот рассасывается или нагнаивается.

Параметрит начинается на 10—12-й день после родов ознобом и повышением температуры до 39—40°; пульс учащается, появляются боли внизу живота; при распространении воспалительного процесса в сторону мочевого пузыря и прямой кишки возникают расстройства функций этих органов (учащенное и болезненное мочеиспускание, болезненность при дефекации, запоры). При влагалищном исследовании сбоку от матки определяется инфильтрат (вначале—мягкий, впоследствии—плотный), достигающий боковой стенки таза; матка смещается в сторону, противоположную от инфильтрата.

Течение параметрита различное. Обычно температура постепенно снижается и инфильтрат рассасывается. Реже наблюдается нагноение, сопровождающееся ознобом, высокой температурой ремитирующего типа, ухудшением общего состояния. Если гнойник не вскрывают, он может вскрыться самопроизвольно (во влагалище, над пупартовой связкой или под ней, в мочевого пузыря и т. д.).

Сальпинго-оофорит (аднексит)

Послеродовое воспаление придатков матки (яичников и труб) (salpingo-oophoritis, adnexitis) связано с септической или гонорейной инфекцией. Заболевание начинается на 10—14-й день после родов. Симптомы: повышение температуры, ухудшение общего состояния, понижение аппетита, сильные боли внизу живота, расстройство мочеиспускания, болезненность при дефекации, запоры. В первые дни заболевания живот напряжен, резко бо-

лезнен при пальпации; может быть положительным симптом Щеткина-Блюмберга.

При двуручном исследовании прощупываются увеличенные, болезненные придатки, подвижность которых ограничивается вследствие образования сращений с соседними органами. Течение заболевания различное: возможно быстрое выздоровление, переход в хроническую форму, образование гнойников в трубе или яичнике.

Пельвеоперитонит

Пельвеоперитонит (pelveoperitonitis)—воспаление брюшины малого таза. Послеродовой пельвеоперитонит возникает на почве септической или гонорейной инфекции. В связи с воспалением тазовой брюшины в полости малого таза образуется вначале серозно-фибринозный выпот, который может впоследствии нагноиться. Фибринозный характер выпота способствует образованию сращений между органами малого таза, кишечником и салъником. В результате сращений образуется конгломерат, в котором затруднительно определить матку и другие органы.

Заболевание начинается на 15—25-й день после родов. Отмечается озноб, высокая температура (39—40°), резкие боли внизу живота. В первые дни заболевания бывает тошнота, рвота, напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Общее состояние и сон нарушены, пульс учащен, язык сухой и обложенный.

При правильном лечении эти бурные явления вскоре стихают, инфильтрат в малом тазу отграничивается и подвергается постепенному рассасыванию. Впоследствии остаются спайки между органами малого таза. При пельвеоперитоните (особенно септической этиологии) иногда наблюдается нагноение выпота; если гнойник не вскрывают, происходит самопроизвольный прорыв его (во влагалище, в пузырь и др.); возможно распространение воспалительного процесса и развитие диффузного перитонита.

Лечение метрита, параметрита, сальпингооофорита, пельвеоперитонита основано на следующих общих принципах.

1. Строгий постельный режим. Покой способствует отграничению воспалительного процесса и быстрой ликвидации его. При пельвеоперитоните следует создать возвышенное положение верхнего отдела туловища (поднять головной конец кровати). Влагалищное исследование производят только по мере необходимости. Необходим душевный покой.

2. Огромное значение имеет тщательный уход (содержание кожи в чистоте, частая смена белья, проветривание палаты и др.) и правильное питание (вкусная, питательная пища, витамины). Уход и питание организуются по правилам, принятым для больных общими септическими заболеваниями (стр. 351).

3. В острой стадии указанных заболеваний применяют пузырь со льдом на низ живота, болеутоляющие свечи.

4. Назначают противовоспалительное лечение: хлористый кальций внутривенно (10 мл 10% раствора через 1—2 дня) или внутрь (10% раствор по одной столовой ложке 3—4 раза в день), пирамидон (2% раствор по одной столовой ложке 3—4 раза в день).

5. Применяют пенициллин и другие антибиотики. Пенициллин вводят в растворе новокаина (0,25—0,5 % раствор) или пирамидона (1% раствор). Доза пенициллина зависит от клинической картины и чувствительности микроба-возбудителя. Обычно вводят 300 000—500 000 ЕД в сутки. С успехом применяются сульфаниламидные препараты (сульфазол, сульфатиазол, белый стрептоцид и др.), обладающие противовоспалительным и антибакте-

риальным свойством. Сульфаниламидные препараты назначают в первые 2 суток по 1 г через 4 часа, следующие 2—4 дня—по 0,5 г через 4—6 часов.

6. Внутривенно вводят глюкозу. В подострой стадии рекомендуется аутогемотерапия или повторное переливание небольших доз крови.

7. При нагноении инфильтрата в параметральной клетчатке и тазовой брюшине применяют хирургическое лечение. Гнойник вскрывают через задний свод влагалища (кольпотомия) или через брюшную стенку (при параметрите) в зависимости от того, где лучше доступ.

Тромбофлебит

Послеродовые тромбофлебиты (*trombophlebitis puerperalis*)—воспаление стенки вены с последующим образованием тромба, который закупоривает просвет вены и тем самым нарушает кровообращение. Наблюдается

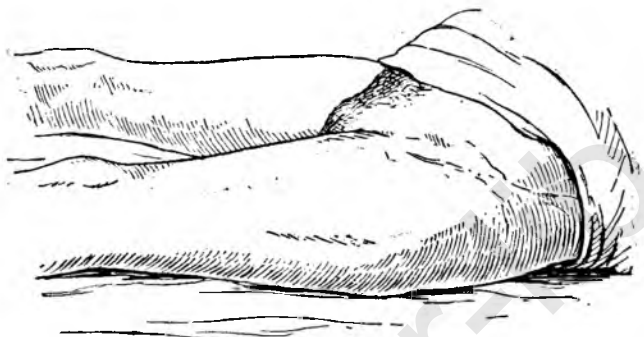


Рис. 303. Тромбофлебит левой бедренной вены.

тромбофлебит вен матки, таза и бедра. Тромбофлебит вен матки (метротромбофлебит) возникает на почве метроэндометрита. Общие симптомы напоминают картину метрита. Характерна задержка инволюции матки, длительные кровянистые выделения. При неблагоприятных условиях процесс распространяется на вены таза, которые прощупываются при влагалищном исследовании в виде извитых, болезненных тяжей. При дальнейшем распространении процесса происходит тромбоз подвздошных вен, а затем и вен бедра. Возникает тяжелое послеродовое заболевание—тромбофлебит бедренных вен.

Тромбофлебит бедренных вен (*trombophlebitis venae femoralis*) клинически проявляется на второй-третьей неделе после родов. В начале заболевания нередко бывает озноб, температура держится на высоком уровне, пульс частый, больная жалуется на боль в ноге, нередко бывает головная боль, бессонница и другие жалобы.

Местные проявления тромбофлебита вены бедра: сглаживание паховой области, уплотнение и болезненность по ходу вены (передне-внутренняя поверхность бедра ниже пупартовой связки), отек ноги (рис. 303). Отек нередко достигает очень большой величины.

Высокая температура держится 2—3 недели, отек ноги—1—2 месяца. В период выздоровления возникает ощущение ползания мурашек в больной ноге.

Лечение послеродовых тромбофлебитов проводится по общим правилам, принятым для лечения септицемии и септикопиемии (стр. 351), но с соблюдением некоторых особенностей.

1. Необходим абсолютный покой, он способствует организации тромба и предупреждает возможность эмболии (отрыва частицы тромба и закупорки им сосуда жизненно важного органа). При тромбофлебите вены бедра создается возвышенное положение для пораженной конечности (подкладывают подушку или шину).

2. Не применяют внутривенные вливания и инъекции в больную ногу.

3. На низ живота кладут пузырь со льдом.

4. Применяют пиявки с целью уменьшения воспалительных явлений и понижения свертываемости крови. Пиявки ставят по ходу пораженной вены (кожу предварительно моют, вытирают и смазывают раствором сахара) по 5—7 штук, которые, высосав по 10—12 мл крови, отпадают сами.

5. Когда процесс начинает затихать, на всю ногу накладывают повязку с мазью Вишневого и меняют ее через 7—8 дней.

6. Медикаментозное лечение такое же, как при общих септических заболеваниях. Из антибиотиков предпочтительно назначают стрептомицин или биомицин.

7. Активные движения больной разрешаются при условии нормальной температуры в течение трех недель и снижении РОЭ до 30 мм в час и ниже.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

К этой группе относится острый разлитой перитонит и прогрессирующий тромбофлебит.

Острый разлитой перитонит

Острый разлитой перитонит возникает на 3—8-й день после родов. Заболевание характеризуется тяжелой клинической картиной: тошнота, рвота, вздутие живота (симптом Щеткина-Блюмберга может отсутствовать), повышенная температура (при очень тяжелом течении температура не повышается), пульс частый и малый, артериальное давление понижено, язык сухой, черты лица заострены, в тяжелых случаях наблюдается затемнение сознания.

Прогрессирующий тромбофлебит

Прогрессирующий тромбофлебит характеризуется тем, что воспаление стенки вен и процесс тромбообразования не ограничиваются, а распространяются по протяжению вены. Образовавшийся тромб нередко размягчается и нагнаивается; частицы инфицированного тромба попадают в общий круг кровообращения, разносятся по всему организму, оседают в органах и тканях и образуют в этих местах новые очаги септической инфекции.

В некоторых случаях гнойники в вене осумковываются, и распространения инфекции по всему организму не происходит.

Методы лечения острого разлитого перитонита и прогрессирующего тромбофлебита такие же, как при общей (генерализованной) септической инфекции.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЧЕТВЕРТОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

(генерализованная септическая инфекция)

К генерализованной септической инфекции относятся септицемия и септикопиемия.

Септицемия

Септицемия—тяжелое общее септическое заболевание, характеризующееся тем, что микробы, попавшие в кровь, размножаются в ней и разносятся по всему организму; микробные токсины вызывают отравление организма. В сердце, сосудах, печени, почках и других органах возникают резко выраженные дистрофические явления.

Заболевание начинается на 2—3-й день после родов ознобом, повышением температуры до 40—41°, резким ухудшением общего состояния. Больная апатична, сонлива, бывает головная боль, иногда наблюдается возбуждение и бред. Пульс малый и частый (120—130 ударов в минуту), язык сухой, обложенный, кожа сухая с сероватым или желтоватым оттенком, на ней нередко появляются мелкие, а иногда и крупные кровоизлияния (сыпь). Часто развиваются поносы. Нередко возникает цианоз конечностей, связанный с ослаблением сердечной деятельности. При посеве крови удается обнаружить возбудителя септицемии.

Септикопиемия

При септикопиемии микробы периодически поступают в кровь (из существующих очагов септической инфекции) и образуют в разных органах и тканях новые (метастатические) очаги септической инфекции, которые обычно подвергаются нагноению.

Основным очагом распространения инфекции часто является нагноившийся тромбофлебит. Отсюда отторгаются частицы инфицированного тромба и разносятся по организму. В дальнейшем гнойные метастазы образуются в легком, сердце, подкожной клетчатке (абсцессы, флегмоны) и в других органах и тканях.

В клинической картине септикопиемии и септицемии много общего (тяжелое состояние, высокая температура, ознобы, частый пульс и др.). Однако существуют некоторые особенности, связанные с тем, что при септикопиемии образуются метастазы в разных органах. В зависимости от этого к симптомам, типичным для генерализованной септической инфекции, присоединяются еще признаки поражения того или иного органа (легкого, сердца и др.). Обратное развитие метастатического очага инфекции сопровождается некоторым улучшением общего состояния, прекращением ознобов и понижением температуры.

При возникновении нового метастатического очага вновь возникают ознобы, поднимается температура, ухудшается общее состояние и появляются дополнительные симптомы, зависящие от поражения того или иного органа.

Лечение септицемии и септикопиемии. Основные задачи лечения: а) способствовать повышению сопротивляемости организма больной, б) воздействовать на возбудителя (ослабить, остановить его рост). Лечение заключается в следующем.

1. Тщательный уход за больными имеет огромное значение. Правильный уход способствует повышению сопротивляемости организма и определяет успех всего лечения.

Палата должна регулярно проветриваться, содержаться в чистоте, перегрузка ее недопустима. Постельное и нательное белье меняют часто, особенно при обильном потении, подкладные пеленки меняют по мере загрязнения. Подкладные пеленки должны быть сухими, хорошо расправленными (без складок).

Важное значение имеет уход за полостью рта и кожей. Необходимо полоскать рот и очищать его утром, днем после приема пищи и на ночь.

Рот протирают ватой, смоченной слабым раствором борной кислоты или бурой с глицерином (Bogacis, Glycerini aa 15,0). Кожу ежедневно обтирают слабыми растворами спирта, одеколona, ароматического уксуса.

С целью предупреждения пролежней (которые при септической инфекции образуются легко) область крестца, позвоночника и лопаток ежедневно обрабатывают камфарным спиртом (дополнительно к обтиранию всей кожи). Под таз больной подкладывают резиновый круг.

Туалет наружных половых органов производят не реже двух раз в сутки.

2. Правильное питание является важнейшим условием для повышения сопротивляемости организма. Пища должна быть калорийной, вкусной, разнообразной, легко усвояемой. В большом количестве дают сахар, жиры вводят в виде сливок, сливочного масла, белки—в виде паровых мясных котлет, вареной рыбы, вареной курицы, яиц, творога. Если нет поражения почек, для возбуждения аппетита дают в небольшом количестве икру, сельдку и др. Полезны свежие фрукты и фруктовые соки. Необходимо вводить достаточное количество жидкостей. Рекомендуется чай, кофе, морс, щелочные минеральные воды. Дают вино в небольших дозах.

3. С целью повышения сопротивляемости организма назначают витамины (А, С, группы В, D и др.), глюкозу внутривенно (по 20—40 мл 40% раствора) или подкожно (до 1—2 л 5% раствора). При наличии тромбозов внутривенные вливания не показаны. Осторожно прибегают к переливанию небольших доз крови. Систематически применяют сердечные средства (главным образом камфару), препараты, усиливающие кровоотворение и улучшающие процессы пищеварения.

4. Применяют антибиотики, главным образом пенициллин и стрептомицин. Пенициллин вводят через 3 часа, суточная доза 500 000—1 000 000 ЕД. Стрептомицин вводят через 6 часов по 0,25 г или через 12 часов по 0,5 г, суточная доза 1 г. Рекомендуется биомидин по 150 000—200 000 ЕД 4—6 раз в сутки.

При септических заболеваниях, в том числе и генерализованных, хорошо действуют сульфаниламидные препараты (белый стрептоцид, сульфазол, сульфатиазол и др.). Сульфаниламидные препараты дают в первые дни в больших дозах (по 1 г через 4 часа), затем постепенно снижают (стр. 349).

Профилактика послеродовых септических заболеваний. В борьбе с послеродовой септической инфекцией главное и решающее значение имеет профилактика.

Принцип профилактики послеродовой инфекции является краеугольным камнем организации всей работы женских консультаций и особенно родильных домов. Предупреждению послеродовых заболеваний способствуют все меры укрепления организма беременной (питание, правильный режим, гигиеническое содержание тела), своевременное выявление и устранение всех очагов инфекции, ограждение беременной от соприкосновения с инфицированными больными. Исключительное значение имеет тщательная асептика при ведении родов, правильный уход в послеродовом периоде, личная гигиена медицинского персонала, изоляция лихорадящих родильниц от здоровых.

Важную роль играет борьба с травматизмом в родах, предупреждение кровотечений и других осложнений, понижающих сопротивляемость организма женщины.

Санитарно-просветительная работа среди беременных и родильниц является важным условием для предупреждения послеродовых заболеваний.

ПОСЛЕРОДОВОЙ МАСТИТ

В послеродовом периоде нередко возникает мастит (воспаление молочной железы).

Возбудителями воспаления молочной железы являются гноеродные микробы, главным образом стафилококки, реже стрептококки и другие микроорганизмы. Гноеродные микробы заносятся на кожу сосков загрязненными руками, инфицированным бельем, посредством капельной и воздушной инфекции.

Входными воротами для микробов, находясь на коже молочной железы, являются трещины сосков. Микробы могут проникнуть в молочную железу и через микроскопические повреждения эпителия кожи сосков, образующиеся при кормлении.

В редких случаях микробы заносятся в молочную железу лимфогенным или гематогенным путем из других очагов инфекции.

Послеродовой мастит обычно начинается внезапным повышением температуры до 39° и выше, иногда ознобом. Появляется боль в молочной железе, общее недомогание, головная боль, нарушение сна, понижение аппетита. Молочная железа увеличивается, в глубине ее прощупывается болезненный, плотноватый участок, не имеющий отчетливых границ, иногда отмечается покраснение кожи над пораженным участком. Подмышечные лимфатические узлы нередко увеличиваются и становятся чувствительными.

Воспалительный процесс ведет к закупорке протоков молочной железы, поэтому образуется застой молока.

Воспалительный процесс может прекратиться на этой стадии, и в дальнейшем наступает выздоровление.

При неблагоприятных условиях (пониженная сопротивляемость организма, вирулентная инфекция, неправильное лечение) воспалительный процесс прогрессирует и инфильтрат подвергается нагноению (гнойный мастит).

При нагноении общее состояние ухудшается, нередко появляется озноб, температура приобретает ремитирующий характер. Боль в молочной железе усиливается, в плотном инфильтрате образуется участок зыбления, кожа над ним гиперемирована, с синюшным оттенком. Гнойный мастит нередко имеет тяжелое и продолжительное течение.

Профилактика послеродовых маститов сводится к гигиеническому содержанию молочных желез (стр. 180) и к предупреждению трещин сосков.

Профилактика и лечение трещин сосков. Предупреждению трещин сосков способствует уход за молочными железами во время беременности, правильное кормление ребенка. Имеет значение ежедневное обмывание прохладной водой и обтирание молочных желез грубым полотенцем; при наличии на сосках корочек (из выделяющегося молозива) рекомендуется обмывание сосков 1% раствором борной кислоты.

При кормлении необходимо следить за тем, чтобы ребенок брал сосок вместе с околососковым кружком. Чрезвычайно важно содержание молочных желез кормящей матери в строгой чистоте.

При возникновении трещин рекомендуется кормить через накладку. После кормления соски обрабатывают раствором пенициллина (10 000 ЕД на 1 мл физиологического раствора), трещины припудривают порошком

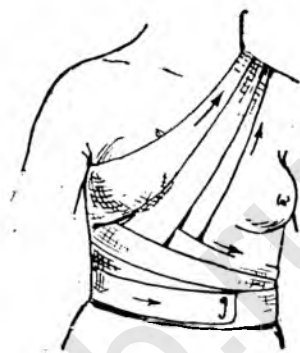


Рис. 304. Бинтование молочной железы в приподнятом положении.

белого стрептоцида. Можно пользоваться спиртовым раствором метиленовой синьки.

Лечение маститов. В начале заболевания можно прикладывать к молочной железе пузырь со льдом. Предварительно на железу накладывают повязку, фиксирующую ее в приподнятом положении (рис. 304).

Можно начать лечение с согревающих компрессов с мазью Вишневского или с камфарным маслом. Одновременно назначают внутримышечно пенициллин (400 000—500 000 ЕД в сутки). С успехом применяют сульфаниламидные препараты. Обычно такое лечение ведет к выздоровлению. Если обратное развитие инфильтрата задерживается, применяют аутогемотерапию. Важным условием лечения является опорожнение молочной железы. Поэтому при отсутствии нагноения продолжают прикладывать к груди ребенка или пользоваться молокоотсосом.

При гнойном мастите проводят хирургическое лечение (вскрытие гнойника), при небольшом гнойнике можно обойтись откачиванием гноя шприцем с последующим введением пенициллина в образовавшуюся полость.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕИНФЕКЦИОННОГО ХАРАКТЕРА

В послеродовом периоде нередко наблюдаются расстройства мочеиспускания и задержка стула. При правильном ведении послеродового периода эти расстройства легко устраняются (стр. 178).

Редко наблюдаются родовой шок, воздушная эмболия, послеродовая эклампсия, послеродовые психозы.

Родовой шок. После тяжелых, болезненных или стремительных родов, акушерских операций, проводимых без наркоза, при грубом выжмании последа по Креде может наступить родовой шок. Шок наступает вслед за рождением плода или после отхождения последа. Шок может возникнуть без предшествующей кровопотери. Однако кровотечение, ослабляющее организм, облегчает возникновение шока.

У женщины внезапно появляется побледнение кожи и видимых слизистых, головокружение, тошнота, рвота, холодный пот; пульс нитевидный, артериальное давление падает. Нередко наступает обморочное состояние.

Лечение. Подкожно пантопон, согревание больной, переливание крови, внутривенное введение глюкозы, сердечные средства (камфара, кофеин).

Воздушная эмболия. Если в висящие вены послеродовой матки попадает воздух, то он через нижнюю полую вену проникает в сердце и легочную артерию. У женщины возникает тяжелое состояние (бледность, расширение зрачков, падение сердечной деятельности и дыхания), и она быстро погибает.

Воздушная эмболия относится к числу редких осложнений. Она может возникнуть в момент производства акушерских операций (поворот плода, ручное отделение плаценты и др.) при предлежании плаценты и атонии матки.

Послеродовые психозы. В послеродовом периоде иногда возникает обострение ранее перенесенной шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и других заболеваний. Иногда психозы впервые появляются после родов. Послеродовые психозы в настоящее время представляют большую редкость.

При возникновении признаков психоза необходимо срочно вызвать врача и установить за больной постоянное наблюдение. Больную ни на минуту не оставляют одну, потому что возможны несчастные случаи. Больную обычно переводят в психиатрическое учреждение.

ГЛАВА XXVIII

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

ПОКАЗАНИЯ И УСЛОВИЯ

Решение о применении акушерских операций выносится на основании детального обследования роженицы (или беременной). Все заболевания и осложнения беременности и родов, вызывающие необходимость оперативного родоразрешения, называются показаниями к акушерским операциям. Показаниями могут служить осложнения, угрожающие матери (заболевания сердца, эклампсия, предлежание плаценты и др.) и плоду (асфиксия), аномалии родовых путей (узкий таз, стеноз влагалища и др.), аномалии изгоняющих сил и др.

Кроме показаний, выясняют условия, т. е. сумму данных, допускающих применение той или иной акушерской операции. Например, поперечное положение плода служит показанием для оперативного родоразрешения. Однако выбор той или иной операции (наружный поворот, классический поворот плода на ножку, кесарево сечение, эмбриотомия и др.) зависит от условий, при которых можно произвести ту или иную операцию. К условиям относятся степень открытия зева, состояние плодного пузыря, особенности таза, отношение головки к тазу и многие другие.

Как правило, все акушерские операции производятся врачом. В соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения СССР (от 29/VII 1954 г.) в неотложных случаях, при невозможности своевременного приезда врача к роженице или перевозки ее в больницу акушерка обязана произвести с соблюдением всех правил асептики и антисептики без применения общего наркоза следующие акушерские операции: поворот плода на ножку при целом плодном пузыре или недавно отошедших водах (при наличии подвижности плода) при поперечных и косых положениях, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа и его частей, зашивание разрывов промежности I и II степени.

ПОДГОТОВКА К АКУШЕРСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Многие акушерские операции производятся в неотложном порядке. Поэтому в родильных домах всегда должны быть наготове стерильный материал (марля, вата, шелк, кеггут) и белье, стерильные инструменты (для зашивания промежности, наложения щипцов), кровь и физиологический раствор и аппараты для их переливания, все необходимое для наркоза и местной анестезии, сердечные, дезинфицирующие и другие средства. При операциях, проводимых в обычном порядке (не экстренно), инструменты стерилизуются непосредственно перед вмешательством.

Стерилизация материала. Белье (халаты, маски, колпаки, косынки, простыни, полотенца) укладывают в специальный бикс (барaban); в отдельный бикс помещают марлевые салфетки, тампоны, бинты и др. Белье и салфетки (большие и средние) кладут по счету. Барабаны, открыв предварительно боковые отверстия, помещают в автоклав и подвергают стерилизации с жатым паром в течение 45—50 минут.

В исключительных случаях допускается стерилизация перевязочного материала кипячением.

Резиновые перчатки стерилизуют в автоклаве (предварительно припудривают тальком) или кипятят в течение 10—15 минут. После кипячения перчаток высушивают стерильным полотенцем, обсыпают стерильным тальком и завертывают стерильной салфеткой.

Стерилизация материала для швов. Материалом для швов служит шелк и кетгут.

Кетгут готовят по-разному. Наматывают на стеклянные пластинки или катушки в один слой и на две недели помещают в банку с притертой пробкой, в которой содержится следующий состав: Kalii jodati, Jodi puri aa 10,0, Spiritus vini rectificati 96° 1000,0. Через 2 недели кетгут перекладывают в стеклянную банку с 96° спиртом и хранят его в таком виде до употребления.

Другой способ приготовления кетгута. Нити кетгута протирают марлей, смоченной в бензине, тщательно прополаскивают в дистиллированной воде, обсушивают стерильным материалом, опускают на 10 дней в банку с люголевским раствором: Jodi puri 10,0, Kalii jodati 20,0, Spiritus vini rectificati 1000,0. После этого кетгут хранят в банке с чистым спиртом.

Шелк разматывают, связывают в небольшие пучки, многократно моют в теплой воде с мылом, тщательно прополаскивают в дистиллированной воде, помещают на 12 часов в эфир, а затем на 12 часов в чистый спирт (лучше в абсолютный алкоголь). После этого шелк кипятят в 1% растворе сулемы в течение 5 минут. Затем готовят руки, как перед операцией, наматывают прокипяченный шелк на стерильные стеклянные пластинки или катушки и помещают в банку (с притертой пробкой) с чистым спиртом.

Стерильность шелка и кетгута проверяют в лаборатории (посев на бульон).

Стерилизация инструментов. Инструменты стерилизуют кипячением в 1% растворе углекислой соды в течение 15 минут. Кипячение производят в специальном стерилизаторе. При отсутствии стерилизатора инструменты можно кипятить в чистой кастрюле. Режущие инструменты (скальпели, ножницы) не кипятят, а опускают в спирт за 1—2 часа до операции.

После операции инструменты моют щеткой в теплой воде с мылом, снова кипятят в растворе углекислой соды (кроме режущих инструментов) и тщательно вытирают.

При чревосечении акушерка производит подсчет инструментов до операции и перед зашиванием брюшной стенки, одновременно подсчитывает белье и салфетки, использованные во время операции.

Дезинфекция рук производится по методу Спасокукоцкого-Кочергина, Фюрбрингера или Альфельда (см. главу VII). После дезинфекции рук надевают маску, стерильный халат и стерильные резиновые перчатки. Влажные операции, проводимые под контролем осязания, можно производить без перчаток (они притупляют осязание).

Подготовка больной (беременной, роженицы, родильницы). Перед операцией освобождают мочевой пузырь катетером, ставят клизму (если операция не экстренная), сбривают с наружных половых органов волосы. После этого тщательно моют теплой водой с мылом при помощи

стерильной ваты на корнцанге нижнюю часть живота (до пупка), лобок, внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы, промежность и анальную область. Затем вымытые части насухо вытирают стерильным материалом, протирают спиртом и смазывают 5% настойкой йода.

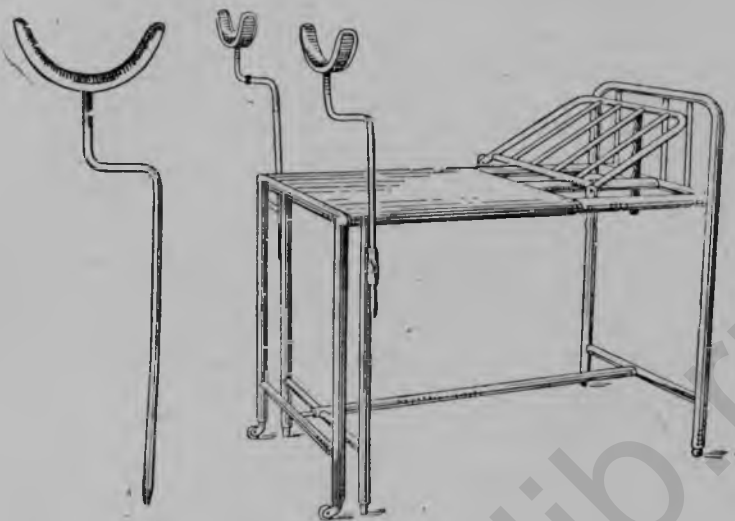


Рис. 305. Кровать Рахманова в сдвинутом виде (с ногодержателями).

При чревосечении переднюю брюшную стенку двукратно моют спиртом и смазывают 5% настойкой йода. Затем брюшную стенку покрывают стерильной простыней с разрезом.

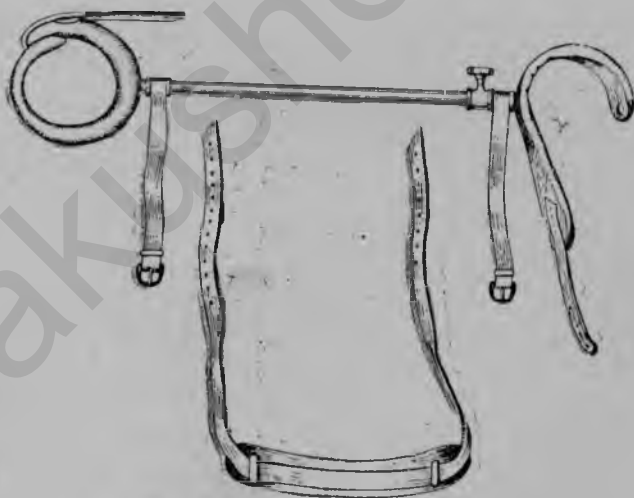


Рис. 306. Ногодержатель Отта.

При влагалищных операциях на ноги больной надевают стерильные матерчатые чулки, наружные половые органы покрывают стерильной простыней с разрезом. Можно пользоваться стерильным халатом, использовав рукава вместо чулок.



Рис. 307. Ноги удерживаются при помощи ногодержателя Отта.



Рис. 308. Ногодержатель из простыни (первый момент).



Рис. 309. Простыню закручивают в одну сторону.

Акушерские операции производят на специальном операционном столе, приспособленном для чревосечения и влагалищных операций. Для влагалищных операций можно пользоваться кроватью Рахманова. Ножной конец кровати вдвигают, к ножкам привинчивают ногодержатели (рис. 305). Таз роженицы находится на краю кровати, ноги на ногодержателях. Под таз женщины подкладывают клеенку, которую сверху покрывают стерильной простыней.

В крайнем случае можно оперировать на обычном столе; при этом ноги удерживаются ногодержателем Отта (рис. 306 и 307) или сделанным из простыни (рис. 308, 309 и 310). Ноги роженицы могут держать помощники.



Рис. 310. Ногодержатель из простыни наложен.

Перед рядом операций проводится профилактика асфиксии плода. Наряду с этим всегда заранее готовят все необходимое для оживления плода, родившегося в асфиксии.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Все акушерские операции производят под общим (ингаляционным) наркозом или под местной анестезией. Редко применяют гексенал (внутривенно или ректально). Спинально-мозговая анестезия при акушерских операциях не рекомендуется.

Общий (ингаляционный) наркоз применяют при больших акушерских операциях (классический поворот плода на ножку, кесарево сечение, плодоразрушающие операции и др.), ручном отделении плаценты и задержавшихся частей ее. Перед применением наркоза тщательно учитывают противопоказания к нему.

Обычно пользуются эфиром; беременные и роженицы засыпают при затрате небольшого количества эфира и хорошо переносят наркоз.

Перед дачей наркоза выясняют, нет ли искусственных зубов и челюстей, и удаляют их (если они снимаются). Лицо больной смазывают вазелином, глаза закрывают полотенцем; одну руку привязывают вдоль туловища, вторую держит наркотизатор и контролирует пульс.

Около наркотизатора на столике, кроме эфира, должны быть: роторасширитель, языкодержатель, стерильный шприц с иглами, ампулы с камфарой и кофеином, кислородная подушка.

Наркотизатор все время следит за пульсом, дыханием и реакцией зрачков. При наступлении глубокого сна зрачки узкие и не реагируют на свет; пульс полный, ритмичный, замедленный; дыхание ровное, мышцы расслаблены; рефлексы отсутствуют.

Кесарево сечение, операцию по поводу внематочной беременности (если нет выраженной анемии) можно произвести под местной новокаиновой анестезией.

Пудендальная анестезия применяется с целью обезболивания родов и при производстве некоторых акушерских операций (техника пудендальной анестезии описана в главе X).

Парацервикальная анестезия. При выскабливании матки и влагалищном кесаревом сечении 0,25% раствор новокаина вводят через боковые своды влагалища (на границе с передним сводом) в окологеечную клетчатку, где располагаются нервные сплетения. С каждой стороны вводят 30—40 мл раствора новокаина.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Выскабливание матки (*abrasio cavi uteri*)

Выскабливание полости матки в акушерской практике применяется при: а) искусственном аборте, б) неполном аборте (и аборте в ходу), в) в послеродовом периоде, главным образом при поздних послеродовых кровотечениях, связанных с задержкой части плаценты.

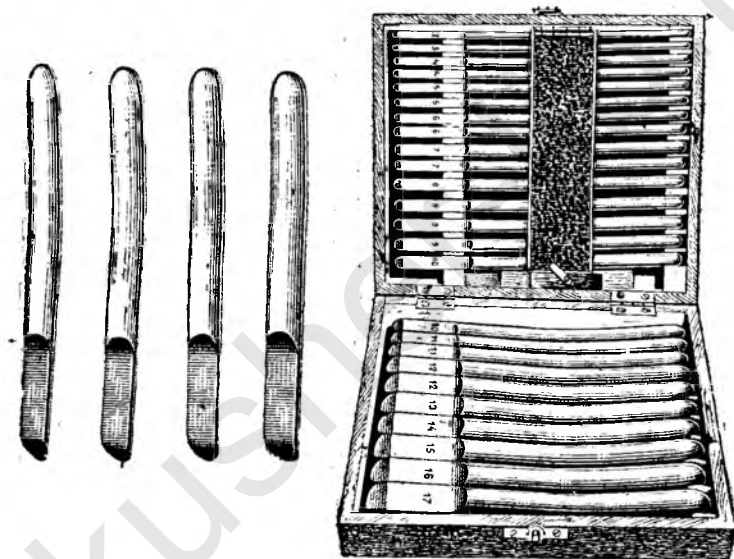


Рис. 311. Расширители Гегара.

Необходимые инструменты: влагалищные зеркала и подъемник, набор расширителей (при искусственном аборте) (рис. 311), пулевые щипцы (рис. 312) или щипцы Мюзо (рис. 313), маточный зонд (рис. 314), кюретки [окончатые ложечки (рис. 315)] для выскабливания матки, окончатые абортные щипцы (абортцанг), шприц и иглы для анестезии, пинцеты, корнцанги.

Искусственный аборт. Искусственный аборт путем выскабливания матки допускается в срок до 12 недель беременности. Позднее этого времени выскабливание матки опасно (возможно прободение!).

Техника операции. Влагалище раскрывают зеркалами; шейку матки и стенки влагалища обрабатывают спиртом и йодом; шейку матки захватывают пулевыми щипцами и производят зондирование матки (рис. 316), чтобы определить ее величину и уточнить положение. Затем

производят расширение канала шейки матки металлическими расширителями: вначале вводят самый тонкий расширитель (№ 4), затем последовательно возрастающие по толщине расширители (рис. 317). Для

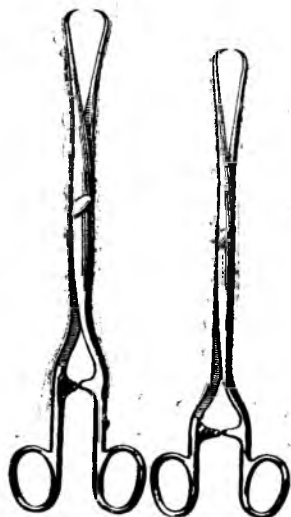


Рис. 312. Пулевые щипцы.



Рис. 313. Щипцы Мюзо.



Рис. 314. Маточный зонд.



Рис. 315. Ложечки (кюретки) для выскабливания.

выскабливания матки обычно достаточно расширения канала расширителями до № 12.

После расширения производят выскабливание матки (рис. 318). Кюреткой отслаивают плодное яйцо и удаляют его из полости матки. Части плодного яйца, выступающие из канала шейки матки, удаляют абортными щипцами. После удаления плодного яйца полость матки тщательно проверяют маленькой кюреткой, снимают пулевые щипцы (следы от их наложения смазывают йодом) и извлекают зеркала.

При аборте в ходу и при неполном аборте часто расширения канала шейки матки не требуется. Выскабливание производят непосредственно после зондирования.

Искусственный аборт после 12 недель

(поздний аборт) производится только по медицинским показаниям. Медицинскими показаниями к искусственному прерыванию беременности в

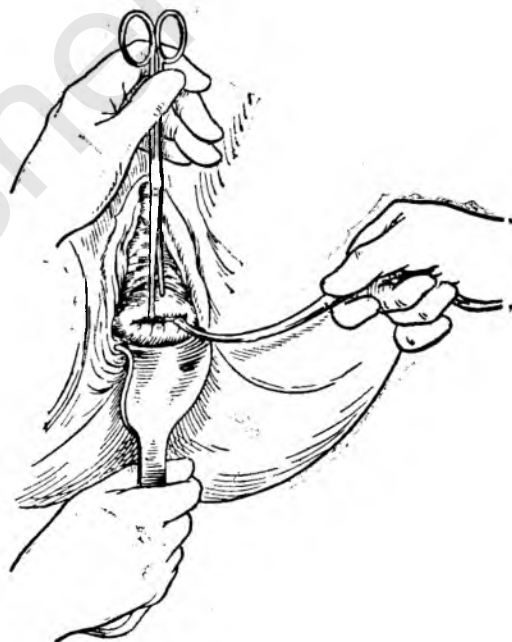


Рис. 316. Зондирование матки.

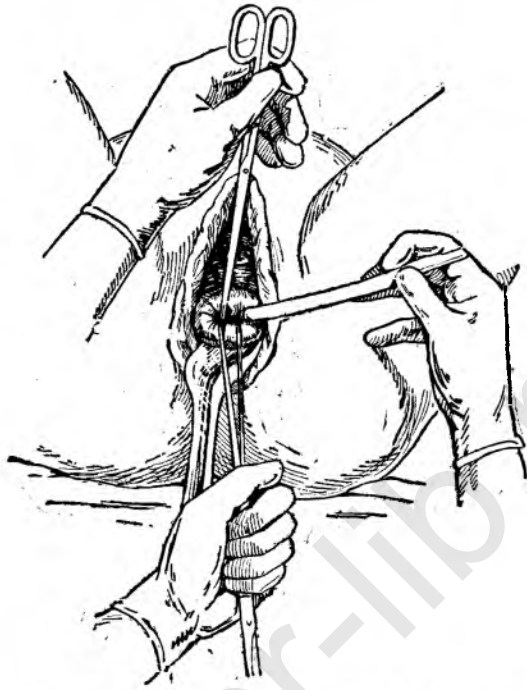


Рис. 317. Расширение канала шейки матки.

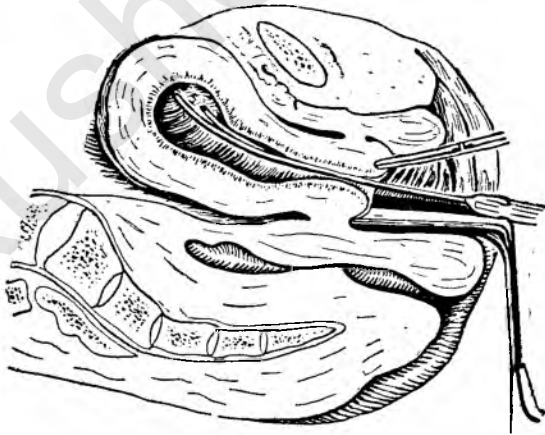


Рис. 318. Выскабливание матки кюреткой.

поздние сроки служат заболеваниями, течение которых при беременности ухудшается (заболевания сердца, легких, почек, печени и др.), тяжелые формы токсикоза, гипертонической болезни, психозы и др.

Прерывание беременности в поздние сроки производится путем: а) влагалищного кесарева сечения (реже применяется брюшностеночное кесарево сечение), б) методом введения жидкости между оболочками и стенкой матки, в) с помощью метрейриза.

Пальцевое удаление остатков плодного яйца

При неполном выкидыше в поздние сроки беременности допустимо пальцевое удаление остатков плодного яйца. Это вмешательство удается произвести при сглаживании (или значительном укорочении) шейки и открытии канала шейки матки на 1—2 пальца.

Во влагалище вводят всю кисть руки, в полость матки—один или два пальца; наружной рукой обхватывают дно матки через брюшную стенку. Пальцем, введенным в полость матки, отслаивают и удаляют остатки плодного яйца (рис. 319) и после этого тщательно проверяют полость матки.

Пальцевое удаление остатков плодного яйца технически сложнее инструментального метода и число осложнений, связанных с инфекцией при пальцевом способе, выше.

Поэтому в настоящее время предпочитают удаление остатков плодного яйца инструментальным путем (выскабливание кюретками).



Рис. 319. Пальцевое удаление остатков плодного яйца.

ОПЕРАЦИИ, ПОДГОТОВЛЯЮЩИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

Расширение канала шейки матки (*dilatatio canalis cervicalis*) производят: а) инструментами (расширителями), б) метрейринтером, в) постоянным влечением за головку при помощи кожно-головных щипцов, г) пальцами, д) путем рассечения краев зева.

Расширение канала шейки матки расширителями

Расширение канала шейки матки металлическими расширителями производят при искусственном прерывании беременности (стр. 360); в родах расширители применяют перед введением метрейринтера. В таких случаях используют расширители до № 18—19.

Метрейриз (*metreurysis*)

Метрейриз—операция, сущность которой заключается в том, что в полость матки вводят резиновый баллон—метрейринтер, который производит постепенное расширение канала шейки матки.

Показания для метрейриза: поздний искусственный аборт по медицинским показаниям, первичная слабость родовых сил, крае-

вое и боковое предлежание плаценты, преждевременное отхождение вод при поперечном положении плода, выпадение пуповины при небольшом открытии зева (чтобы удержать запровавленную пуповину в матке).

У с л о в и я: открытие зева на 2 пальца (при закрытом зеве—расширение до № 18—19 расширителя), отсутствие признаков инфекции.

Необходимые инструменты: влагалищные зеркала и подъемники, пулевые щипцы (2—3), изогнутый корнцанг (2—3), шприц емкостью 200 мл (1), зажим (2—3). Если канал шейки закрыт, кладут расширители.

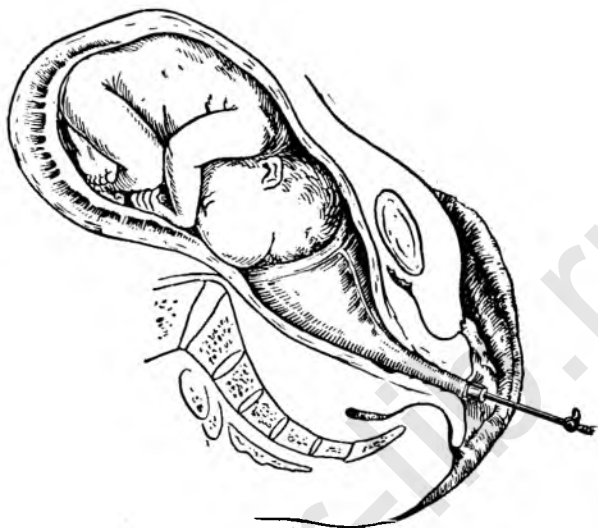


Рис. 320. Метрейринтер в матке.

Техника метрейриза сводится к следующему. Перед операцией метрейринтер заполняют водой, чтобы проверить его целость. Потом воду выливают, пустой метрейринтер свертывают, как сигару, и зажимают изогнутым корнцангом.

Во влагалище вводят зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами. При достаточном открытии зева свернутый и зажатый корнцангом метрейринтер вводят в полость матки (если зев закрыт, его предварительно расширяют). При предлежании плаценты вначале разрывают оболочки, а потом вводят метрейринтер. После введения метрейринтера за внутренний зев корнцанг снимают, метрейринтер при помощи большого шприца (Жане) медленно наполняют стерильным физиологическим раствором через отводную трубку (рис. 320). После наполнения метрейринтера отводную трубку закрывают зажимом и к ней подвешивают небольшой груз (200—400 г) через блок.

Введенный метрейринтер вызывает усиление схваток и способствует открытию зева. Метрейринтер рождается сам или его удаляют через 6—8 часов (метрейринтер не должен находиться в матке больше 10 часов).

Наложение кожно-головных щипцов

Метод постоянного влечения за головку наложением кожно-головных щипцов по Уилт-Иванову. Расширение шейки матки достигается при постоянном влечении за головку, складка кожи которой захватывается специальными щипцами (или щипцами Мюзю). К рукоятке щипцов подвешивается небольшой груз (200—400 г) через блок (рис. 321).

Показания: затянувшиеся роды мертвым плодом, кровотечение при частичном предлежании плаценты и недоношенном плоде. Шипцы накладывают при условии открытия зева не меньше чем на 2 пальца.

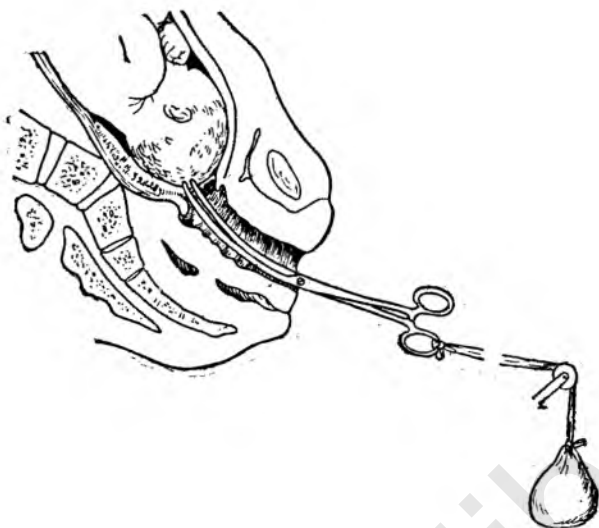


Рис. 321. Метод постоянного влечения за головку.

Пальцевое расширение маточного зева

Пальцевое расширение показано при ригидности краев зева, а также при необходимости ускорить роды. Это вмешательство можно произвести при полном сглаживании шейки и открытии зева на 2 пальца.

Техника сводится к следующему. Во влагалище вводят всю кисть руки, в зев—указательный и средний пальцы (рис. 322). Введенными пальцами осторожно растягивают зев и, как только представится возможность, вводят третий, а затем четвертый палец. Желательно ввести пятый палец, чтобы достигнуть более значительного раскрытия зева.

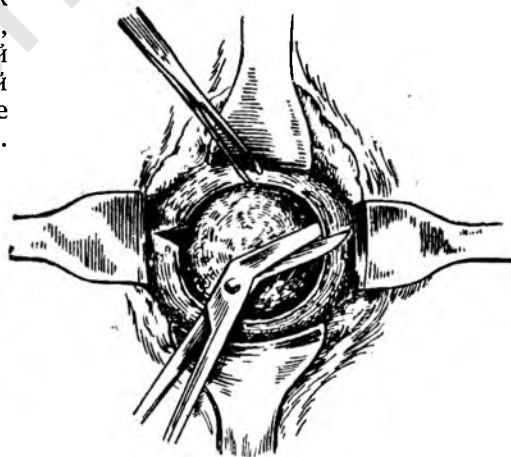
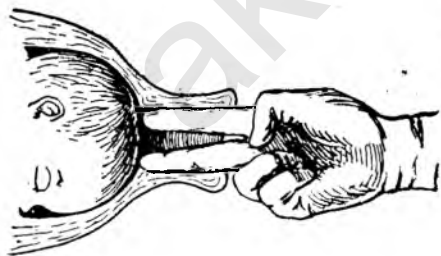


Рис. 322. Пальцевое расширение маточного зева.

Рис. 323. Рассечение краев маточного зева.

Несмотря на кажущуюся простоту, пальцевое расширение зева не всегда бывает успешным. При ригидной шейке зев растягивается с трудом, пальцы устают, растянутый зев нередко снова суживается до исходного состояния.

Рассечение краев маточного зева (*hysterostomatia*)

Рассечение зева показано при ригидности его и безуспешной попытке пальцевого расширения. Реже это вмешательство применяют в качестве подготовительной меры перед другими операциями. Необходимым условием является полное сглаживание шейки.

Зев обнажают широкими влагалищными зеркалами и подъемниками, края его фиксируют пулевыми щипцами. Тупоконечными изогнутыми ножницами делают две боковые насечки или четыре насечки (две передне-боковые и две задне-боковые) глубиной не более 1 см (рис. 323).

После окончания родов на насечки накладывают швы.

Искусственный разрыв плодного пузыря (*diruptio velamentorum ovi*)

Показания: запоздалый разрыв плодного пузыря, плоский пузырь, неполное предлежание плаценты, многоводие, эклампсия, задержка рождения второго плода (разрыв оболочек второго плода) при двойне.



Рис. 324. Искусственный разрыв плодного пузыря пальцем.



Рис. 325. Искусственный разрыв плодного пузыря пулевыми щипцами.

Техника простая. Во влагалище вводят указательный или указательный и средний пальцы и разрывают ими оболочки напряженного плодного пузыря во время схватки (рис. 324). Если этот прием не удается, пузырь разрывают пулевыми щипцами или корнцангом (рис. 325). Инструментальный разрыв плодного пузыря производят под контролем зрения (во влагалище вводят зеркала) или осязания. В последнем случае инструмент вводят вдоль пальцев и под их контролем вскрывают оболочки.

Обычно пузырь разрывают в центре. При многоводии пузырь вскрывается сбоку, выше края зева, чтобы воды вытекали медленнее и не способствовали выпадению пуповины и мелких частей. Быстрое истечение вод задерживают также рукой, введенной во влагалище.

Рассечение промежности (perineotomia)

Рассечение промежности производят при наличии признаков угрожающего разрыва промежности (сильное растяжение, истончение, побеление промежности) и при асфиксии плода (если головка прорезывается).

Разрез делают тупоконечными ножницами после обработки кожи промежности настойкой йода. Одну браншу ножниц вводят под контролем пальца между головкой и задней спайкой и рассекают промежность. Разрез производят по средней линии промежности, длина разреза 2—3 см (рис. 326).

Головку необходимо выводить бережно, чтобы не произошел дополнительно разрыв.

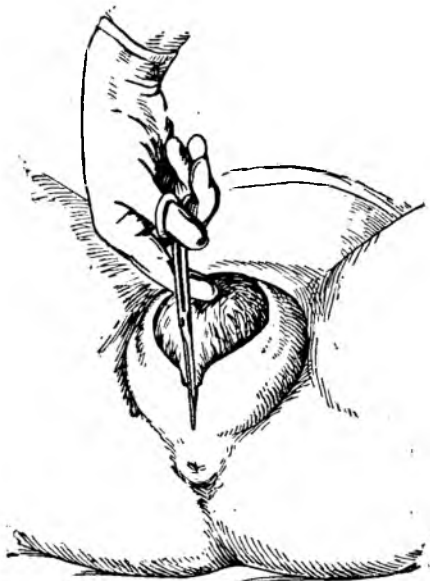


Рис. 326. Перинеотомия.

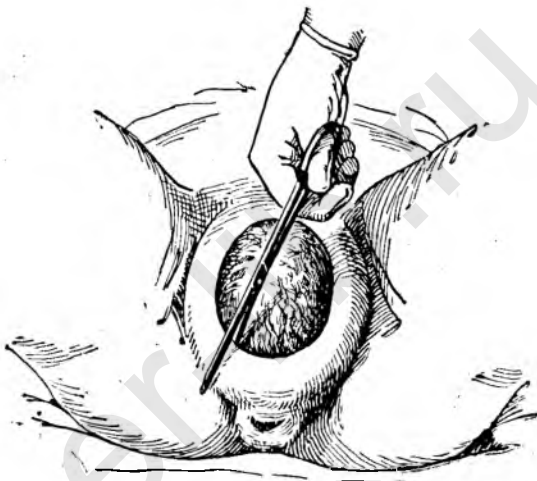


Рис. 327. Эпизиотомия.

Эпизиотомия—боковой разрез с целью расширения половой щели. Эпизиотомия применяется в настоящее время реже, чем перинеотомия. Разрез производят отступя 2—3 см от задней спайки по направлению к седалищному бугру. Длина разреза 2 см (рис. 327).

После родов разрез промежности зашивают так же, как при разрыве промежности (стр. 333).

АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ (VERSIO OBSTETRICA)

Акушерским поворотом называется операция, при которой данное невыгодное положение плода изменяют на другое (выгодное), притом всегда продольное положение (Н. Н. Феноменов).

Существуют следующие разновидности акушерского поворота: наружный поворот; классический внутренний поворот при полном открытии зева; внутренний поворот при неполном открытии зева—поворот по Брекстон-Гиксу.

Наружный поворот плода

Наружный поворот плода применяется при поперечном и косом положении плода. Некоторые акушеры (Б. А. Архангельский, М. Б. Трубкович, М. А. Колосов и др.) показанием к наружному повороту считают также тазовые предлежания плода.

1. Наружный поворот при поперечном и косом положении плода. Наружный поворот производят после 35 недель беременности в стационаре.

Условия для поворота: хорошая подвижность плода (воды не отошли), податливость брюшной стенки, нормальные размеры таза или отсутствие значительного сужения его, нормальное состояние матери и плода.

Поворот чаще производят на головку. Косое положение обычно переходит в продольное при положении беременной на боку (беременной предлагают принять положение на боку, соответствующем расположению нижележащей крупной части). Если положение не исправляется, производят поворот плода. Если ко входу в таз ближе головка, поворот производят на головку, если ягодицы—на тазовый конец.

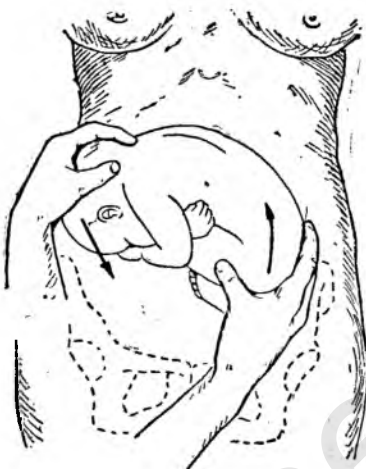


Рис. 328. Наружный поворот на головку при поперечном положении плода.

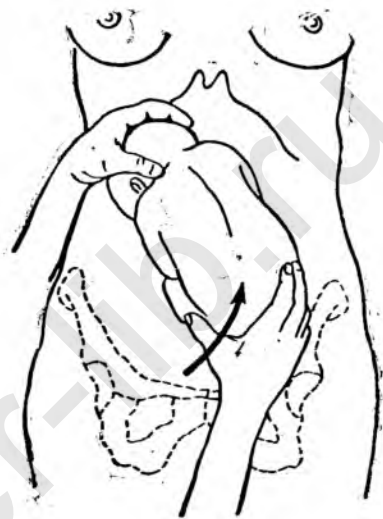


Рис. 329. Наружный поворот на головку при тазовом предлежании.

Техника наружного поворота заключается в следующем. Беременной (роженице) вводят 1 мл 1% раствора морфина, опорожняют мочевой пузырь, укладывают на твердую кушетку, предлагают согнуть ноги. Врач садится справа, одну руку кладет на головку, другую—на тазовый конец плода. Осторожными движениями головку смещают ко входу в таз, а тазовый конец плода—ко дну матки (рис. 328). При повороте на тазовый конец ягодицы смещают ко входу в таз, а головку—ко дну матки.

После окончания поворота стараются сохранить продольное положение и предупредить возможный возврат поперечного положения. Сэтой целью вдоль спинки и мелких частей (живота, груди) плода укладывают два валика из скатанных простыней и прибинтовывают их в этом положении (не стягивая живота).

2. Наружный профилактический поворот на головку при тазовом предлежании. По мнению Б. А. Архангельского, поворот на головку при тазовых предлежаниях способствует уменьшению мертворождаемости, поэтому его надо производить профилактически, во время беременности. Многие акушеры считают, что при тазовых предлежаниях роды необходимо предоставлять естественному течению, поворот при них не показан.

Для поворота из тазового предлежания на головку необходимы те же условия, при которых производится поворот при поперечном положении. Тщательно выясняют противопоказания, к которым относятся: преждевременные роды и мертворождения в анамнезе, послеоперационные рубцы на брюшной стенке и на матке, токсикозы и кровотечения при настоящей беременности, аномалии развития и опухоли матки и др.

Поворот при тазовом предлежании производят при сроке беременности 35—36 недель в стационаре.

Техника поворота в основном такая же, как при поперечном положении. Разница заключается в том, что при поперечном положении плод поворачивают на 90° , при тазовом—на 180° . При повороте ягодичцы отодвигают вверх, ко дну матки (в сторону спинки плода), головку—ко входу в таз (в сторону брюшной стенки плода) (рис. 329).

Классический внутренний поворот плода на ножку при полном открытии маточного зева

Показания: 1) поперечные положения плода (наружный поворот не всегда удается); 2) неблагоприятные предлежания и вставления головки (лобное предлежание, задний вид лицевого предлежания, задний асинклизм); 3) выпадение пуповины и мелких частей при головных предлежаниях; 4) осложнения и заболевания, угрожающие состоянию матери и плода (преждевременная отслойка плаценты и др.).

Условия: 1) полное открытие маточного зева; 2) плодный пузырь цел или воды только что отошли; 3) подвижность плода в полости матки полностью сохранена; 4) соответствие между величиной плода и размерами таза (отсутствие значительной степени сужения таза).

Техника операции. Операция состоит из следующих моментов: введение руки, отыскивание ножки, захватывание ножки, собственно поворот.

Перед операцией производят повторное наружное и влагалищное исследование с целью уточнения положения, позиции плода, степени раскрытия зева и других данных.

Введение руки. В полость матки обычно вводят правую руку, которой легче работать. Многие акушеры считают, что при некоторых условиях следует вводить левую руку. М. С. Малиновский формулирует правила выбора руки следующим образом: при повороте из поперечного положения в продольное следует вводить руку, соответствующую тазовому концу плода (при первой позиции—левую, при второй—правую); при продольном положении для поворота вводят руку, соответствующую мелким частям плода (при первой позиции—левую, при второй—правую).

Наружной рукой раздвигают половую щель; руку, выбранную для поворота (внутренняя), смазывают стерильным вазелиновым маслом, складывают конусом (рис. 330), вводят во влагалище и продвигают к зеву матки (тыл кисти должен быть обращен в сторону крестца). Как только концы пальцев дошли до зева, наружную руку переносят на дно матки (рис. 331). После этого разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку; при головном предлежании перед введением руки в матку отталкивают головку в сторону спинки.



Рис. 330. Коническая сложенная рука («рука акушера»).

Отыскивание ножки. При повороте из продольного положения следует отыскать и захватить ножку, обращенную к передней брюшной стенке матери. При поперечных положениях выбор ножки зависит от вида: при переднем виде (спинка кпереди) захватывается нижележащая ножка, при заднем—вышележащая.

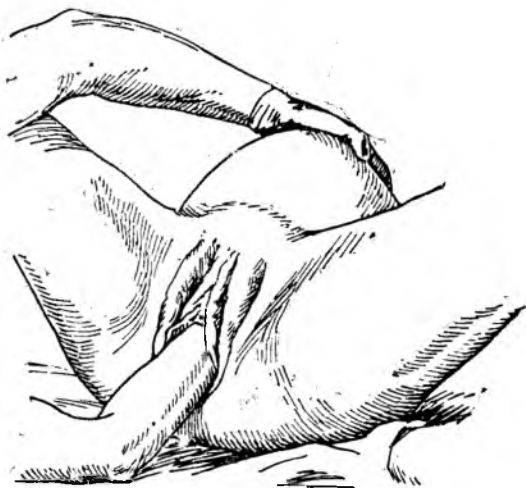


Рис. 331. Введение руки в полость матки.

Для отыскивания ножки нащупывают бок плода и скользят рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени и захватывают ножку. Во время отыскивания ножки наружной рукой подвигают тазовый конец плода книзу, навстречу внутренней руке.

Захватывание ножки производят двояким способом: 1) голень захватывается всей рукой; четыре пальца обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, конец его достигает подколенной ямки (рис. 332, а); 2) указательным и средним пальцами ножка захватывается в области лодыжек (рис. 332, б), большой палец поддерживает стопу. Первый способ захватывания ножки более надежный.



Рис. 332. Поворот на ножку. Захватывание ножки.

а—ножка захвачена всей рукой; б—ножка захвачена пальцами.

Собственно поворот плода. После захвата ножки наружную руку переносят с тазового конца плода на голову и отводят ее кверху, ко дну матки; в это время внутренней рукой ножку низводят, выводят через влагалище наружу (рис. 333). Поворот считается законченным после того, как ножка выведена из половой щели до колена (рис. 334). Это свидетельствует о том, что плод находится в продольном положении.

При поперечном положении в момент отхождения вод часто выпадает ручка. Ручку не вправляют, берут на петлю из стерильного бинта и отводят в сторону симфиза. Во время поворота ручка сама втягивается в половые пути.

Поворот плода нередко сопровождается асфиксией. Поэтому после поворота обычно производят извлечение плода за ножку.

В исключительных случаях при отсутствии возможности вызвать врача или доставить роженицу в больницу акушерка производит поворот



Рис. 333. Собственно поворот.



Рис. 334. Поворот закончен. Ножка выведена до колена.

без наркоза. В таких случаях перед операцией следует ввести подкожно 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина и 1 мл 1% раствора папаверина. Все моменты операции производят в паузах между схватками.

Внутренний поворот плода на ножку при неполном открытии зева (по Брекстон-Гиксу)

При патологическом течении родов иногда возникают показания к повороту плода при неполном открытии зева. Показания следующие.

1. Предлежание плаценты. После поворота низведенный тазовый конец плода прижимает предлежащую плаценту к стенке таза и способствует остановке кровотечения. Однако эта операция сложна в техническом отношении, в большинстве случаев ведет к гибели плода, опасна в смысле повреждения шейки матки. Поэтому при предлежании плаценты предпочитают другие операции (глава XX). Поворот при неполном открытии допустим при мертвом недоношенном плоде.

2. Поперечные (косые) положения плода при раннем отхождении вод и мертвом недоношенном плоде.

Условия: 1) раскрытие зева не менее чем на 2 пальца, 2) подвижность плода (воды целы или недавно отошли), 3) отсутствие значительного сужения таза, 4) отсутствие показаний к немедленному родоразрешению.

Техника операции заключается в следующем. Во влагалище вводят смазанную стерильным вазелином, конически сложенную кисть руки, а в зев матки—указательный и средний пальцы, которыми разрывают плодный пузырь и прежде всего отталкивают головку (если положение продольное). Наружную руку переносят на дно матки. В дальнейшем вся операция производится двуручно. Наружной рукой смещают тазовый конец плода по направлению к введенным пальцам. Двумя введенными паль-

цами захватывают ножку в области лодыжек (рис. 335). После захвата ножки наружную руку переносят на головку и отталкивают ее вверх, ко дну матки. В это время внутренней рукой потягивают ножку книзу, выводят ее через зев во влагалище и наружу. Когда из половой щели появилось колено, поворот закончен. В дальнейшем роды ведут консервативно. К ножке подвешивают небольшой груз (200—400 г).



Рис. 335. Поворот при неполном раскрытии зева (по Брекстон-Гиксу).

Всякие попытки форсировать роды (потягивание за ножку) или извлечь плод запрещаются, потому что при этом неизбежно возникают тяжелые повреждения (разрыв шейки и нижнего сегмента матки, сопровождающийся угрожающей кровопотерей).

Извлечение плода за тазовый конец (*extractio foetus*)

При возникновении осложнений, угрожающих состоянию матери и плода, роды при тазовых предлежаниях приходится заканчивать извлечением плода. Извлечение плода применяют также после классического поворота плода при полном открытии зева.

Извлечение плода отличается от ручного пособия. Ручное пособие при тазовых предлежаниях оказывается после самостоятельного рождения плода до нижнего угла лопаток с целью освобождения ручек и головки. Извлечение плода за тазовый конец является операцией, при которой освобождается весь плод, начиная от ножек. Эта операция производится без инструментов, только руками.

Показания: 1) тяжелые заболевания роженицы, требующие срочного окончания родов (эклампсия, заболевания сердца и др.); 2) начавшаяся асфиксия плода; 3) после классического поворота плода на ножку.

У с л о в и я: 1) полное раскрытие маточного зева, 2) вскрытие плодного пузыря, 3) соответствие между размерами плода и таза матери.

При ножных предлежаниях плод извлекают за одну ножку (при неполном ножном предлежании) или за обе ножки (при полном ножном предлежании). При чистом ягодичном предлежании извлечение производят за паховый сгиб. При смешанном ягодичном предлежании низводят переднюю ножку; создается неполное ножное предлежание, и извлечение производят за ножку.

Извлечение плода за ножку (ножки)

Если предлежащая (передняя) ножка находится еще во влагалище, ее выводят за половую щель двумя пальцами. Выведенную ножку захватывают так: большой палец располагается вдоль икроножных мышц, четыре остальных обхватывают голень спереди. Можно ножку захватить обеими руками: оба больших пальца лежат вдоль икроножных мышц (рис. 336). Такой захват ножки предохраняет ее от перелома. Желательно захватить и коленный сустав, чтобы не было его растяжения при извлечении. Затем

производят влекущие движения (тракции) по направлению книзу; по мере продвижения ножки наружу извлекающая рука перемещается по ножке вверх, по направлению половой щели (рис. 337).



Рис. 336. Расположение рук при извлечении за ножку.

Извлечение книзу производят до тех пор, пока родится передняя ягодица и подвздошная кость (точка фиксации) подойдет под нижний край симфиза. После этого переднее бедро захватывают обеими руками и поднимают его вверх (рис. 338); при этом происходит боковое сгибание туло-

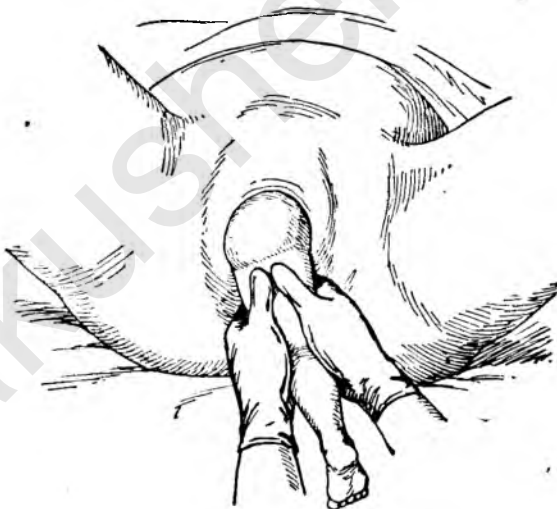


Рис. 337. По мере извлечения плода руки перемещают с голени на бедро.

вища и над промежностью выкатывается вторая ягодица. Вторую ножку (заднюю) освободить никогда не следует (опасность перелома!), она выпадает при дальнейшем извлечении сама.

После рождения второй ягодицы руки располагают следующим образом: одной рукой обхватывают переднее бедро, причем большой палец рас-

полагают вдоль крестца; указательный палец другой руки вводят в задний паховый сгиб, большой палец тоже располагают на крестце (остальные пальцы прижаты к ладони) (рис. 339). Захватив тазовый конец указанным образом, продолжают тракции вниз, но более горизонтально. После рож-

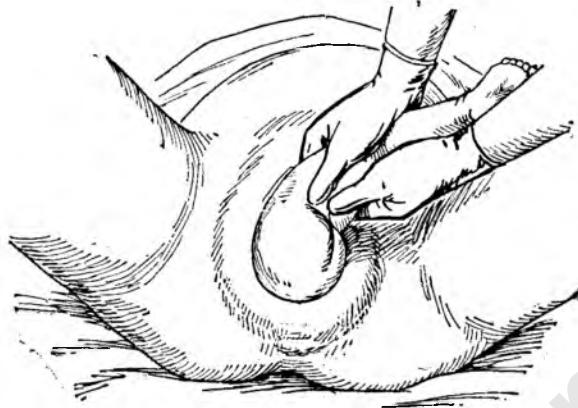


Рис. 338. Когда подвздошная кость плода (точка фиксации) подойдет под симфиз, бедро поднимают кверху.

дения задней ножки ее захватывают так, как взята передняя, и извлекают плод до пупка, проверяют, не натянута ли пуповина, и далее извлекают до нижнего угла лопаток. После этого освобождают ручки и головку по правилам, которые применяются при ручном пособии (стр. 213).



Рис. 339. Расположение рук при извлечении туловища после рождения ягодиц.

При полном ножном предлежании извлечение производят за обе ножки. Если ножки во влагалище, их освобождают, захватывают каждой рукой ножку так, чтобы большие пальцы располагались вдоль икроножных мышц, остальные обхватывали голень. По мере извлечения ножек руки перемещают кверху, к половой щели. Остальные этапы извлечения такие же, как при неполном ножном предлежании.

Извлечение плода за паховый сгиб

При чистом ягодичном предлежании извлечение начинают одним указательным пальцем, который сгибают, как крючок, и вводят в передний паховый сгиб плода (рис. 340). Тракции производят вниз до тех пор, пока родится ягодича и подвздошная кость подойдет под лонную дугу. Извлечение производят во время потуги; для усиления влекущего действия второй рукой обхватывают запястье оперирующей руки.

Когда передняя подвздошная кость подойдет под лонную дугу, тракции направляют вверх. При этом происходит боковое сгибание туловища и прорезывание задней ягодичы. После этого в задний паховый сгиб вводят крючкообразно согнутый указательный палец второй руки и производят извлечение до нижнего угла лопаток. Ножки выпадают сами. Освобождение ручек и головки производят так же, как при ручном пособии.

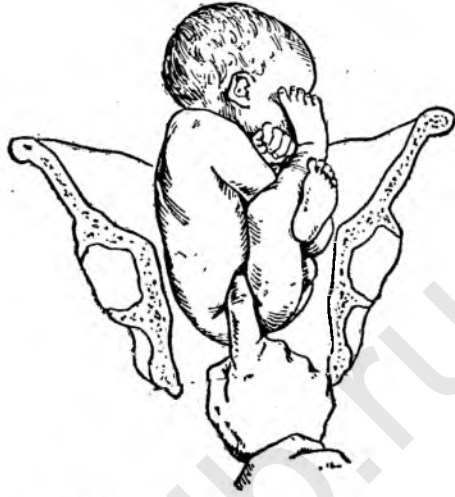


Рис. 340. Извлечение плода за паховый сгиб.

Извлечение плода за паховый сгиб относится к числу наиболее трудных операций. Оперирующая рука быстро устает, ягодичы продвигаются медленно. Особенно затруднено извлечение при высокостоящих ягодичах.

Предлагали извлекать за паховый сгиб тупым металлическим крючком или пеглей (из тесьмы, бинта). Однако при этом наносятся травмы плоду (вывихи, переломы и др.). Поэтому в настоящее время эти способы применяются только при мертвом плоде.



Рис. 341. Освобождение головки в заднем виде (предварительно производят сгибание).

осложнением. Для освобождения запрокинутой ручки рекомендуется ввести во влагалище четыре пальца и низвести ручку за локтевой сгиб так, чтобы она скользила по личику и грудке («умывательное движение»).

Осложнения при извлечении плода. При извлечении плода (и ручном пособии) могут возникнуть осложнения: спазм маточного зева, запрокидывание ручек, задний вид и др.

Чтобы устранить спазм зева, операцию производят под наркозом. С целью профилактики спазма до операции вводят 1 мл 0,1% раствора атропина и 1 мл 1% раствора папаверина. Запрокидывание ручек (ручки на лице, у ушей или за затылком) является чрезвычайно серьезным

Извлечение плода осложняется также в случае возникновения заднего вида (подбородок поворачивается к симфизу, затылок—к крестцу). Для освобождения головки в заднем виде пользуются следующим приемом. Кончик указательного пальца вводят в рот плода, головку сгибают; наружной рукой извлекают плод до тех пор, пока область переносья (точка фиксации) подойдет под лонное сочленение (рис. 341). После этого туловище плода отклоняют кпереди (к животу матери), и головка выводится над промежностью.



Рис. 342. Извлечение разогнутой головки в заднем виде.

Если головка разогнута, рот недоступим и головку согнуть не удастся, то туловище за ножки отводят к брюшной стенке матери; другой рукой захватывают виллообразно плечевой пояс плода сзади и помогают извлечению. Головка прорезывается вертикальным разрезом, точка фиксации—область подъязычной кости (рис. 342).

Если головка разогнута, рот недоступим и головку согнуть не удастся, то туловище за ножки отводят к брюшной стенке матери; другой рукой захватывают виллообразно плечевой пояс плода сзади и помогают извлечению. Головка прорезывается вертикальным разрезом, точка фиксации—область подъязычной кости (рис. 342).

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ (FORCEPS OBSTETRICA)

Акушерские щипцы представляют собой инструмент, применяющийся обычно для извлечения головки живого доношенного плода при необходимости быстро закончить роды.

Известно, что еще в начале XVII века шотландский врач Чемберлен имел акушерские щипцы. Фамилия Чемберленов сохраняла устройство щипцов в строгой тайне и широко пользовалась этим инструментом для личного обогащения. В начале XVIII века Пальфин изобрел собственную модель щипцов и сделал об этом сообщение в Парижской академии наук.

В дальнейшем над усовершенствованием устройства щипцов работали многие иностранные авторы (Левре, Смелли, Симпсон, Негеле и др.) и отечественные акушеры. Наши соотечественники И. П. Лазаревич, А. Т. Боряковский, И. И. Федоров и другие сконструировали оригинальные модели щипцов.

В России щипцы впервые наложил профессор Московского университета Эразмус в 1765 г. Внедрению этой операции в акушерскую практику способствовал первый русский ученый акушер Н. М. Максимович-Амбодик. Дальнейшему усовершенствованию операции наложения щипцов содействовали крупные русские акушеры Г. И. Кораблев, А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов и др.

В настоящее время чаще всего пользуются щипцами Симпсона (рис. 343) в модификации Феноменова. Щипцы состоят из двух ветвей (браншей), которые в середине перекрещиваются друг с другом. Каждая ветвь состоит из трех частей: 1) окончатой ложки, которая захватывает головку; 2) замка, с помощью которого ветви замыкаются; 3) рукоятки, при помощи которой происходит извлечение головки, находящейся между ложками щипцов. Между замком и рукояткой щипцов имеются боковые выступы (так называемые крючки Буша), которые представляют собой хорошую опору для оперирующих рук при извлечении головки. Щипцы имеют две кривизны: головную и тазовую. Головная кривизна предназначена для захватывания

головки; тазовая кривизна щипцов совпадает с изогнутой формой проводной оси таза. Каждая ложка щипцов вводится отдельно в левую и правую сторону влагалища (таза). Та ложка, которая вводится в левую сторону таза, называется левой; она всегда вводится первой, замковая часть этой ветви находится под замковой частью второй (правой) ветви. Вторая ложка вводится в правую половину таза, она называется правой. Правая ложка всегда вводится после левой; это необходимо для замыкания щипцов.



Рис. 343. Щипцы Симпсона.

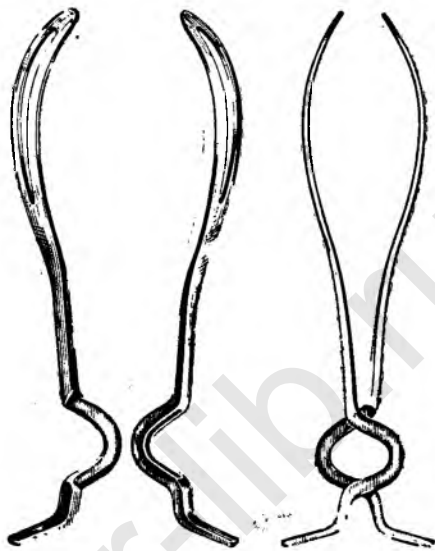


Рис. 344. Щипцы Лазаревича.

Большой популярностью пользуются щипцы Лазаревича (рис. 344), в которых нет тазовой кривизны и перекрещивания ветвей (параллельные прямые щипцы).

К показаниям к наложению акушерских щипцов относятся заболевания и осложнения, требующие быстрого окончания родов в интересах матери и плода: 1) вторичная слабость родовых сил и отсутствие продвижения головки в течение 2—3 часов; 2) эндометрит в родах; 3) тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, легких и др.; 4) эклампсия (если припадки под влиянием лечения не прекращаются); 5) асфиксия плода.

Условия для наложения щипцов: 1) живой плод, 2) полное раскрытие зева, 3) отсутствие плодного пузыря, 4) головка должна быть не очень маленькой (недоношенность) и не очень большой (гигантский плод, гидроцефалия); 5) нормальный (или только слегка суженный) таз; 6) головка находится в выходе или в полости таза.

При стоянии головки в выходе таза условия для наложения щипцов являются наилучшими; такие щипцы называются «выходными щипцами». Если щипцы накладываются на головку, стоящую в полости таза, говорят о «полостных щипцах». Техника наложения полостных щипцов сложнее.

Техника наложения выходных щипцов

К операции готовят щипцы, широкие пластинчатые зеркала, пулевые щипцы (для осмотра шейки после операции), ножницы для перинеотомии и инструменты, необходимые для зашивания промежности. При наложении

щипцов иногда приходится делать перинеотомию и зашивать разрывы промежности, которые нередко возникают.

Перед операцией производят влагалищное исследование, чтобы выяснить положение головки в тазу, направление стреловидного шва и родничков. При переднем виде затылочного предлежания головка стоит в выходе таза стреловидным швом в прямом размере, малый родничок обращен

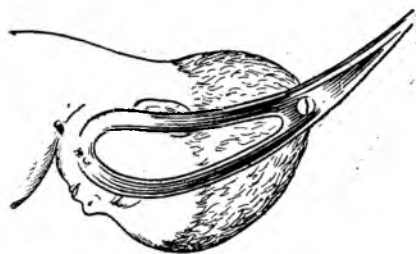


Рис. 345. Правильное расположение щипцов на головке.

к симфизу, большой—к крестцу. До введения щипцов берут левую ветвь в левую руку, правую—в правую и складывают щипцы на горизонтальной поверхности (на столе).
Операция состоит из следующих моментов: 1) введение ложек щипцов; 2) замыкание щипцов; 3) пробная тракция; 4) собственно тракция (извлечение головки); 5) снятие щипцов.

Введение ложек производится по следующему правилу: левую ложку вводят левой рукой в левую сторону таза (влагалища), правую ложку—правой рукой в правую половину таза. Первой вводят левую ложку, второй—правую. При головке, стоящей в поперечном размере таза. При этом щипцы ложатся на головку в области теменных бугров и ушей, малый родничок (проводная точка) находится в плоскости щипцов; тазовая кривизна щипцов, ось головки (от малого родничка к подбородку) и проводная ось таза совпадают (рис. 345).

Ложки вводят следующим образом. Во влагалище вводят четыре пальца правой руки, пальцы располагают на боковой поверхности головки (концы пальцев направлены к подбородку).левой рукой берут рукоятку левой ветви, захватывая ее как смычок или писчее перо, и направляют ее к правому паховому сгибу (параллельно ему). Левую ложку вводят во влагалище, располагая ее между рукой и головкой, причем нижнее ребро ее скользит по углублению между средним и указательным пальцами. Ложку вводят левой рукой под контролем правой руки без всякого насилия (рис. 346). По мере введения ложки рукоятку опускают книзу, к промежности. Внутренней рукой направляют ложку, которая должна лечь на головку в области теменного бугра. После введения левой ложки правую руку извлекают, рукоятку передают помощнику.



Рис. 346. Введение левой ложки щипцов.

Затем таким же образом вводят правую ложку правой рукой в правую половину таза под контролем левой руки. Рукоятка правой руки всегда лежит над левой.

Замыкание щипцов. Каждую рукоятку захватывают одноименной рукой и сближают их замковые части. Правильно наложенные щипцы замыкаются легко.

Пробная тракция. После замыкания проверяют, не будут ли щипцы соскальзывать при извлечении. Для этого правой рукой захватывают рукоятки щипцов, кисть левой руки лежит на правой, конец вытянутого

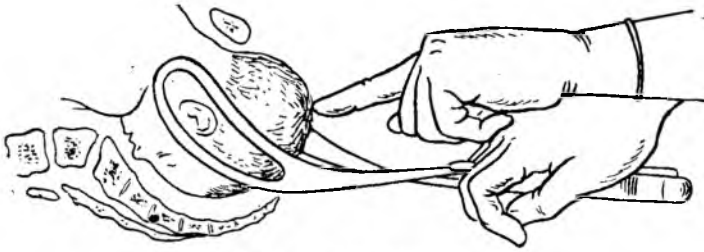


Рис. 347. Пробная тракция (схема).

указательного пальца этой руки касается головки. Правой рукой производят влекущее движение (рис. 347). Если щипцы наложены правильно, вместе со щипцами продвигается головка и указательный палец остается в соединении с головкой. Если щипцы соскальзывают (наложены неправильно), между пальцем и головкой образуется расстояние (щипцы извлекаются, головка остается на месте).



Рис. 348. Извлечение головки щипцами.

Собственно тракция—извлечение головки. После пробной тракции приступают к извлечению головки. Правой рукой захватывают замковую часть щипцов (два пальца на крючках Буша), левой—рукоятку (рис. 348). При извлечении головки искусственно выполняют те моменты механизма родов, которые еще не совершились естественным путем. Производят тракции (влечение) головки плавными движениями, подражая действию естественных изгоняющих сил (каждая тракция длится 1—1½ минуты). Между тракциями делают паузы (1—2 минуты), во время которых несколько расслабляют замыкание щипцов (чтобы улучшить мозговое кровообращение плода).

Направление тракций должно соответствовать тому пути, по которому рождается головка (проводной оси таза).

При головке, стоящей в выходе таза, тракции производят горизонтально до тех пор, пока прорежется затылочный бугор и подзатылочная ямка подойдет к лонной дуге. После этого встают слева от роженицы, рукоятки захватывают левой рукой и направляют их вместе с прорезывающей головкой вверх, а правой рукой защищают промежность. При направлении тракций сверху происходит разгибание и рождение головки.

Снятие щипцов. Щипцы можно снять после выведения затылочного и теменных бугров и в дальнейшем освободить головку руками (как при обычных родах). Можно головку вывести в щипцах. Щипцы снимают в обратном порядке: сначала правую, потом левую ложку. Рукоятки снимаемых щипцов направляют к противоположному бедру матери.

После рождения последа осматривают шейку матки в зеркалах. Если обнаруживают разрывы, сразу накладывают швы. При наличии поврежденной влагалища и промежности производят зашивание их в обычном порядке.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CAESAREA)

Кесаревым сечением называется операция, при которой производится разрез матки; через разрез извлекается плод и послед.

Кесарево сечение при внезапной смерти беременной и роженицы (для спасения жизни ребенка) производилось еще в древние времена. Первое кесарево сечение на живой женщине произведено в начале XVII столетия. Однако эта операция получила распространение после введения асептики и антисептики (с конца XIX столетия) и усовершенствования ее методики.

В России первый описал кесарево сечение Д. Самойлович (1780). Большая заслуга в развитии кесарева сечения в нашей стране принадлежит Н. И. Побединскому.

Кесарево сечение производится через брюшную стенку (брюшностеночное кесарево сечение) или через влагалище (влагалищное кесарево сечение). Влагалищное кесарево сечение производится реже, при недоношенной беременности.

Брюшностеночное кесарево сечение

Показания к кесареву сечению: 1) резкое анатомическое сужение таза (третья и четвертая степень); 2) несоответствие между тазом и головкой (клинически узкий таз); 3) угрожающий разрыв матки; 4) центральное предлежание плаценты (и боковое при сильном кровотечении); 5) преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты (картина внутреннего кровотечения и шока); 6) тяжелое состояние женщины (заболевание сердца, гипертоническая болезнь, тяжелые формы токсикозов и др.); 7) рубцы после предшествующих операций на матке, переносимость в сочетании с сужением таза, запущенное поперечное положение при живом плоде и другие осложнения, при которых нет возможности закончить роды другим путем с благоприятным исходом для матери и плода.

Условия: отсутствие инфекции, живой и жизнеспособный плод; желательно операцию производить в начале родовой деятельности.

Инструменты: скальпель (2), пинцет длинный (2), пинцет анатомический (3—4), пинцет хирургический (3—4), кровоостанавливающие зажимы (10 длинных, 5—6 коротких), зажимы Пеана (15—16), корнцанги (5—6), пулевые щипцы (2), овариальные щипцы (2) кюретки (2—3), иглодержатель (2), иглы разные (10—12), ножницы (2 изогнутых, 2 прямых), зеркала брюшные, катетер, шприц с иглами, зажимы бельевые (4).

Заранее готовят все необходимое для переливания крови и оживления ребенка, который может быть в состоянии асфиксии.

Техника в основном сводится к следующему. Переднюю брюшную стенку вскрывают по белой линии послойно. Разрез начинается выше лобка, идет до пупка и несколько выше. Переднюю поверхность матки отгораживают от брюшной полости салфетками, чтобы в нее не попали околоплодные воды. На передней стенке матки производят продольный разрез длиной около 12 см и через него извлекают плод за ножку, которую захватывают рукой. Пуповину отсекают между двумя зажимами, ребенка передают акушерке. После этого рукой извлекают послед, проверяют полость матки рукой или кюреткой, послойно зашивают стенку матки (рис. 349), удаляют все инструменты и салфетки и зашивают (послойно) стенку живота.

В последнее время предпочитают делать разрез в нижнем сегменте матки; для этого необходимо предварительно вскрыть пузырно-маточную складку брюшины и отодвинуть мочевой пузырь книзу. После извлечения плода и последа и наложения швов на края разреза нижнего сегмента мочевой пузырь перемещают на прежнее место, пузырно-маточную складку брюшины восстанавливают путем зашивания.

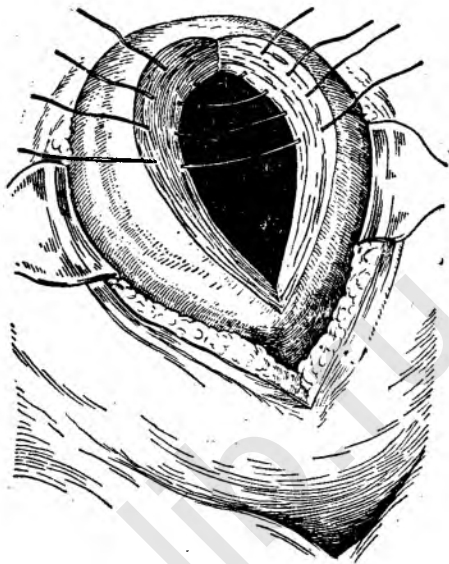


Рис. 349. Классическое кесарево сечение. Наложение швов на разрез маточной стенки.

Влагалищное кесарево сечение

Сущность операции сводится к следующему. После введения влагалищных зеркал и низведения шейки матки пулевыми щипцами производят расширение канала шейки матки. Затем на передней стенке влагалища (в области свода) делают полулунный разрез. Лоскут слизистой и мочевой пузырь отодвигают кверху; при этом становится видимой передняя стенка матки, на которой делают разрез. Через разрез извлекают плод и плаценту, проверяют полость матки кюреткой и накладывают швы на края разреза матки и влагалища.

К операции прибегают при необходимости произвести поздний аборт (после 12 недель беременности). К показаниям относятся тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, легких, токсикозы и другие нарушения, требующие срочного прерывания беременности хирургическим путем.

Инструменты: влагалищное зеркало (2), подъемник (2), набор расширителей (1), маточный зонд (1), щипцы пулевые (2), щипцы Мюзо (2), скальпель (2), ножницы прямые длинные (2), ножницы изогнутые (1), иглодержатель (2), иглы разные (8—10), пинцеты анатомические (2), пинцеты хирургические (2), кровоостанавливающие зажимы (5—6), зажимы Пеана (5—6), корнцанг (2), абортные щипцы (1), перфоратор (1), кюретки (2—3), катетер (1).

ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Плодоразрушающие операции применяются на мертвом плоде. При живом плоде эти операции применяют как очень редкое исключение, когда жизнь женщины в опасности и нет условий для родоразрешения другим путем.

Для разрушения плода существуют разные операции: краниотомия (уменьшение объема головки), декапитация (обезглавливание), эвентрация (опорожнение брюшной полости, грудной клетки), клейдотомия (рассечение ключиц), спондилотомия (разрушение позвоночника).

Группа операций на туловище и шее (декапитация, эвентрация, клейдотомия, спондилотомия) называется эмбриотомией.

Краниотомия (craniotomia)

Краниотомия применяется по следующим показаниям: мертвый плод, резкое несоответствие между тазом и головкой, возникновение признаков угрожающего разрыва матки и другие грозные осложнения (при отсутствии возможности родоразрешения другим путем).

Необходимый инструментарий: перфоратор Феноменова (рис. 350) или Бло (рис. 351), широкие влагалищные зеркала (2), подъемник (2), щипцы Мюзо (2), щипцы пулевые (2), ложка для разрушения мозга (1), краниокласт (1), ножницы для рассечения ключиц (1).

Готовят инструменты для наложения швов на шейку и промежность (на случай возникновения повреждений).

Краниотомия состоит из следующих моментов: 1) перфорация головки, 2) эксцеребрация

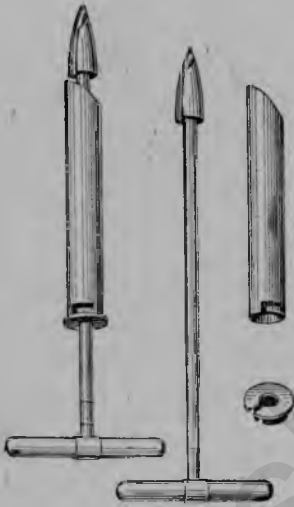


Рис. 350. Перфоратор Феноменова.



Рис. 351. Копьевидный перфоратор Бло.

(разрушение и удаление мозга), 3) краниоклазия (извлечение головки краниокластом).

Техника краниотомии состоит в следующем. Влагалище раскрывают зеркалами, на головку накладывают щипцы Мюзо, подтягивают ее книзу и приступают к перфорации. Лучше пользоваться перфоратором Феноменова, который устроен как бурав; бурав находится в гильзе, которая предохраняет от случайного повреждения мягкие ткани родовых путей. Этим перфоратором в подлежащей кости черепа проделывается круглое отверстие. Можно применять копьевидный перфоратор Бло, которым производят крестообразный разрез черепа в области шва или родничка (рис. 352).

Режущие поверхности копьевидного перфоратора обращены наружу, поэтому необходимо защитить мягкие ткани родовых путей от случайных травм. Для этого рукоятку перфоратора опускают книзу, переднюю стенку влагалища (и мочевого пузыря) защищают зеркалом или левой рукой.

После перфорации стерильной ложечкой (или обычной кюреткой) разрушают мозг, который легко вытекает из полости черепа. Некоторые акушеры после разрушения мозга промывают череп стерильным физиологическим раствором.

После удаления мозга череп спадается и после этого производится краниоклазия — извлечение головки краниокластом. Краниокласт (рис. 353) состоит из двух ветвей, которые



Рис. 352. Прободение головки копьевидным перфоратором.



Рис. 354. Извлечение головки краниокластом.



Рис. 353. Краниокласт.

состоят из ложек, замковой части, рукояток и винта. Сплошную ложку вводят в полость черепа и располагают на лицевых костях, окончатую ложку накладывают на наружную поверхность лицевой части черепа (вводят, как ложку щипцов). После введения ложек производят замыкание краниокласта и закрепление захваченной головки с помощью винта. Головку извлекают краниокластом при полном открытии зева (рис. 354). Если открытие неполное и имеются показания для срочного окончания родов, делают насечки на шей и после этого извлекают плод.

Декапитация

Декапитация производится при запущенном поперечном положении плода. Инструменты: декапитационный крючок (рис. 355), тупоконечные длинные изогнутые ножницы, зеркала, пулевые щипцы для осмотра шейки, инструменты для наложения швов (на случай возникновения повреждений шейки и промежности).

Техника операции в основном сводится к следующему. Если выпала ручка, на нее надевают петлю и передают помощнику, который оттягивает ее вниз и в сторону тазового конца плода. Вводят руку в родовые пути, отыскивают шею плода и обхватывают ее циркулярно; большой палец лежит спереди, указательный и средний сзади. Затем по руке вводят декапитационный крючок, который насаживают на шею плода (пуговкой книзу) (рис. 356).



Рис. 355. Декапитационный крючок Брауна.



Рис. 356. Декапитация.

Ручку крючка сильно оттягивают книзу и вращают в сторону головки. При этом происходит перелом позвоночника, который проявляется хрустом. После перелома позвоночника крючок удаляют, мягкие ткани шеи перерезают длинными тупоконечными ножницами под контролем внутренней руки. Вслед за обезглавливанием туловище извлекают потягиванием за ручку. Если при выведении плечиков возникают затруднения, производят рассечение ключицы. Головку извлекают рукой, для чего в рот вводят палец внутренней руки.

Если извлечь головку рукой не удастся, ее перфорируют, освобождают от мозга и извлекают краниокластом.

После операции производят тщательный осмотр шейки, влагалища и промежности.

Клейдотомия

Клейдотомия—рассечение ключицы для уменьшения объема плечевого пояса. При необходимости производят рассечение обеих ключиц. Необходимость в клейдотомии может возникнуть после декапитации или при родах гигантским плодом.

Операцию производят под контролем руки, введенной в родовые пути. Два пальца внутренней руки устанавливают на середине ключицы; по ладонной поверхности этой руки вводят тупоконечные длинные ножницы

(в сомкнутом виде), подводят их к ключице и рассекают ее. После рассечения одной ключицы плечевой пояс уменьшается на 2,5—3 см, после двусторонней клейдотомии—на 5—6 см.

Эвентрация

Эвентрация (эвисцерация)—рассечение брюшной стенки или грудной клетки и удаление внутренних органов.

Эту операцию производят при запущенном поперечном положении плода, когда шейка плода недоступна и обезглавливание произвести невозможно, или при уродствах плода. Операцию производят при полном открытии зева. Брюшную стенку плода разрезают ножницами и через разрез извлекают внутренние органы плода. Если более доступна грудная клетка, вскрывают последнюю, для чего приходится рассекать ребра. После удаления внутренних органов плод извлекают в сложенном виде. Если возникают затруднения, производят спондилотомию.

Спондилотомия

Спондилотомия—рассечение позвоночника. После удаления внутренних органов позвоночник рассекают ножницами или производят перелом его декапитационным крючком. Затем ножницами пересекают мягкие ткани брюшной стенки и извлекают последовательно верхнюю часть туловища (с головкой) и нижнюю (с ножками). После операции производят тщательный осмотр шейки матки влагалища и промежности.

УХОД ЗА ОПЕРИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ

Акушерские операции сопровождаются введением в полость матки руки или инструментов, с которыми могут быть занесены микробы из влагалища. В связи с этим возможность инфицирования после акушерских операций значительно выше, чем после нормальных родов. При акушерских операциях нередко создаются дополнительные входные ворота для инфекции в виде повреждения мягких тканей родовых путей. Развитию инфекции благоприятствует кровопотеря, которая нередко возникает при патологических родах, заканчиваемых оперативным путем. При организации ухода следует учесть подавленное настроение родильниц, потерявших детей (плодоразрушающие операции, глубокая недоношенность и др.).

Оперированным родильницам необходим полный покой, сон продолжительностью не менее 8—10 часов в сутки. При необходимости назначают люминал на ночь или бромиды (некормящим женщинам). Родильниц, у которых погибли дети, лучше помещать отдельно от кормящих матерей.

Необходима самая тщательная асептика при уборке, катетеризации, инъекциях и перевязках. Диета и режим назначаются в соответствии с характером перенесенной операции и индивидуальными особенностями больной.

В послеоперационном периоде необходимо строго следить за температурой и пульсом, регулировать функции молочных желез (правильное кормление, сцеживание, уход за грудными железами), кишечника и мочевыводящих путей. Нередко возникает необходимость в назначении общеукрепляющих средств и антибиотиков. При выписке из родильного дома родильнице дают справку о характере осложнений родов и перенесенной операции для получения отпуска продолжительностью в 70 дней.

После выписки акушерка систематически посещает мать и ребенка в домашних условиях (в порядке патронажа).

ГЛАВА XXIX

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СССР (Основные сведения)

Создание государственной системы охраны здоровья женщины и детей стало возможным после Великой Октябрьской социалистической революции. Развитие этой важнейшей отрасли здравоохранения происходило в тесной связи с построением социализма в нашей стране.

В царской России медицинская помощь была доступна лишь представителям привилегированных и материально обеспеченных классов. Государственная охрана здоровья матери и ребенка отсутствовала. Женских консультаций в дореволюционный период не было, и лечебно-профилактическая помощь беременным женщинам почти не оказывалась.

Родильных домов было мало, они организовывались преимущественно в крупных городах. В 1913 г. во всех родильных домах России насчитывалось всего 6824 койки, из них в сельских местностях—только 1622. На территории Армянской, Таджикской, Молдавской, Киргизской, Туркменской республик родильных домов не существовало совсем. Акушерские стационары отсутствовали во многих уездных и даже некоторых губернских городах центральной России.

Медицинская помощь при родах оказывалась ничтожной прослойке женщин, главным образом при патологических родах. По материалам IX Пироговского съезда врачей (1904), 98% женщин проводили роды в домашней обстановке с помощью невежественных повитух.

Отсутствие квалифицированной медицинской помощи имело следствием высокую смертность среди женщин от патологических родов: во время родов ежегодно умирало 30 000 женщин. Особенно высокой была заболеваемость и смертность среди новорожденных детей (20—30% и выше).

Великая Октябрьская социалистическая революция, раскрепостившая женщину, подняла вопрос об охране прав, интересов и здоровья матери и ребенка на небывалую высоту.

Советское государство с первых дней своего существования провозгласило охрану материнства и младенчества важной государственной задачей. К числу первых постановлений советского правительства относится Декрет об охране грядущих поколений (январь 1918 г.), в котором указано следующее: «Два миллиона едва затеплившихся на земле младенческих жизней ежегодно гасли в России от темноты и несознательности 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. Веками искавшая

пути человеческая мысль выбилась, наконец, на простор лучезарной, светлой эпохи свободного строительства руками самого рабочего класса тех форм охраны младенчества, которые должны сохранить ребенку мать, а матери ребенка...

...Вас, работницы, трудящиеся гражданки-матери, с вашим чутким сердцем, вас, смелые строители новой общественной жизни, вас, идейные педагоги, детские врачи и акушеры,—всех вас зовет теперь новая Советская Россия слить ваш ум и чувства в строительстве великого здания социальной охраны грядущих поколений».

Согласно статье 122 Конституции СССР, женщине в нашей стране предоставляются равные права с мужчиной на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование; эти права обеспечиваются государственной охраной интересов матери и ребенка, государственной помощью многодетным и одиноким матерям, предоставлением женщине при беременности отпуска с сохранением содержания, широкой сетью родильных домов, яслей и детских садов.

Советское правительство и Коммунистическая партия проявляют повседневную заботу о матери и ребенке. В нашей стране отпускаются огромные средства на строительство и оборудование акушерско-гинекологических и детских учреждений и подготовку кадров врачей, акушерок и медицинских сестер. Сеть и кадры родовспомогательных и детских учреждений увеличиваются из года в год.

В 1936 г. было издано постановление ЦИК и СНК СССР об увеличении материальной помощи беременным женщинам и одиноким матерям, о расширении сети родильных домов, яслей, детских садов и т. д. На основании этого постановления создано большое количество новых родильных домов и детских учреждений.

К 1941 г. общее число родильных коек достигло 141 878 (из них в сельских местностях 66 271).

В годы Великой Отечественной войны (8/VII 1944 г.) был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства». После издания указа продолжалось усиленное строительство родильных домов, яслей, больниц, санаториев и других учреждений.

В настоящее время в системе здравоохранения вполне достаточно учреждений для оказания необходимой помощи всем роженицам, женщинам с осложненной беременностью и гинекологическим больным, нуждающимся в стационарном лечении. Кроме того, в нашей стране существует богатая сеть женских и детских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов, колхозных родильных домов и других учреждений, где оказывается лечебно-профилактическая помощь всем женщинам и детям.

Происходит неуклонный рост количества врачей и средних медицинских работников. В настоящее время врачей акушеров-гинекологов около 20 000, фельдшерниц-акушерок и акушерок более 150 000.

Материнская заболеваемость и смертность резко снизились. В настоящее время гибель женщины во время беременности и родов расценивается как чрезвычайно важное происшествие, подлежащее специальному изучению.

В нашей стране осуществляется охрана прав и интересов матери и ребенка. Законодательством предусмотрена выплата государственного пособия многодетным и одиноким матерям. Одинокая мать по своему желанию может поместить своего ребенка на воспитание в детское учреждение, где он содержится за счет государства; при этом мать не теряет связи с ребенком и может взять его в любое время на собственное воспитание.

Согласно законодательству, работницам и служащим предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью в 112 дней (56 дней до родов и 56 дней после родов). При рождении двойни (и более), преждевременных родах, осложнениях во время родов и в послеродовом периоде отпуск после родов предоставляется 70 дней. Примерный Устав сельскохозяйственной артели предусматривает отпуск колхозницам по беременности на один месяц и после родов на один месяц. За это время они получают 50% средней выработки по трудовым дням.

В настоящее время колхозам предоставлено право самим решать вопросы внутриколхозной жизни и улучшения материального благосостояния колхозников. Собрание колхозников может внести изменения в Устав сельскохозяйственной артели и в части увеличения отпуска по беременности и родам женщинам-колхозницам. Многие колхозы предоставляют колхозницам отпуска, которые соответствуют отпускам женщин работниц и служащих.

Беременных с IV месяцев не допускают к сверхурочной работе, кормящих матерей—к работе в ночное время. За отказ в приеме женщины на работу и снижение им заработной платы по мотивам беременности установлено уголовное наказание.

Широко практикуется перевод беременных женщин на более легкую работу. При этом за беременной женщиной сохраняется прежняя заработная плата из расчета последних 6 месяцев работы. Беременные колхозницы в зависимости от состояния здоровья и выполняемого труда также переводятся на более легкую работу независимо от срока беременности.

Труд женщины в нашей стране охраняется законодательством. Запрещается применение женского труда в ряде производств, которые могут оказать неблагоприятное влияние на организм женщины (некоторые производства и профессии в химической, горной, полиграфической и других видах промышленности). Женщины не допускаются к работе, требующей применения большой физической силы.

Согласно Указу от 8/VII 1944 г., на предприятиях организуются комнаты для кормления детей и комнаты личной гигиены женщин.

Условия и пути дальнейшего развития здравоохранения и ее важнейшей отрасли—охраны материнства и детства—определены XX съездом Коммунистической партии. Решениями XX съезда по шестому пятилетнему плану развития СССР предусматривается дальнейший рост учреждений здравоохранения и повышение качества медицинской помощи населению.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ

Организация родовспоможения (и гинекологической помощи) основана на следующих принципах, единых для всего советского здравоохранения.

1. Все виды лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам (и гинекологическим больным) оказываются **б е с п л а т н о**.

2. Лечебно-профилактическая помощь **о б щ е д о с т у п н а**, она оказывается всем женщинам независимо от возраста (с юности до глубокой старости), выполняемой работы (работницы, колхозницы, служащие, домашние хозяйки и др.), места жительства и т. д.

3. Лечебно-профилактическая помощь должна быть оказана **в с е м б е р е м е н н ы м, р о ж е н и ц а м** (100% охват родовспоможением) и гинекологическим больным. Для достижения 100% охвата медицинской помощью проводятся активные формы работы: санитарно-просветительная работа, патронаж и др.

4. Важным принципом построения сети здравоохранения является приближение акушерской помощи к населению. Этот принцип осуществляется путем развертывания акушерских учреждений в крупных районах городов, акушерских отделений в сельских районных и участковых больницах, сети фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов. В каждом крупном населенном пункте сельской местности (или в группе населенных пунктов) имеется фельдшерско-акушерский пункт или колхозный родильный дом, где оказывается акушерская помощь.

5. Основным и важнейшим принципом организации акушерской помощи является профилактика заболеваний и осложнений беременности, родов, послеродового периода (и гинекологических заболеваний). Профилактика, являющаяся основой всей советской медицины, имеет в акушерстве исключительно большое значение. Только благодаря профилактике удалось резко снизить заболевания и осложнения беременности и родов, которые в прошлом часто вели к гибели матери и плода.

6. Акушерская и гинекологическая помощь оказывается единым врачом акушером-гинекологом в одних и тех же учреждениях. Самостоятельно работающие акушерки, кроме работы по родовспоможению, оказывают помощь гинекологическим больным (выявляют больных, выполняют назначения врача).

7. Проводится повседневная работа по улучшению качества лечебно-профилактической помощи женщинам в соответствии с достижениями современной науки.

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СТРУКТУРЕ, СОДЕРЖАНИИ И МЕТОДАХ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Типовыми (номенклатурными) учреждениями, оказывающими акушерскую (и гинекологическую) помощь, являются: 1) в городах: родильный дом и акушерско-гинекологическое отделение больницы, в состав этих учреждений входит и женская консультация; 2) в сельских местностях: родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение районной больницы, акушерское отделение участковой больницы, колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт.

Женские консультации в сельских местностях входят в состав районных больниц или родильных домов.

До настоящего времени в городах и сельских местностях есть консультации, не объединенные со стационарами.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация является основным и важнейшим учреждением, оказывающим широкую всестороннюю лечебно-профилактическую помощь всем женщинам, проживающим в районе действия данного учреждения.

В состав консультации входят: кабинет для приема беременных, родильниц и гинекологических больных, манипуляционная комната, где проводятся лечебные процедуры, физиотерапевтический кабинет, регистратура, комната для ожидания, гардероб (раздевальная).

В крупных консультациях имеется два-три кабинета для приема, выделяются специальные кабинеты для венеролога, терапевта, зубного врача, для проведения психопрофилактической подготовки к родам и социально-правовой помощи.

Содержание и методы работы всех городских и сельских женских консультаций одинаковы.

Акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов оказывают лечебно-профилактическую помощь беременным и родильницам по правилам работы женских консультаций.

Задачи женской консультации: 1) оказание лечебной и профилактической помощи беременным, родильницам, гинекологическим больным; проведение профилактических медицинских осмотров женщин с целью раннего выявления гинекологических заболеваний; 2) психопрофилактическая подготовка к родам; 3) санитарно-просветительная работа; 4) участие в охране труда женщин и в улучшении санитарно-гигиенических условий труда; 5) оказание социально-правовой помощи.

Лечебная и профилактическая работа. Консультации берут на учет всех беременных своего района и обеспечивают систематическое наблюдение за ними. Необходимо брать на учет женщин с ранних сроков беременности. Это облегчает наблюдение за развитием беременности, своевременное выявление осложнений и определение срока выдачи отпуска по беременности. Ранней явке беременных в консультацию способствует санитарно-просветительная работа и общение акушерки с женщинами при проведении патронажной работы, при посещении колхозов, производств, общежитий и др.

В обязательном порядке производится общее и акушерское исследование беременных и точная запись всех данных в карту беременной и родильницы (приложение 1). Необходимы также исследования мочи, морфологической картины крови, определение реакции Вассермана.

При нормальном течении беременности женщины посещают консультацию в первой половине не реже одного раза в месяц, во второй—не реже двух раз в месяц; общее количество посещений за весь период беременности в среднем не менее 7—8 раз. При необходимости (уточнение срока беременности, возникновение осложнений) женщины посещают консультацию чаще.

Всем беременным разъясняются правила гигиены и диететики во время беременности (глава VI).

Важнейшей задачей консультации является раннее выявление осложнений беременности (токсикозы, узкий таз, неправильные положения, кровотечение и др.) и заболеваний (сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени, почек и т. д.).

Всех женщин с осложненной беременностью берут на специальный учет (сигнальная картотека), ведут за ними строгое наблюдение и своевременно направляют в стационар. Для своевременной диагностики заболеваний и осложнений беременности женщин направляют на консультацию к терапевту, невропатологу, дермато-венерологу и к другим специалистам.

Поэтому женская консультация всегда имеет связь с больницей, туберкулезным и венерологическим диспансером и другими медицинскими учреждениями. В консультации оказывается помощь всем родильницам. Каждая женщина посещает консультацию не менее двух раз в течение послеродового периода.

В консультациях проводятся массовые профилактические медицинские осмотры женщин с целью выявления опухолей, воспалительных и других гинекологических заболеваний женщин. Всех выявленных больных берут на учет и подвергают соответствующему лечению. Подобные профилактические осмотры проводятся не только в консультациях, но организуются также на производствах, в колхозах и совхозах. Акушерки принимают активное участие в проведении профилактических осмотров и выполняют лечебные процедуры по назначению врача.

Патронаж беременных, родильниц и гинекологических больных представляет собой существенный раздел деятельности женских консуль-

таций. Патронажная работа в консультациях проводится акушерками или медицинскими сестрами под руководством врача. Патронаж беременных, родильниц и детей раннего возраста (до года) является обязанностью акушерок колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов.

При патронажных посещениях акушерка выполняет следующие задания.

1. Акушерка наблюдает за состоянием здоровья беременных, родильниц, детей и гинекологических больных и выполняет назначения врача.

2. Акушерка оказывает помощь женщине по улучшению гигиенической обстановки дома, обучает ее правилам личной гигиены и уходу за ребенком. Большое внимание уделяется правилам вскармливания детей и рациональному питанию беременной и кормящей матери.

3. Акушерка следит за тем, чтобы беременная регулярно посещала консультацию и выполняла все назначения врача (или собственные предписания акушерки колхозного родильного дома и фельдшерско-акушерского пункта).

4. При патронажных посещениях выясняется вопрос об использовании всех льгот, которые предоставлены беременным, кормящим женщинам, многодетным и одиноким матерям и их детям. При необходимости акушерка принимает меры к тому, чтобы женщинам и детям была оказана социально-правовая помощь в соответствии с законодательством нашей страны.

При первом посещении женщины на дому акушерка заполняет патронажный лист (приложение 2), при повторных посещениях заносит новые данные о состоянии здоровья и о выполнении сделанных ранее назначений и советов.

Санитарно-просветительная работа. Женские консультации, колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты проводят повседневную санитарно-просветительную работу среди женщин. Санитарно-просветительная работа ведется среди родильниц в стационарах, в консультациях, на промышленных предприятиях, в колхозах, совхозах, общежитиях и других общественных местах.

Формы санитарно-просветительной работы разные: лекция, выступление по радио, групповая беседа, индивидуальная беседа (в консультации, при патронаже), заметки и статьи в стенной газете, организация выставки и др.

Санитарно-просветительную работу проводят врачи и акушерки по заранее составленному плану. В план включаются темы: о законодательстве по охране прав, интересов и здоровья женщин и детей, о гигиене и диететике беременных и родильниц, об уходе за новорожденными и их вскармливании, о предупреждении гинекологических заболеваний, вреде абортов, ранних признаках рака женских половых органов и др.

Школа материнства является очень важной формой санитарного просвещения. Сущность работы этой школы сводится к обучению беременных (преимущественно первобеременных) правилам личной гигиены и уходу за новорожденными детьми; занятия в школе материнства проводятся по определенному плану.

Социально-правовая работа имеет целью проведение в жизнь всех законов и постановлений правительства по охране прав, интересов и здоровья женщин и детей. Консультации не ограничиваются оказанием социально-правовой помощи: женщинам в консультации разъясняют законы, охраняющие права беременных, кормящих матерей и ребенка, труд женщин и др.

Социально-правовая работа в консультациях проводится юристом, состоящим в штате родильного дома.

В небольших учреждениях родовспоможения социально-правовая помощь женщинам может быть оказана акушерками, прошедшими подготовку по правовым вопросам в области охраны материнства и детства.

Социально-правовой работник организует обследование бытовых условий женщин, вызывает их для беседы, ведет переговоры с администрацией предприятий, советскими и профсоюзными организациями по вопросам улучшения условий труда и быта женщин, помогает многодетным и одиноким матерям в получении денежных пособий и в устройстве детей в детские учреждения и др. При необходимости социально-правовой работник помогает женщине обращаться к помощи судебных органов.

Связь консультаций с производством. В составе медико-санитарных частей крупных предприятий имеются собственные консультации, работающие по типу обычных консультаций. Работники этих консультаций обращают особое внимание на изучение условий труда работниц, проводят оздоровительные мероприятия, способствуют выполнению законодательства по охране труда женщин. На небольших предприятиях, в совхозах и колхозах эта работа проводится врачами и акушерками городских и сельских консультаций, районных и участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, колхозных родильных домов.

Психопрофилактическая подготовка к родам—важная часть работы консультаций и колхозных родильных домов. Психопрофилактическая подготовка начинается с первого посещения консультации, цикл занятий—с 35 недель беременности (см. главу X). В консультациях эту работу проводят врачи, в колхозных родильных домах— акушерки. Акушерки фельдшерско-акушерских пунктов психопрофилактическую подготовку беременных проводят в индивидуальном порядке.

Борьба с абортами. Согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР от 23/ХІ 1955 г. «Об отмене запрещения аборт», искусственное прерывание беременности до 12 недель разрешается всем женщинам, которые возбуждают просьбу об этой операции. После 12 недель прерывание беременности производится по медицинским показаниям.

Аборты производятся только врачом в больничной обстановке. Указом предусмотрена уголовная ответственность врачей, средних медицинских работников и лиц без специального образования за производство абортов вне лечебных учреждений. Отмена запрещения абортов дает возможность самой женщине решать вопрос о материнстве и устраняет вред, наносимый внебольничными абортами.

Однако опыт показывает, что аборты, производимые опытным врачом в больнице, также могут иметь неблагоприятные последствия (воспалительные заболевания, нарушение детородной функции и др.). Поэтому в консультациях (колхозных родильных домах и других учреждениях) проводится повседневная борьба с абортами. Эта работа ведется: 1) путем разъяснения вреда абортов, 2) назначения противозачаточных средств, 3) оказания помощи в улучшении жилищных и других условий труда и быта беременной женщины.

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ

Родильный дом и акушерско-гинекологическое отделение больницы являются основными учреждениями, оказывающими стационарную помощь при патологической беременности, родах и гинекологических заболеваниях. Стационарная акушерская помощь при нормальных родах оказывается также в колхозных родильных домах.

Стационарное родовспоможение является основной, наиболее распространенной и правильной формой помощи при родах. Эта форма родовспоможения позволяет организовать необходимую гигиеническую обстановку, тщательное соблюдение правил асептики, правильный режим и уход.

Поэтому в нашей стране осуществляется принцип максимального охвата стационарным родовспоможением.

Второй, менее совершенной, формой акушерской помощи является родо-вспоможение на дому. Родовспоможение на дому оказывается в тех редких случаях, когда роженица по каким-нибудь причинам не может поехать в родильный дом. Эта форма помощи оказывается акушерками при неосложненных родах.

Структура родильных домов и акушерско-гинекологических отделений больниц основана на учете необходимости: 1) соблюдения строгих правил санитарно-гигиенического режима, асептики и антисептики; 2) оказания всесторонней квалифицированной лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям; 3) оказания всех видов помощи в любое время в неотложном порядке; 4) полной изоляции больных женщин и детей от здоровых. В состав родильного дома входит стационар и женская консультация.

Стационар состоит из следующих отделений.

1. Фильтр, где происходит отбор здоровых рожениц от больных и подозрительных в отношении инфекции. Из фильтра поступающие переходят в смотровую-душевую первого и второго акушерских отделений.

2. Первое (физиологическое) акушерское отделение для госпитализации здоровых рожениц и родильниц.

В состав первого акушерского отделения входят: а) смотровая-душевая; б) родильный блок с предродовой, родовой, операционной, палатой для больных эклампсией; в) палаты для здоровых родильниц; г) отделение для новорожденных детей (в небольших родильных домах для детей выделяются палаты).

3. Второе (сомнительное, обсервационное) акушерское отделение для госпитализации инфицированных и сомнительных в этом отношении рожениц. В состав второго акушерского отделения входят: родовая, операционная, палаты для родильниц, отделение (или палата) для новорожденных детей.

4. Отделение патологии беременности. В это отделение направляются для лечения женщины с осложнениями беременности (токсикозы, узкий таз, неправильные положения плода, кровотечения и др.) и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, легких (кроме туберкулеза), кровотока, органов внутренней секреции и др. В это отделение инфицированные больные не помещаются.

5. Гинекологическое отделение. Это отделение полностью изолировано от акушерских отделений, имеет свою смотровую-душевую, операционную, палаты и т. д.

В каждом отделении родильного дома есть буфетные-раздаточные, бельевые, санитарные узлы, выписные.

Септическое отделение организуется при одном из городских родильных домов. В это отделение направляют женщин с послеродовыми септическими заболеваниями из разных родильных домов.

Организация работы всех отделений родильного дома основывается на необходимости соблюдения лечебно-охранительного режима. Лечебно-охранительный режим сводится к благоприятному воздействию на нервную систему женщин, к устранению всех моментов, вызывающих отрицательные эмоции (страх, неуверенность и др.). Лечебно-охранительный режим способствует тому, что у женщин возникает доверчивое отношение к действиям медицинских работников и уверенность в благоприятном исходе родов и лечения.

Еще в консультации женщина должна быть окружена вниманием, заботливым отношением. Беременную подробно обследуют, дают советы,

вселяют уверенность в благоприятном исходе беременности. Заключение об осложнениях сообщают осторожно, чтобы не вызывать у женщины страха.

В стационаре должна быть создана спокойная обстановка, исключающая появление у женщины опасений за свое состояние и благополучие ребенка. В присутствии женщин не допускаются разговоры о неблагоприятном исходе родов, о возникающих осложнениях, предстоящих операциях и др. В случае необходимости оперативного вмешательства женщине сообщают об этом осторожно. Весь персонал родильного дома обязан следить за своим поведением и речью.

В стационаре должна соблюдаться тишина. Необходимо организовать распорядок дня таким образом, чтобы беременные, родильницы и гинекологические больные имели достаточное время для сна. В послеродовом отделении, кроме ночного сна, родильницам организуется дневной отдых. Родильницам ежедневно сообщают сведения о новорожденных, чтобы не вызвать тревоги за их состояние.

Важным элементом лечебно-охранительного режима являются чистота и уют как в консультации, так и в стационарных отделениях родильного дома. Большое значение имеет правильно поставленная санитарно-просветительная работа.

КОЛХОЗНЫЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

В сельских местностях стационарное родовспоможение оказывается в акушерско-гинекологических отделениях районных и участковых больниц, районных родильных домах и колхозных родильных домах.

Первые колхозные родильные дома организованы в 1934—1935 гг. по инициативе членов колхозов. XVI Всероссийский съезд Советов указал на необходимость организации сети колхозных родильных домов в целях максимального приближения родильной помощи к населению. Массовое развитие колхозных родильных домов началось с 1936 г.

Колхозный родильный дом организуется по договору между районным отделом здравоохранения и правлением колхоза. Средства на организацию и содержание колхозного родильного дома отпускают колхозы (75%) и поступают из государственного бюджета (25%). Колхозы строят помещение колхозного родильного дома, приобретают инвентарь, отпускают продукты питания, топливо, транспорт, содержат санитарку, выделяют средства на стирку белья и др. Райздравотделы назначают акушерок и выплачивают им заработную плату, снабжают родильный дом медикаментами и медицинским оборудованием.

Колхозные родильные дома рассчитаны обычно на 2—3 койки. В колхозном родильном доме должны быть: теплые сени, смотровая (где производится осмотр и санитарная обработка поступающих рожениц), родовая палата, послеродовая палата (здесь находятся детские кроватки за ширмой), комната с отдельным входом для амбулаторного приема беременных, родильниц и гинекологических больных, кухня, теплая уборная. Квартира акушерки находится в здании родильного дома (изолированно) или вблизи от него. В колхозном родильном доме проводятся только нормальные роды. Женщин с патологической беременностью заблаговременно направляют в районную или участковую больницу. В больницу направляются также беременные, у которых можно ожидать осложнения в родах (двойня, переношенная беременность и др.).

К каждому колхозному родильному дому прикрепляется врач участковой больницы для руководства и контроля за работой. Врач выезжает в колхозный родильный дом в плановом порядке (не реже одного раза в месяц) и в любое время по вызову акушерки.

Основные обязанности акушерки колхозного родильного дома:

а) учет всех беременных и систематическое наблюдение за их здоровьем в течение всей беременности;

б) своевременное выявление заболеваний и осложнений беременности и обеспечение таким женщинам врачебной помощи (направление на консультацию, в стационар, вызов врача);

в) полный охват стационарным родовспоможением в обслуживаемом колхозе (группе колхозов), родовспоможение на дому оказывается в исключительных случаях;

г) патронаж беременных, родильниц и детей до года, наблюдение за их здоровьем, обучение правилам гигиены, уходу за детьми и др.;

д) выявление гинекологических больных и направление их к врачу, проведение лечебных процедур по назначению врача, участие в профилактических осмотрах женщин;

е) санитарно-просветительная работа, проведение мер по устранению недочетов в условиях труда, выявление нуждающихся в социально-правовой помощи и др.

Акушерка выдает колхозницам отпуск за месяц до родов и на месяц после родов (приложение 3). Родильницам акушерка выдает справку о рождении ребенка для регистрации его в загсе.

В колхозном родильном доме ведется дневник (приложение 4). Книга записи приема больных и рожениц. В обязательном порядке заполняется история родов (приложение 5). Роды на дому учитываются путем записи в специальную книгу (приложение 6).

Патронаж детей до года и беременных учитывается по специальным учетным формам (приложение 2).

Акушерка колхозного родильного дома периодически отчитывается о своей работе перед районным отделом здравоохранения, правлением колхоза или общим собранием колхозников.

ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЕ ПУНКТЫ

Фельдшерско-акушерский пункт является типовым учреждением, широко распространенным в сельских местностях. Фельдшерско-акушерские пункты организуются в селах, при МТС, совхозах, леспромхозах.

Большинство фельдшерско-акушерских пунктов коек не имеет и работает по типу амбулаторных учреждений. Здание фельдшерско-акушерского пункта разделено на две части (с отдельными входами): 1) фельдшерская часть для общего приема больных, 2) акушерская часть для приема беременных и гинекологических больных. В эту часть помещения входят прихожая (сени), ожидальная и кабинет акушерки.

Работой акушерки фельдшерско-акушерского пункта руководит врач участковой больницы (или акушер-гинеколог районной больницы).

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта так же, как и акушерка колхозного родильного дома, выполняет почетную и ответственную работу по охране здоровья женщин и детей. Обязанности акушерки фельдшерско-акушерского пункта многочисленны и в основном не отличаются от обязанностей акушерки колхозного родильного дома (стр. 408).

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта также проводит учет всех беременных и наблюдение за ними, выявляет женщин с осложненной беременностью и организует им врачебную помощь, осуществляет патронаж беременных, родильниц и детей до года, ведет санитарно-просветительную работу, проводит меры по улучшению гигиенических условий труда и быта, направляет к социально-правовому работнику женщины, нуждающихся в такой помощи, и др.

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта направляет в стационар на роды всех беременных обслуживаемого района.

Роды на дому акушерка проводит только в тех исключительных случаях, когда женщина не может поехать в родильный дом по той или иной причине.

Проведение неосложненных родов на дому представляет собой серьезную и ответственную задачу. Ответственность состоит в том, что в домашних условиях необходимо создать строжайшую чистоту и выполнить все условия асептики и антисептики, принятые для стационарного родовспоможения.

Для проведения родов выбирают чистую и светлую комнату, выносят из нее лишнюю мебель, проветривают, проводят тщательную влажную уборку. Для проведения родов в комнате оставляют кровать с деревянным настилом или широкую скамью, 2—3 табуретки, столик для инструментов. Вся мебель должна быть тщательно вымыта. Заранее готовят чистое, проглаженное горячим утюгом белье для матери (простыни, рубашки, косынки и др.) и ребенка (пеленки, распашонки), наволочки, чистые одеяла и др.; белье заворачивают в чистую материю и хранят до родов в чистом, сухом месте. Выделяют чистое ведро, кувшин, тазик для ребенка (для оживления в случае асфиксии).

Перед приемом родов на кровать кладут матрац, который застилают клеенкой, простыней и стерильной или тщательно проутюженной подкладной подстилкой.

При появлении первых схваток роженицу моют с мылом под струей теплой воды, ногти на руках и ногах коротко обрезают, надевают чистое белье и укладывают на кровать.

Вся указанная подготовительная работа должна быть проведена родственниками роженицы; акушерка должна беречь руки от загрязнения.

Акушерка дает указание, чтобы приготовили запас кипяченой воды (горячей и остуженной) и большую кастрюлю для кипячения.

Выезжая на роды, акушерка берет с собой акушерскую сумку, в которой содержатся инструменты, предметы ухода, медикаменты, белье, стерильный материал.

Список предметов, входящих в акушерскую сумку

1. Зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 16 см	2
2. Иглы хирургические	6
3. Иглодержатели с кольцевыми ручками и кремальерой длиной 20 см	1
4. Катетеры уретральные мужские металлические	1
5. Кетгут в ампулах	1
6. Ножницы хирургические прямые 14 см	1
7. Ножницы для пересечения пуповины	1
8. Пинцеты анатомические длиной 13 см	2
9. Стерилизаторы с сеткой для инструментов	1
10. Стетоскопы акушерские	1
11. Тазомер	1
12. Шелк хирургический в ампулах	1
13. Шприц «Рекорд» емкостью 2 мл с 4 иглами	1
14. Катетеры резиновые	1
15. Кружка Эсмарха с прибором	1
16. Лента сантиметровая	1
17. Наконечники клистирные	2

18. Наконечники маточные	1
19. Перчатки резиновые	1 пара
20. Пипетки глазные	2
21. Спринцовки резиновые	1
22. Пузыри резиновые для льда	1
23. Стаканы для приема лекарства с внутренней градуиров- кой емкостью 30 мл.	1
24. Термометры в деревянной оправе для воды	1
25. Термометры максимальные	1

Перевязочный материал

1. Бинты стерильные марлевые	2
2. Вата гигроскопическая	200 г
3. Лигатура для перевязки пуповины (шелк)	1 моток
4. Марля	1,5 м

Белье

1. Клеенка подкладная.	1 м
2. Пеленки-подстилки	7
3. Полотенца	2
4. Простыни	2
5. Рубашки женские	2
6. Халаты	1
7. Судна подкладные	1
8. Мыло	1 кусок
9. Щетки ручные	2
10. Мыльницы	1

Медикаменты

1. Вазелиновое масло	25 г
2. Камфарное масло в ампулах	12
3. Марганцовокислый калий	5 г
4. Настойка йода	20 »
5. Настойка валерьяны	5 »
6. Поваренная соль по 0,5 г	5 таблеток
7. Раствор азотнокислого серебра 2% (свежий)	5 г
8. Раствор кофеина в ампулах	10
9. Раствор морфина в ампулах	4
10. Сернокислая магнезия	60 г
11. Спирт денатурированный	50 »
12. Сулема в таблетках	12
13. Эрготин в ампулах	6

Приехав к роженице, акушерка проверяет подготовку помещения и всех предметов, необходимых для проведения родов, моет руки с щеткой и мылом, надевает халат, ставит роженице клизму, сбривает ей волосы с наружных половых органов и обмывает их теплым дезинфицирующим раствором.

Наблюдение за роженицей, приемка родов, туалет новорожденного, ведение последового периода производятся по общим правилам (так же, как в стационаре). При проведении родов акушерке помогает женщина, которой она дает наставления.

После родов акушерка следит за состоянием родильницы и новорожденного 3—4 часа. После этого при хорошем состоянии матери и ребенка акушерка оставляет их на попечение родственников. В дальнейшем акушерка систематически наблюдает за состоянием родильницы и новорожденного.

Если при проведении родов на дому возникают осложнения, акушерка вызывает врача или доставляет роженицу на удобном виде транспорта в больницу, сопровождая ее лично. Вопрос о том, вызвать врача или везти роженицу, решается в зависимости от характера осложнения, состояния женщины, наличия хорошего транспорта и т. д.

В неотложных случаях при невозможности быстро вызвать врача акушерка может произвести рассечение промежности, поворот на ножку при полном открытии зева и целых водах, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение последа и его частей, зашивание разрыва промежности первой и второй степени.

Акушерка фельдшерско-акушерского пункта обязана заполнять дневник работы, историю родов, книгу родовспоможений на дому, тетрадь для записи патронажных посещений беременных и детей до года. Акушерка участвует в составлении сводного отчета фельдшерско-акушерского пункта.

Акушерки в нашей стране играют исключительно большую роль в организации мер охраны здоровья матери и ребенка и в повседневном повышении качества этого важнейшего раздела советского здравоохранения. Особенно большие и ответственные задачи решают акушерки, работающие в сельских местностях. Акушерка в сельской местности должна уметь самостоятельно разбираться в вопросах диагностики осложнений беременности и родов и уметь вовремя оказать необходимую помощь в неотложных случаях. Поэтому акушерка должна обладать хорошей общемедицинской подготовкой и отличными знаниями в области акушерства. Большое значение имеет общая культура акушерки, ее организаторские способности, любовь к избранной специальности.

Огромные успехи в деле охраны здоровья женщин и детей в нашей стране достигнуты при активном участии акушерок, являющихся лучшими помощниками врачей.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ I

КАРТА БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ

Дата _____ 19 г.

Наименование и адрес учреждения _____

Работает сама (подчеркнуть) _____ на иждивении (у кого) _____

Фамилия, имя, отчество _____, возраст _____ лет _____

Явилась: 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: область (край), АССР _____, район _____,
населенный пункт _____, улица (пер.) _____,
дом № _____, кв. № _____

Живет постоянно в городе, на селе (подчеркнуть)

Условия жизни и питания _____

Работает по найму с _____ лет _____

Место работы беременной (родильницы)¹ _____

Характер производства _____

Детальная профессия (должность) _____

Условия труда _____
(отметить характер помещения, условия работы)

Работает ли теперь: да, нет (подчеркнуть)

¹ Если беременная (родильница) не работает, указать только место работы лица, на иждивении которого она находится.

Сведения о беременностях

№ п/п	В каком году	Чем кончилась беременность				Ребенок живой, мертвый, мацерированный	Сколько времени кормила грудью	Жив ли ребенок теперь	Роды произошли		Если дома, то кто принимал
		выкидышем самопроизвольным	искусственным выкидышем	преждевременными родами	срочными родами				в родильном доме	дома	
1											
2											
3											
4											
5											
6											

Первые менструации с _____ лет; установились сразу, через _____ лет, шли по _____ суток, через _____ недель, 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, 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 _____

Наружное исследование: _____ Внутреннее исследование: _____

Высота дна матки _____ Влагалище _____

Положение плода, позиция и вид _____ Шейка матки _____

Предлежание _____ Тело матки, величина его _____

Сердцебиение _____ Придатки и околоплодное пространство _____

Шевеление плода _____ ство _____

Наружные половые органы _____ Особенности _____

Диагноз: беременна на _____ месяце Предполагаемый срок родов _____

Дан отпуск по беременности с _____ числа _____ мес. 19 _____ г.

по _____ число _____ мес. _____ 19 _____ г.

Отметки терапевта, венеролога и других специалистов

Лабораторные исследования

Кровяное давление _____

Моча _____

Влагалищная флора _____

Реакция влагалищного секрета: кислая, щелочная _____

Специальные способы исследования (рентгеновское просвечивание, реакция Вас-сермана и др.) _____

1) _____

2) _____

3) _____

Дата	Течение беременности и данные патронажного наблюдения	Совет

Сведения родильного дома или акушерки (если родила дома) о родах

Когда произошли роды _____

Родила дома, в родовспомогательном учреждении (подчеркнуть), _____

в каком _____

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ФОРМЫ УЧЕТА ПАТРОНАЖА БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

1. Форма учета (№ 75-б) патронажа беременных

Фамилия _____, имя _____, отчество _____

Адрес _____ Возраст _____

На каком месяце беременности взята на учет _____

Взята на учет (дата) _____ Снята с учета (дата) _____

Беременность окончилась _____
(родами, абортom—вписать; здесь же делается отметка в случае смерти беременной или переезда в другой район)

Дата посещения	Результат наблюдения	Дата посещения	Результат наблюдения
1	2	1	2

2. Форма учета (№ 75-а) патронажа детей до 1 года

Фамилия _____, имя _____, отчество _____

Адрес _____

Дата рождения (год, месяц, число) _____

Взят на учет _____ (дата) Выбыл из-под наблюдения _____ (дата)

Причина выбытия _____

Дата посещения	Результат наблюдения	Дата посещения	Результат наблюдения
1	2	1	2

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ФОРМЫ СПРАВКИ ДЛЯ КОЛХОЗНИЦ ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА

Учетная форма № 289-а

Контрольный талон к справке №

Справка дана колхознице колхоза _____

(наименование колхоза)

(фамилия, имя, отчество)

на получение родового отпуска

с « _____ » 195 г. до родов

Подпись _____

« _____ » 195 г.

Справку получила _____ (подпись)

Освобождена от работы

с « _____ » 195 г.

Роды произошли

« _____ » 195 г.

в лечебном учреждении _____

наименование учреждения, дома (подчеркнуть)

_____ АССР, край, область,
район _____, город _____,
_____ село

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

СПРАВКА №

Дана колхознице колхоза _____

(наименование колхоза)

(фамилия, имя, отчество)

в том, что у нее имеется беременность сроком в _____ недель и в соответствии с Уставом сельскохозяйственной артели она должна быть освобождена от работы в колхозе до родов с « _____ » 195 г.

Справка дана для представления в правление колхоза

« _____ » 195 г.

(должность)

(подпись)

Место печати

Контрольный талон к справке №

Дана колхознице колхоза _____

(наименование колхоза)

(фамилия, имя, отчество)

родившей « »

195 г., на получение послеродового отпуска с

« » 195 г.

по « » 195 г.

Подпись _____

Справку получила _____
(подпись)

_____ АССР, край, область,

район _____, город _____,

_____ село

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

СПРАВКА №

Дана колхознице колхоза _____

(наименование колхоза)

(фамилия, имя, отчество)

в том, что она родила « » 195 г. и в соответствии с Уставом сельскохозяйственной артели должна быть освобождена после родов от работы в колхозе с « » 195 г. по « » 195 г.

Справка дана для представления в правление колхоза

(должность)

(подпись)

« » 195 г.

Место печати

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ДНЕВНИК РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА КОЛХОЗНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

за _____ месяца 195 г.

Число месяца	Амбулаторная работа		Помощь на дому				
	всего посещений	кроме того, сделано посещений беременными	всего посещений	в том числе патронажных посещений		принято родов всего	в том числе без последующей госпитализации
				к детям	к беременным		
1	2	3	4	5	6	7	8

**КНИГА ЗАПИСИ ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И РОЖЕНИЦ
В СТАЦИОНАР ПРИ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ
И КОЛХОЗНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ**
(учетная форма № 106)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Постоянное место жительства, адрес	Диагноз	Дата		Состояние при выписке или причина смерти	Дата родов	Сведения о новорожденных		
					поступления	выбытия или смерти			родился		умер в родильном доме, доношенный, недоношенный (вписать)
									живым, доношенным (вписать)	мертвым	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**ИСТОРИЯ РОДОВ ДЛЯ КОЛХОЗНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА,
ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА**
(учетная форма № 105)

Фамилия, имя, отчество _____

Место жительства _____
(район, село, колхоз и т. д.)

Поступила _____ 19 ____ г. Выписана _____ 19 ____ г.
(число, месяц) (число, месяц)

Возраст _____, национальность _____

Было родов в срок _____, преждевременных _____, аборт(ов) _____

Родила живых _____, мертворожденных _____

Данные исследования

Размеры таза: d. spinarum—d. cristarum—d. trochanterica—c. externa—c. diagonalis —

Окружность живота _____, высота матки _____

Положение плода _____, сердцебиение _____

Предлежащая часть _____, где находится _____

Выделения из влагалища _____

Роды

Схватки начались _____, воды отошли _____
(число, час) (число, час, мин.)

Младенец родился _____ час. _____ мин. _____ числа _____ месяца

Послед вышел через _____ час. _____ мин. _____ Детское место все, под сомнением (подчеркнуть). Оболочки отделились все, под сомнением (подчеркнуть)

Роды в срок, преждевременные (подчеркнуть)

Обезболивание, чем _____, результат _____

Особенности течения родов и пособие _____

Состояние промежности: цела, нарушена (подчеркнуть)

Плод

Мальчик, девочка (подчеркнуть)

Живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть)

Вес _____ кг, рост _____ см.

Особенности плода _____

ДНЕВНИК

Число месяца	День после родов	Температура у матери		Течение послеродового периода	Состояние новорожденного	Назначения	
		утро	вечер			матери	новорожденному

Если переведена в больницу, то по какому поводу _____

Состояние при выписке: матери _____

ребенка _____

Заведующий колхозным родильным домом _____ (подпись)

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом _____ (подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

КНИГА ЗАПИСИ РОДОВСПОМОЖЕНИЙ НА ДОМУ

(учетная форма № 32)

Начата _____ 19 ____ г. Закончена _____ 19 ____ г.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество роженицы	Адрес (постоянное место жительства)	Когда произошли роды	Течение родов, особенное	Роды в срок или преждевременные	Сведения о новорожденном			Кем оказана помощь в родах — врачом, акушеркой (вписать и указать фамилию)	Отметка о переводе в больницу (родильный дом), дата	Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состоянии родильницы и оказанных пособиях
						родился	пол	рост			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ИНСТРУКЦИЯ О РАБОТЕ КОЛХОЗНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА¹

I. ОСНОВНЫЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ

1. Колхозный родильный дом должен иметь помещения, необходимые для правильной работы акушерского стационара:

- а) теплые сени или переднюю (7—8 м²);
 - б) смотровую-душевую, предназначенную для осмотра и санитарной обработки рожениц (12—14 м²);
 - в) послеродовую палату (в родильном доме на 3 койки — примерно в 24 м²).
- Кроме того, должна быть устроена кухня для приготовления пищи родильницам и теплая уборная.

2. Оборудование родильного дома должно соответствовать утвержденному таблице медицинского и хозяйственного оборудования колхозного родильного дома.

3. Земельный участок, на котором находится колхозный родильный дом, следует содержать в чистоте и озеленить; в зимнее время ко входу в родильный дом расчищать дорожку и посыпать песком.

4. Стены смотровой-душевой, родовой и послеродовой палат должны быть оштукатурены. Побелку стен необходимо производить не реже 2 раз в год. Родовую рекомендуют красить светлой масляной краской.

5. Окна во всех помещениях родильного дома должны иметь форточки для систематического проветривания во все времена года. В теплое время года в окна палат, кухни и других помещений должны быть вставлены сетки.

6. Температура в помещениях родильного дома должна поддерживаться в пределах 20°.

7. Уборка помещений родильного дома производится ежедневно влажным способом.

8. Столовую и чайную посуду надлежит хранить в закрытом буфете (желательно на кухне). После употребления посуда моется горячей водой, обливается кипятком и просушивается.

9. Чистое белье хранится в отдельном бельевом шкафу (может помещаться в приемной).

10. Грязное белье хранится в баке или в деревянном ящике с крышкой, окрашенном внутри масляной краской. Ящик (бак) по опорожнении моется теплой водой с мылом и дезинфицируется.

11. Белье родильного дома должно при стирке кипятиться и после стирки обязательно проглаживаться горячим утюгом. Пеленки следует повторно проглаживать перед употреблением.

12. Поседы после осмотра их акушеркой немедленно выносятся санитаркой из родовой палаты и подлежат закапыванию в землю на глубине не менее 1 м или должны сжигаться.

П р и м е ч а н и е. Место для закапывания послецов должно быть установлено санитарным фельдшером сельской участковой больницы.

13. Мусор собирается в мусорный ящик с крышкой, а отбросы — в прикрытую выгребную яму, удаленную не менее чем на 50 м от здания родильного дома.

14. При каждой кровати должно быть подкладное судно для индивидуального пользования. Подкладные судна следует держать на деревянных (окрашенных масляной краской) подставках. Ставить судна на пол не разрешается. Судна после употребления промываются водой и споласкиваются дезинфицирующим раствором.

15. Клеенчатый тюфяк на кушетке в смотровой ежедневно моется теплой водой с мылом, а после осмотра каждой женщины протирается дезинфицирующим раствором. Перед осмотром вновь поступающей женщины кушетка застилается чистой подстилкой.

16. После перевода родильницы из родовой палаты в послеродовую, а также после выписки родильницы и новорожденного производится следующая санитарная обработка:

- а) белье снимается и поступает в стирку; клеенчатые тюфяки, подкладные клеенки, а также клеенки, покрывающие матрац, моются теплой водой с мылом, протираются дезинфицирующим раствором и осушиваются;

- б) матрацы, теплые одеяла и подушки выносятся во двор, вытряхиваются и проветриваются;

¹ Составлена при участии Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР.

в) подкладные судна чистятся песком или золой, моются горячей водой, обмываются дезинфицирующим раствором и высушиваются;

г) койки и прикроватные столики моются горячей водой с мылом; койки после мытья протираются дезинфицирующим раствором;

д) моются окна, панели и пол.

17. После временного закрытия родильного дома для дезинфекции прием рожениц вновь допускается только с разрешения главного санитарного врача района.

18. Акушерка и санитарка должны тщательно соблюдать правила личной гигиены как во время нахождения на работе, так и в быту (частое мытье и смена белья и платья, ношение чистых, хорошо проглаженных халатов и косынок при работе в родильном доме, выделение особого халата санитарке для работы на кухне и т. д.).

19. Персонал колхозного родильного дома должен избегать соприкосновения с инфекционными больными, с лицами, имеющими гнойно-воспалительные процессы, и т. д.

При неизбежном соприкосновении с такими больными акушерка и санитарка должны особо тщательно вымыться горячей водой с мылом, сменить все белье и одежду, обработать руки дезинфицирующим раствором.

20. Акушерка колхозного родильного дома должна в основном заниматься оказанием акушерско-гинекологической помощи женщинам и патронажем детей до 1 года; при необходимости оказывать неотложную медицинскую помощь. О каждом инфекционном заболевании (или заболевании, подозрительном на инфекцию) акушерка немедленно сообщает заведующему сельской участковой больницей или амбулаторией.

21. В своей медицинской работе акушерка руководствуется указаниями заведующего сельской участковой больницей (амбулаторией) и акушера-гинеколога районной больницы.

II. ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ АКУШЕРКИ

Основными обязанностями акушерки колхозного родильного дома являются:

а) выявление среди обслуживаемого родильным домом населения всех беременных и взятие их на учет в ранние сроки беременности;

б) наблюдение за состоянием здоровья беременных и течением беременности; проведение в отношении беременных лечебно-профилактических мероприятий в целях благоприятного исхода беременности; выявление беременных женщин, нуждающихся в неотложной консультации врача или госпитализации, и своевременное обеспечение им врачебной помощи;

в) определение срока беременности; выдача колхозницам справок для получения ими отпусков по беременности и после родов в соответствии с примерным уставом сельскохозяйственной артели;

г) обеспечение 100% охвата рожениц медицинской помощью в родах путем оказания помощи в колхозном родильном доме, направления на роды в родильное отделение участковой или районной больницы и в отдельных случаях путем оказания помощи при родах на дому (при невозможности приезда роженицы в колхозный родильный дом);

д) наблюдение и уход за родильницами и новорожденными детьми во время пребывания их в колхозном родильном доме; оказание им в случае необходимости лечебной помощи;

е) наблюдение за родильницами на дому после выписки их из родильного дома, а также наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей до 1 года;

ж) выявление гинекологических больных, направление их к врачу и проведение лечения по назначению врача;

з) ведение историй родов и других документов; представление заведующему сельской участковой больницей (амбулаторией) отчета о работе колхозного родильного дома в установленный срок;

и) проведение среди населения колхоза санитарно-просветительной работы. Организация женского санитарного актива при МТС, совхозе и колхозе и руководство его работой в области охраны материнства и детства;

к) выполнение административно-хозяйственных обязанностей как заведующей колхозным родильным домом.

III. ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ, РОДИЛЬНИЦАМ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

(Консультационная работа акушерки)

Оказание медицинской помощи беременным и родильницам

1. Акушерка колхозного родильного дома выявляет среди населения обслуживаемого участка всех беременных женщин в возможно ранние сроки. Это достигается путем санитарно-просветительной работы, подворных обходов, патронажа, использования помощи общественного актива и т. д.

2. Акушерка принимает беременных и родильниц в предназначенной для этой цели комнате колхозного родильного дома (консультации), а также обследует их на дому при патронажном посещении.

3. Акушерка колхозного родильного дома при первом обращении к ней беременной выполняет следующее:

а) собирает анамнез, обращая особое внимание на течение и исход предшествующих беременностей и родов, вес новорожденных, на наличие в прошлом мертворождений и смерти новорожденных в первые часы и дни их жизни, а также на общие заболевания беременной;

б) выясняет особенности течения настоящей беременности;

в) производит общий наружный осмотр беременной;

г) производит наружное акушерское обследование беременной, измеряет таз, определяет высоту стояния дна матки, окружность живота, а во второй половине беременности определяет положение плода, предлежащую часть его, выслушивает сердцебиение плода;

д) производит влагалищное исследование в первой половине беременности: определяет величину матки, наличие и срок беременности, измеряет диагональную конъюгату.

П р и м е ч а н и я. 1. Влагалищное исследование производится в консультации максимально осторожно, с особо строгим соблюдением правил асептики.

2. Влагалищное исследование во второй половине беременности производится акушеркой только по показаниям: для уточнения диагноза в случае неясного положения плода, при суженном тазе и др.;

е) выслушивает легкие, сердце, измеряет артериальное давление;

ж) проводит анализ мочи на белок кипячением и посылает почтой в ближайшую лабораторию высушенную сыворотку крови для исследования на сифилис.

Высушивание и пересылка сыворотки проводятся следующим образом.

Взятие крови производится натощак или не ранее 4 часов после приема пищи.

Кровь берут из локтевой вены при строгом соблюдении условий асептики. Нельзя брать кровь у лихорадящих и после употребления спиртных напитков.

Взятая в сухую пробирку кровь в количестве 5—6 мл должна стоять два часа при комнатной температуре для образования кровавого сгустка. Последний отделяется от стенок пробирки прокаленной металлической проволокой или тонкой стеклянной палочкой, после чего кровь помещается на холод (но не на мороз). На следующий день сыворотка сливается через край пробирки или переносится пипеткой с баллончиком в сухую пробирку.

Сыворотку набирают шприцем с иглой или градуированной пипеткой в количестве 0,5 мл и наносят на вошаную бумагу (сложенную вдвое) или на полосу целлофана размером 8×10 см. Следует точно указать количество высушиваемой сыворотки. Сыворотку на вошанке или целлофане оставляют до следующего дня при комнатной температуре, защищенную от пыли и мух. Сыворотка засыхает в виде небольшой желтой пленки; вошанку или целлофан с высушенной сывороткой свертывают в виде аптечного порошка, на котором надписывают фамилию, имя больного и дату взятия крови; завернутые таким образом и подписанные высушенные сыворотки вкладывают в конверт с сопроводительным списком фамилий больных и указанием предполагаемого диагноза. Конверт с высушенными сыворотками отправляется почтой или нарочным в ближайшую серологическую лабораторию. Следует помнить, что высушивать надо сыворотку, а не кровь. При отсутствии вошанки или целлофана можно сыворотку высушивать на предметном стекле, хотя этот метод значительно хуже, так как с предметных стекол высушенная сыворотка соскабливается с трудом. Помимо этого, при пересылке почтой предметные стекла легко могут ломаться. Не рекомендуется высушивать сыворотку на обычной бумаге. Между взятием крови и исследованием высушенной сыворотки должно пройти не более 10 дней. Даже при десятидневном сроке хранения высушенных сывороток отмечается переход положительных реакций в отрицательные — в 10% реакции Вассермана и в 1—2% цитохолоевой реакции.

4. При повторных осмотрах беременной акушерка производит общий наружный осмотр, обращая особое внимание на наличие отеков, наружное акушерское исследование, измерение артериального давления, пробу мочи на белок, которую повторяет каждые 2 месяца при сроке беременности до 6 месяцев и каждый месяц при сроке свыше 6 месяцев.

5. Каждую беременную женщину акушерка осматривает за время беременности примерно 6—8 раз, причем в последние 2 месяца осмотр производится каждые 2 недели.

6. Акушерка выдает колхозницам справки, согласно существующему положению, для освобождения их от работы до родов. Акушерка принимает меры к переводу беременной колхозницы на более легкую работу, учитывая состояние ее здоровья и характер выполняемой работы.

7. Со всеми беременными акушерка проводит индивидуальные занятия по психо-профилактической подготовке к родам, согласно инструкции.

8. Каждая беременная женщина, взятая на учет акушеркой, должна быть осмотрена врачом:

а) здоровых женщин с нормально протекающей беременностью акушерка показывает врачу при его плановом приезде в колхозный родильный дом;

б) женщин с патологическим течением беременности акушерка немедленно направляет к врачу, не дожидаясь его приезда в колхозный родильный дом (больных туберкулезом, жалующихся на одышку, имеющих отеки, нарушения зрения, при наличии белка в моче, при частой рвоте, при кровянистых выделениях в любом сроке беременности, при неясном положении плода и пр.).

9. Акушерка заблаговременно выявляет в семье беременной больных инфекционными заболеваниями, больных с гнойными ранами, гнойничковыми поражениями кожи. В этих случаях акушерка дает беременной указания, каким образом она должна предохранить себя от заражения.

10. Все данные опроса и обследования беременной записываются акушеркой и врачом в «Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта» (учетная форма № 75-б).

11. Акушерка направляет до начала родов во врачебный стационар женщин со следующими осложнениями:

а) с неправильным положением или тазовым предлежанием плода;

б) с сужением таза (при наружной конъюгате в 18 см и ниже) или при неправильной форме таза;

в) при многоводии и многоплодии;

г) с заболеваниями внутренних органов (особенно сердца);

д) при наличии новообразований половой сферы;

е) при кровотечении из половых органов;

ж) перенесших операцию кесарева сечения и пр.

Примечание. Вопрос о том, в какое медицинское учреждение следует направить этих беременных на роды, должен быть разрешен акушеркой заранее, совместно с врачом сельской участковой больницы (амбулатории).

Оказание медицинской помощи гинекологическим больным

12. Акушерка ведет амбулаторный прием женщин, обращающихся к ней по поводу гинекологических заболеваний.

13. По согласованию с заведующим сельской участковой больницей (амбулаторией) акушерка колхозного родильного дома проводит 1—2 раза в год самостоятельно или совместно с врачом профилактические акушерско-гинекологические осмотры женщин. Перед этим осмотром акушерка проводит подворные обходы, ведет среди населения беседы о задачах осмотра, важности своевременного выявления женщины, болеющих гинекологическими заболеваниями и особенно имеющих новообразования.

14. При профилактическом осмотре женщин акушерка выясняет жалобы женщин, состояние молочных желез, наружных и внутренних половых органов, обязательно применяя для исследования влагалищное зеркало.

15. Акушерка направляет к врачу участковой больницы всех женщин, у которых на амбулаторном приеме или при профилактическом осмотре обнаружены изменения со стороны молочных желез или половых органов (опухоли, эрозии и полипы шейки матки, кровянистые выделения из половых путей и др.).

16. Акушерка проводит лечение гинекологических больных только по назначению врача за исключением оказания первой помощи. Акушерка ведет наблюдение за гинекологическими больными своего участка.

Патронаж женщин и обслуживание детей раннего возраста

17. Акушерка колхозного родильного дома проводит патронаж беременных, родильниц, гинекологических больных, а также детей до 1 года жизни с целью выявления состояния их здоровья, проверки выполнения ранее предписанных назначений и режима, обучения женщин правилам личной гигиены и ухода за ребенком, соблюдения правильного режима кормления, а также с целью ознакомления с жилищно-бытовыми условиями женщин и детей (дает советы по улучшению жилищно-бытовых условий).

18. Частота патронажных посещений беременных и гинекологических больных устанавливается акушеркой в зависимости от состояния здоровья женщины, особенностей условий их жизни и т. д.

19. Каждую родильницу после выписки ее из колхозного родильного дома (больницы) акушерка посещает на дому примерно 2—3 раза, а в случае необходимости и больше. Первое посещение должно быть проведено не позднее 3-го дня после выписки женщины из стационара после родов. Обязательно также и посещение родильницы, не имеющей новорожденного ребенка.

20. Акушерка проводит патронаж всех детей до 1 года жизни, посещая их на дому в первые два месяца жизни каждые 2 недели, а в дальнейшем примерно 1 раз в месяц; заболевших детей акушерка направляет к врачу.

21. По заданию врача участковой больницы (амбулатории) акушерка колхозного родильного дома проводит первичное оспопрививание всем детям, а также ведет наблюдение за состоянием яслей в обслуживаемом ею колхозе (периодически проводит осмотр детей, проверяет правильность режима, качество питания и т. д.).

22. В случае выявления инфекционного заболевания у детей в яслях или в семье акушерка немедленно сообщает об этом врачу и принимает первые меры для предупреждения распространения заболевания.

Санитарно-просветительная работа

23. Акушерка ведет санитарно-просветительную работу среди населения колхоза непосредственно в колхозном родильном доме, на дому у женщин, в колхозном клубе, избечитальне и т. д. Основными формами санитарно-просветительной работы являются индивидуальные и групповые беседы.

24. При проведении санитарно-просветительной работы акушерка уделяет особое внимание следующим темам:

- а) забота о матери и ребенке в СССР;
- б) значение родильного дома в охране здоровья матери и ребенка;
- в) гигиена беременности;
- г) гигиена послеродового периода;
- д) уход за новорожденным ребенком;
- е) кормление детей до 1 года;
- ж) предупреждение детских инфекционных заболеваний;
- з) личная гигиена женщины; профилактика гинекологических заболеваний;
- и) гонорея женщины;
- к) вред и опасность аборта и пр.

IV. РАБОТА АКУШЕРКИ В СТАЦИОНАРЕ

Прием роженицы и санитарная подготовка ее

1. Поступающая в родильный дом роженица снимает с себя в приемной (теплых сенях) верхнюю одежду и в сопровождении санитарки проходит в смотровую-душевую. Вся одежда и обувь роженицы передаются провожатым.

Примечание. Сопровождающие роженицу лица дальше приемной не допускаются. Не разрешается также в дальнейшем посещение родильниц. Не рекомендуется отпускать сопровождающих роженицу лиц до тех пор, пока роженица не будет осмотрена акушеркой.

2. В смотровой-душевой акушерка измеряет роженице температуру, сосчитывает пульс, выясняет общее состояние роженицы, производит наружный осмотр (выясняет, нет ли на коже роженицы сыпи, гнойников, осматривает зев и т. д.), производит наружное акушерское исследование, измеряет таз, исследует мочу на белок.

3. Роженицу, принятую в колхозный родильный дом, акушерка записывает в журнал и заводит на нее историю родов.

4. Санитарная обработка роженицы проводится в следующем порядке:

- а) прочесываются волосы на голове частым гребешком, хранящимся в банке с обеззараживающим раствором;
- б) подстригаются ногти на руках и ногах;
- в) ставится очистительная клизма;
- г) после опорожнения кишечника у роженицы сбриваются волосы на наружных половых органах с последующим обмыванием их и области заднего прохода дезинфицирующим раствором;
- д) производится мытье всего тела струей теплой воды с мылом и мочалкой (обязательно моется голова).

Примечания. 1. Мытье роженицы в ванне, а также спринцевание влагалища не допускаются.

2. При необходимости волосистые части обрабатываются дезинфицирующим раствором.

5. Санитарная обработка роженицы производится акушеркой с помощью санитарки. Подстригание ногтей, вычесывание и мытье головы, обмывание тела, клизма выполняются санитаркой под наблюдением акушерки.

6. Все необходимые для санитарной обработки предметы, как-то: щетки для рук, наконечники для клизм, мочалка, вата и инструменты, должны находиться в смотровой в стерильном виде и храниться в специально предназначенных закрытых сосу-

дах, банках или кастрюлях. Из этих сосудов они берутся стерильным корнцангом хранящимся отдельно в стерильной банке с обеззараживающим раствором.

7. После санитарной обработки на роженицу надевают чистую рубашку и халат, повязывают ей голову косынкой и переводят в родовую палату.

8. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в колхозном родильном доме не подлежат приему в него роженицы:

- а) с признаками инфекционного заболевания (боль в горле, сыпь и др.);
- б) страдающие фурункулезом и другими кожными заболеваниями, опасными в отношении инфекции для других женщин;
- в) имеющие температуру тела выше 38°.

Эти роженицы, если это допускает их состояние, направляются в сопровождении родственников или акушерки в ближайшую больницу. В противном случае акушерка оказывает им помощь в родах у них на дому.

П р и м е ч а н и е. При невозможности немедленной отправки роженицы акушерка проводит у нее роды и, оказав помощь, отправляет ее в больницу, после чего производит дезинфекцию помещений родильного дома и личную дезинфекцию.

Ведение родов

9. Акушерка колхозного родильного дома ведет за роженицей непрерывное наблюдение, обращая внимание на ее общее состояние, характер родовой деятельности (частоту, регулярность, продолжительность схваток), продвижение предлежащей части плода, сердцебиение плода, время отхождения вод (их количество и качество), характер выделений из влагалища, самостоятельное опорожнение мочевого пузыря и т. д.

Акушерка измеряет температуру тела роженице 2 раза в сутки, а при наличии к тому показаний и чаще (затянувшиеся роды, раннее отхождение вод, озноб и др.). Данные наблюдения акушерка периодически записывает в историю родов.

10. Акушерка производит туалет рожениц (подмывание, смена подстилок) по мере надобности и обязательно после отхождения околоплодных вод и после рождения последа.

11. Обезболивание родов производится акушеркой согласно соответствующей инструкции Министерства здравоохранения СССР.

12. Влагалищное исследование производится акушеркой при поступлении роженицы, при отхождении вод, а также при наличии к тому медицинских показаний (при неясном положении или предлежании плода, при затянувшихся родах, после рождения первого плода при двойнях, при кровотечении, при начавшейся асфиксии плода и др.).

Влагалищное исследование производится акушеркой со строгим соблюдением правил асептики и антисептики (предварительная обработка наружных половых органов роженицы и рук акушерки).

13. При влагалищном исследовании акушерка определяет в последовательном порядке: состояние шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие зева), наличие и состояние плодного пузыря (напряженный, плоский), предлежащую часть (высоту ее стояния и характер вставления); измеряет диагональную конъюгату.

14. Перед оказанием помощи в родах акушерка надевает на свое лицо марлевую маску, обмывает наружные половые органы женщины дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия красно-малиновой окраски, раствор лизоформа 2% 1—2 столовые ложки на кружку и др.), под роженицу подкладывают чистую проглаженную подстилку, обрабатывают свои руки, как для операции.

15. После рождения ребенка акушерка наблюдает за общим состоянием матери, высотой стояния дна матки, кровоотделением, ни в коем случае не применяя массажа матки, давления на нее, потягивания за пуповину и других манипуляций.

16. Для более тщательного учета теряемой крови акушерка подставляет под таз роженицы судно или другую посуду и измеряет количество крови градуированным сосудом или стаканом.

17. Акушерка обязана тщательно осмотреть послед сразу же после его рождения и о результатах осмотра сделать соответствующую запись в истории родов.

18. У всех женщин после рождения последа акушерка обязательно осматривает промежность в целях выявления травмы наружных половых органов и промежности.

19. После родов родильница остается под постоянным наблюдением акушерки не менее 2—3 часов. Акушерка следит за общим состоянием родильницы, пульсом, тоном матки, количеством теряемой крови и т. д.; следит за состоянием новорожденного (окраска покровов, дыхание, состояние культи пуповины).

20. При поступлении в колхозный родильный дом роженицы, у которой акушерка предвидит патологическое течение родов или при выявлении ею осложнений в процессе родов, акушерка обязана немедленно вызвать врача в колхозный родильный дом (по телефону или нарочным, или направить роженицу в больницу, лично ее сопровождая).

Вопрос о том, вызвать ли врача в колхозный родильный дом или перевезти женщину в больницу, решается акушеркой в каждом отдельном случае в зависимости от общего состояния роженицы, характера осложнения, условий транспортировки и т. д.

Не следует транспортировать женщину в больницу с кровотечением в послеродовом периоде и при эклампсии. В этих случаях акушерка, вызвав врача и не дожидаясь его приезда, должна оказать срочную лечебную помощь (ручное отделение последа, а при приступах эклампсии — эфирный наркоз и внутримышечные инъекции магнесии 25% 20,0).

21. При направлении роженицы в больницу акушерка должна принять меры к обеспечению роженицы наиболее удобного для нее вида транспорта.

22. В неотложных случаях при невозможности своевременного приезда врача в колхозный родильный дом или перевозки роженицы в больницу акушерка обязана произвести с соблюдением всех правил асептики и антисептики разрешенные ей законом акушерские операции: поворот плода на ножку при целом пузыре или недавно отошедших водах (при наличии подвижности плода).

Уход за родильницей

23. Акушерка колхозного родильного дома 2 раза в день (утром и вечером) измеряет родильницам температуру тела, сосчитывает пульс, осматривает родильниц и новорожденных и полученные данные записывает в историю родов.

Акушерка производит уборку родильницы 2 раза в день с помощью санитарки: обмывает наружные половые органы, паховые складки и внутреннюю поверхность бедер родильницы, пользуясь отдельным для каждой родильницы длинным прокипяченным корнцангом, которым захватывает стерильные ватные шарики. После уборки родильниц корнцанги подвергаются кипячению.

24. Утром до первого кормления ребенка родильницы умываются с помощью санитарки, которая приносит им теплую воду и мыло. Помимо этого, родильницы моют руки с мылом перед каждым кормлением ребенка и приемом пищи.

25. Уборка палат производится санитаркой ежедневно влажным способом (после туалета родильниц и первого кормления новорожденных).

26. Нательное и постельное белье меняется родильницам за время их обычного пребывания по мере необходимости; подкладные подстилки меняются при каждой уборке родильницы.

27. За время пребывания родильниц в колхозном родильном доме акушерка проводит с ними беседы санитарно-просветительного характера по вопросам гигиены послеродового периода и обучает правилам грудного вскармливания и уходу за новорожденным ребенком.

28. Выписка родильниц домой после срочных нормальных родов при неосложненном послеродовом периоде производится по истечении 8 полных суток со времени родов. В случае необходимости акушерка задерживает родильницу и новорожденного в родильном доме на более длительное время. Отпускать родильницу домой без провожатого строго воспрещается.

29. При выписке родильницы с ребенком акушерка выдает ей справку о рождении ребенка для регистрации в загсе, выдает колхозницам справку о родах для представления ее в правление колхоза на предмет получения послеродового отпуска.

30. В случае заболевания родильницы или новорожденного ребенка акушерка обязана немедленно вызвать врача в колхозный родильный дом.

При инфекционном заболевании родильницы или ребенка, а также при повторном повышении у них температуры тела акушерка обязана до приезда врачей (установление диагноза) изолировать их от прочих родильниц и детей.

Вопрос о переводе заболевших в больницу решается участковым врачом. При необходимости здоровые родильницы с детьми по указанию врача могут быть выписаны домой досрочно, после чего в родильном доме производится дезинфекция. Прием новых рожениц разрешается только по окончании дезинфекции в родильном доме.

Уход за новорожденными детьми

31. После рождения ребенка еще до перевязки пуповины акушерка обязана закапать новорожденному в оба глаза по одной капле 2% (двухпроцентного) раствора азотнокислого серебра (ляписа). Закапывание производится следующим образом:

а) акушерка протирает веки новорожденного сухой стерильной ватой — отдельным тампоном для каждого глаза;

б) слегка оттянув нижнее веко и отодвинув верхнее веко, акушерка выпускает из пипетки на слизистую оболочку века одну каплю 2% (двухпроцентного) раствора ляписа и после этого осторожно отпускает веки. Промывание глаз после закапывания 2% раствора азотнокислого серебра производить не следует.

Примечания. 1. 2% (двухпроцентный) раствор азотнокислого серебра должен быть прозрачным, не содержащим осадка, свежим (не более однойдневной давности изготовления), хранить его надо в пузырьке из темного стекла с притертой пробкой.

2. Пипетки должны быть стерильными, применяться индивидуально для каждого ребенка. Стерилизуются пипетки кипячением.

3. Иметь в колхозном родильном доме раствор азотнокислого серебра крепостью более 2% (двухпроцентного) воспрещается.

32. После прекращения пульсации пуповины акушерка накладывает на нее две лигатуры из стерильной тесьмы: одну на расстоянии 2 см и вторую на 5—6 см от пупочного кольца. Пуповина между этими лигатурами протирается ватным тампоном, смоченным спиртом, и перерезается стерильными ножницами ближе к первой лигатуре. Культи пуповины акушерка обрабатывает спиртом или настойкой йода, после чего на нее накладывает сухую стерильную повязку.

Каждого ребенка после рождения акушерка взвешивает и измеряет его рост сантиметровой лентой.

В дальнейшем взвешивание новорожденного производится ежедневно. На ручки ребенка надеваются клеенчатые браслетки и на шею поверх одеяла надевается клеенчатый медальон с указанием фамилии, имени и отчества матери, пола ребенка и даты его рождения. Данные о весе и росте ребенка акушерка записывает в историю родов. В холодное время года пеленки и одеяла перед завертыванием ребенка следует согреть (грелкой).

33. Из родовой палаты новорожденный переводится в послеродовую одновременно с матерью и содержится в одной палате с ней в отдельной детской кроватке.

34. Первое прикладывание новорожденного к груди производится не позднее чем через 12 часов после родов.

35. Кормление новорожденных производится через каждые 3 часа, между 12 часами ночи и 6 часами утра перерыв в кормлении. Кормление должно длиться не более 30 минут. Оставлять ребенка при матери после кормления воспрещается.

Недоношенных и слабых детей кормят через 2—2½ часа. Плохо сосущий ребенок докармливается с ложечки свежим сцеженным молоком своей матери.

Примечание. В случае применения молокоотсосов или накладок последние обязательно кипятятся перед каждым употреблением.

36. В целях борьбы с опрелостью и кожными заболеваниями необходимо подмывать новорожденных перед каждым кормлением, а по мере надобности и в другое время, а также сменять им пеленки. Пеленки должны быть свежeproглаженными. Подмывание проводится под струей текущей теплой воды температурой в 36—37°.

37. При ежедневном осмотре и пеленании детей акушерка обращает внимание на состояние кожи, глаз и чистоту повязки, наложенной на остаток пуповины.

38. Акушерка ежедневно промывает глаза новорожденного кипяченой водой или 2% (двухпроцентным) раствором борной кислоты при помощи стерильных ватных шариков (для каждого глаза отдельный ватный шарик).

Примечание. При подозрении на бленнорейное воспаление (припухание и покраснение век, обильное отделение гноя) акушерка немедленно принимает меры к изоляции ребенка и матери и срочно вызывает врача в родильный дом.

39. При загрязнении повязки на остатке пуповины акушерка сменяет ее частично (меняет наружный бинт, не трогая внутренние слои повязки). По отпадении пуповины смазывают пупочную ранку настойкой йода. Перед сменой повязки акушерка тщательно моет руки теплой водой с мылом и щеткой и протирает их спиртом или другим дезинфицирующим раствором.

40. При выписке матери акушерка отдает ей новорожденного под расписку в истории родов.

Проведение неосложненных родов на дому

41. При патронажном посещении беременной акушерка подробно знакомится с ее жилищно-бытовыми условиями, дает беременной и ее родственникам советы по подготовке помещения к родам и проверяет в дальнейшем выполнение советов.

42. Советы акушерки по подготовке к родам в домашних условиях заключаются в следующем:

а) выделить для родов наиболее чистую и светлую комнату, заранее вынести из нее лишнюю мебель и вещи, тщательно вымыть ее (пол, двери, подоконники и т. д.), особенно перед родами; ежедневно производить в комнате уборку влажным способом и проветривать ее; если стены комнаты оштукатурены, то желательнее незадолго до родов побелить их;

б) подготовить к родам кровать с деревянным настилом или широкую скамью;

в) подготовить чистое прокипяченное и хорошо проутюженное белье для матери (2—3 простыни, рубашки, полотенца, косынку, тюфячную и подушечную наво-

лочки) и белье для новорожденного; проветрить на свежем воздухе подушки и одеяло;

г) подготовить для новорожденного кроватку или плетеную корзину;
д) незадолго до родов набить тюфячную наволочку соломой или сеном;
е) заранее определить, кто из родственников или соседок будет помогать акушерке во время родов, куда на это время будут переведены из дома дети, как известить акушерку о начале родов и доставить ее к роженице.

43. Акушерка предупреждает беременную и ее родственников, что при появлении схваток необходимо:

а) немедленно сообщить об этом акушерке;
б) вымыть в комнате, где будут происходить роды, пол, обмыть горячей водой с мылом кровать и застелить ее чистым свежeproглаженным бельем;

в) оставить в комнате только одну-двух женщин, которые будут помогать акушерке, а всех остальных членов семьи удалить из комнаты, детей перевести в другой дом;

г) вымыть роженицу с мылом под струей теплой воды (поливая воду из кувшина над тазом или корытом); постричь ей ногти на руках и ногах, надеть на роженицу чистое свежeproглаженное белье, повязать голову косынкой и уложить ее в кровать;
д) приготовить к приезду акушерки запас кипяченой воды горячей и остуженной в большую кастрюлю для кипячения инструментов.

44. Выезжая на роды, акушерка берет с собой акушерскую сумку, содержащую инструменты, предметы ухода, медикаменты и белье, стерильный перевязочный материал и пузырек с 2% (двухпроцентным) раствором азотнокислого серебра.

П р и м е ч а н и я. 1. Акушерская сумка должна постоянно содержаться на пункте в полном порядке и готовности для использования в любое время при оказании помощи на дому.

2. На фельдшерско-акушерском пункте постоянно должен быть стерильный перевязочный материал для родов, хранящийся в биксе после стерилизации (в ближайшей больнице) или в виде стерильного пакета.

В случае отсутствия стерильного материала акушерка по приезду к роженице стерилизует кипячением ватные и марлевые тампоны, тесьму для перевязки пуповины и др.

3. Двухпроцентный раствор азотнокислого серебра должен быть прозрачным, не содержать осадка, свежим (не более однодневной давности изготовления); хранить его надо в пузырьке из темного стекла с притертой пробкой.

45. По приезду к роженице акушерка проверяет выполнение ее наставлений по подготовке помещения, белья, теплой воды, проверяет, вымыта ли женщина и т. д., принимая в случае необходимости соответствующие меры по подготовке к родам.

Родильная кровать ставится так, чтобы к ней можно было подойти со всех сторон.

46. Еще до осмотра роженицы акушерка надевает халат и косынку, тщательно моет руки с мылом щеткой под струей теплой воды и обрабатывает их дезинфицирующим раствором.

47. Акушерка ставит роженице очистительную клизму и после опорожнения у нее кишечника сбрасывает у роженицы волосы с наружных половых органов и затем обмывает их и область заднего прохода дезинфицирующим раствором.

П р и м е ч а н и е. Производить спринцевание влагалища не допускается.

48. Акушерка выясняет общее состояние роженицы, измеряет ей температуру, сосчитывает пульс, производит наружный осмотр, измеряет таз, определяет наружным акушерским исследованием положение плода и подлежащую часть его, выслушивает сердцебиение плода, производит пробу мочи на белок кипячением.

49. Акушерка при наблюдении за роженицей обращает внимание на ее общее состояние, характер родовой деятельности (частоту, регулярность, продолжительность схваток), продвижение плода, сердцебиение плода, время отхождения вод, их количество и качество, самостоятельное опорожнение мочевого пузыря.

П р и м е ч а н и е. Методику проведения родов см. в разделе «Ведение родов».

V. АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННАЯ РАБОТА АКУШЕРКИ КОЛХОЗНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

1. Акушерка колхозного родильного дома отвечает как за медицинскую, так и за административно-хозяйственную работу.

2. Акушерка обеспечивает содержание помещений родильного дома в чистоте и надлежащем порядке.

П р и м е ч а н и е. Пользоваться помещениями родильного дома, предназначенными для обслуживания женщин и детей, для других целей (в качестве жилья и т. д.) воспрещается.

3. Все имущество колхозного родильного дома (медицинское и хозяйственное оборудование) должно быть записано акушеркой в инвентарную книгу. Акушерка ведет наблюдение за состоянием имущества, за его содержанием и несет ответственность за его целостность и сохранность.

П р и м е ч а н и е. Пользоваться имуществом колхозного родильного дома для личных надобностей не разрешается.

4. Акушерка обязана постоянно содержать акушерскую сумку в порядке и в готовности для использования ее в любое время при оказании акушерской помощи на дому.

П р и м е ч а н и е. Пользоваться содержащимися в сумке инструментами, медикаментами, предметами ухода для работы непосредственно в родильном доме не разрешается.

5. Акушерка обеспечивает соблюдение в родильном доме режима, установленного для учреждений родовспоможения. Акушерка принимает меры к своевременному обеспечению колхозного родильного дома топливом, продуктами питания, твердым и мягким инвентарем, медикаментами, а также к производству необходимого ремонта.

6. Акушерка ведет наблюдение за хранением и расходом в родильном доме продуктов, предназначенных для рожениц и родильниц, за приготовлением пищи. Роженицы и родильницы должны получать горячую пищу 3 раза в сутки (завтрак, обед, ужин).

7. Акушерка следит за проведением стирки и глажением белья, за своевременной сменой белья родильницам и новорожденным, за правильным хранением как чистого, так и грязного белья.

8. Акушерка принимает меры по подготовке санитарки для колхозного родильного дома, ведет наблюдение за ее работой, систематически проводит с ней занятия по повышению ее квалификации.

9. Акушерка ведет историю родов и другие медицинские документы по формам, установленным для колхозных родильных домов. Отчет о медицинской работе родильного дома акушерка представляет в районный отдел здравоохранения и заведующему сельским врачебным участком в установленный срок по форме, утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

10. Акушерка периодически отчитывается о работе колхозного родильного дома перед райздравотделом, а также перед правлением колхоза или общим собранием членов колхоза.

11. В своей профилактической деятельности акушерка опирается на помощь общественного актива колхоза.

С изданием настоящей инструкции отменяется инструкция для акушерки колхозного родильного дома, утвержденная Наркомздравом СССР от 2 декабря 1937 г.

Зам. начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР

О. Н и к о н ч и к

П Р И Л О Ж Е Н И Е 8

ИНСТРУКЦИЯ

ПО РАБОТЕ АКУШЕРКИ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

Оказание лечебно-профилактической помощи беременным, родильницам и гинекологическим больным (консультационная работа акушерки)

Оказание медицинской помощи беременным и родильницам

1. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта выявляет среди населения обслуживаемого участка всех беременных женщин в возможно ранние сроки. Это достигается путем санитарно-просветительной работы, подворных обходов, патронажа, использования помощи общественного актива и т. д.

2. Акушерка принимает беременных и родильниц в предназначенной для этой цели комнате пункта, а также обследует их на дому при патронажном посещении.

3. Все данные опроса и обследования беременной записываются акушеркой в «Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта» (учетная форма № 75-б).

1. Акушерка при первом обращении к ней беременной выполняет следующее:
а) собирает анамнез, обращая особое внимание на течение и исход предшествующих беременностей и родов, вес новорожденных, на наличие в прошлом мертворождений и смерти новорожденных в первые часы и дни жизни, а также на общие заболевания беременной;

- б) выясняет особенности течения настоящей беременности;
- в) производит общий наружный осмотр беременной; выслушивает легкие, сердце; измеряет артериальное давление;
- г) производит наружное акушерское обследование беременной: измеряет таз, определяет высоту стояния дна матки, окружность живота, а во второй половине беременности—положение плода, предлежащую часть его; выслушивает сердцебиение плода;
- д) производит влагалищное исследование в первой половине беременности (определяет наличие и срок беременности, измеряет диагональную конъюгату).

П р и м е ч а н и я. 1. Влагалищное исследование акушерка производит максимально осторожно с особо строгим соблюдением правил асептики.

2. Влагалищное исследование во второй половине беременности производится акушеркой только по показаниям; для уточнения диагноза, в случае неясного положения плода, при суженном тазе и др.

е) направляет беременную в ближайшую лабораторию для исследования крови на сифилис и для анализа мочи. При невозможности обращения беременной в лабораторию акушерка производит на пункте пробу мочи на белок кипячением и посылает (почтой или другими видами отправки) в ближайшую лабораторию высушенную сыворотку крови для исследования на сифилис.

Высушивание и пересылка сыворотки проводятся следующим образом:

Взятие крови производится натощак или не ранее 4 часов после приема пищи. Кровь берут из локтевой вены при строгом соблюдении условий асептики. Нельзя брать кровь у лихорадящих и после употребления спиртных напитков. Взятая в сухую пробирку кровь в количестве 5—6 мл должна стоять 2 часа при комнатной температуре для образования кровяного сгустка. Последний отделяется от стенок пробирки прокаленной металлической проволокой или тонкой стеклянной палочкой, после чего кровь помещается на холод (но не на мороз). На следующий день сыворотка сливается через край пробирки в сухую пробирку или переносится в нее пипеткой с баллончиком.

Сыворотку набирают шприцем с иглой или градуированной пипеткой в количестве 0,5 мл и наносят на вощанку бумагу (сложенную вдвое) или на полоску целлофана размером 8×10 см. Следует точно указать количество высушиваемой сыворотки. Сыворотку на вощанке или целлофане оставляют до следующего дня при комнатной температуре, защищенную от пыли и мух. Сыворотка засыхает в виде небольшой желтой пленки. Вощанку или целлофан с высушенной сывороткой свертывают в виде аптечного порошка, на котором надписывают фамилию, имя беременной и дату взятия крови; завернутые таким образом и надписанные высушенные сыворотки вкладывают в конверт с сопроводительным списком фамилий и указанием предполагаемого диагноза. Конверт с высушенными сыворотками отправляется почтой или нарочным в ближайшую серологическую лабораторию. Следует помнить, что высушивать надо сыворотку, а не кровь. При отсутствии вощанки или целлофана можно сыворотку высушивать на предметном стекле, хотя этот метод значительно хуже, так как с предметных стекол высушенная сыворотка соскабливается с трудом. Помимо этого, при пересылке почтой предметные стекла могут ломаться. Не рекомендуется высушивать сыворотку на обычной бумаге.

Между взятием крови и исследованием высушенной сыворотки должно пройти не более 10 дней. Даже при десятидневном сроке хранения высушенных сывороток отмечается переход положительных реакций в отрицательные.

5. При повторных осмотрах беременной акушерка вновь производит общий наружный осмотр (обращая внимание на наличие отеков), наружное акушерское исследование, измерение артериального давления, пробу мочи на белок, которую повторяет каждые 2 месяца при сроке до VI месяцев и каждый месяц при сроке свыше 6 месяцев беременности.

6. Каждую беременную акушерка осматривает за время беременности примерно 6—8 раз, причем в последние 3 месяца—каждые 2 недели.

7. Для освобождения от работы до родов акушерка выдает колхозницам справки только в случаях, когда имеются затруднения осмотра беременной и оформления ей родового отпуска врачом.

Акушерка выдает колхозницам справки, согласно существующему положению, для освобождения их от работы после родов. Акушерка принимает меры к переводу беременных и кормящих грудью колхозниц на более легкую работу с учетом состояния их здоровья и характера выполняемой работы.

8. Каждая беременная женщина, взятая на учет акушеркой, должна быть осмотрена врачом:

а) здоровых женщин с нормально протекающей беременностью акушерка показывает врачу при его плановом посещении фельдшерско-акушерского пункта;

б) больных женщин и женщин с патологическим течением беременности акушерка немедленно направляет к врачу, а именно: больных туберкулезом, жалующихся на одышку, при отеках, нарушении зрения, при наличии белка в моче, при частой рвоте, при кровянистых выделениях в любом сроке беременности, при неясном положении плода в конце беременности и пр.

9. Акушерка принимает меры к тому, чтобы все беременные, находящиеся под ее наблюдением, поступали на роды в родильный дом или в родильное отделение больницы.

10. Акушерка направляет во врачебный стационар беременных до начала родов со следующими осложнениями:

- а) с неправильным положением или тазовым предлежанием плода;
- б) с сужением таза (при наружной конъюгате в 18 см и ниже или при неправильной форме таза);
- в) при многоводии и многоплодии;
- г) с заболеваниями сердца, легких, почек и др.;
- д) при кровотечении из половых органов;
- е) перенесших операцию кесарева сечения;
- ж) при наличии новообразований половой сферы.

П р и м е ч а н и е. Вопрос о том, в какое медицинское учреждение следует направить этих беременных на роды, должен быть разрешен акушеркой заранее, совместно с врачом сельской участковой больницы (амбулатории).

Выявление гинекологических больных и оказание им медицинской помощи

11. Акушерка ведет амбулаторный прием женщин, обращающихся по поводу гинекологических заболеваний.

12. По согласованию с главным врачом участковой больницы акушерка фельдшерско-акушерского пункта проводит 1—2 раза в год самостоятельно или совместно с врачом профилактические акушерско-гинекологические осмотры женщин.

Перед этими осмотрами акушерка проводит подворные обходы, ведет среди населения беседы о задачах осмотров и важности своевременного выявления женщин, болеющих гинекологическими заболеваниями и особенно имеющих новообразования.

13. При профилактическом осмотре женщин акушерка выясняет жалобы женщин, состояния молочных желез, наружных и внутренних половых органов, применяя для исследования влагалитные зеркала.

14. Акушерка направляет к врачу сельской участковой больницы всех женщин, у которых на амбулаторном приеме или при профилактическом осмотре обнаружены изменения со стороны молочных желез или половых органов (эрозии и полипы шейки матки, опухоли, кровянистые выделения из половых путей и др.), контролирует посещение ими врача.

15. Акушерка проводит лечение гинекологических больных только по назначению врача (за исключением случаев оказания первой помощи) и ведет наблюдение за гинекологическими больными своего участка.

Патронаж женщин и детей раннего возраста

16. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта проводит патронаж всех беременных, родильниц, детей до 1 года жизни и гинекологических больных с целью выявления состояния их здоровья, проверки выполнения ранее предписанных назначений и режима, обучения женщин правилам личной гигиены и ухода за ребенком, соблюдения правильного режима кормления, а также с целью ознакомления с жилищно-бытовыми условиями женщин и детей (дает советы по улучшению жилищно-бытовых условий).

17. Частота патронажных посещений беременных и гинекологических больных устанавливается акушеркой в зависимости от состояния здоровья женщин, особенностей условий их жизни и т. д.

18. Каждую родильницу в течение месяца после выписки ее из больницы акушерка посещает на дому примерно 2—3 раза, а в случае необходимости и чаще.

Акушерка посещает родильницу после родов на дому в первые 6—8 дней ежедневно или через день, а в дальнейшем в зависимости от состояния родильницы. Обязательно и посещение родильницы, не имеющей новорожденного ребенка.

19. Акушерка проводит патронаж всех детей до 1 года жизни, посещая их на дому в первые два месяца жизни—каждые 2 недели, а в дальнейшем примерно 1 раз в месяц, направляя заболевших детей к врачу.

20. По заданию врача сельской участковой больницы (амбулатории) акушерка проводит первичное оспопрививание всем детям, а также ведет наблюдение за состоянием детских яслей в обслуживаемых селениях (периодически проводит осмотр детей, проверяет правильность режима, качество питания и т. д.).

21. В случае выявления инфекционного заболевания у детей в яслях или в семье акушерка немедленно ставит об этом в известность заведующего фельдшерско-акушерским пунктом для сообщения врачу и принимает совместные с заведующим пунктом первые меры для предупреждения распространения заболевания.

Санитарно-просветительная работа

22. Акушерка ведет санитарно-просветительную работу по охране материнства и детства среди обслуживаемого населения. Основными формами санитарно-просветительной работы акушерки являются индивидуальные и групповые беседы.

23. При проведении санитарно-просветительной работы акушерка уделяет особое внимание следующим темам:

- а) забота государства о матери и ребенке в СССР;
- б) значение родильного дома в охране здоровья матери и ребенка;
- в) гигиена беременности;
- г) гигиена послеродового периода;
- д) уход за новорожденным ребенком;
- е) кормление детей до 1 года;
- ж) предупреждение детских инфекционных заболеваний;
- з) личная гигиена женщины, профилактика гинекологических заболеваний;
- и) гонорея женщины;
- к) вред и опасность аборта и пр.

24. С беременными акушерка проводит индивидуальные занятия по психопрофилактической подготовке беременных женщин к родам, согласно существующей инструкции.

Проведение неосложненных родов на дому (в местностях, не имеющих акушерского стационара)

1. При патронажном посещении беременной акушерка подробно знакомится с ее жилищно-бытовыми условиями, дает беременной и ее родственникам советы по подготовке помещения к родам и проверяет в дальнейшем выполнение советов.

2. Советы акушерки по подготовке к родам в домашних условиях заключаются в следующем:

а) выделить для родов наиболее, чистую и светлую комнату, заранее вынести из нее лишнюю мебель и вещи, тщательно вымыть ее (пол, двери, подоконники и т. п.), особенно перед родами; ежедневно производить в комнате уборку влажным способом и проветривать ее; если стены комнаты оштукатурены, то желательнее незадолго до родов побелить их;

б) подготовить к родам кровать с деревянным настилом или широкую скамью;

в) подготовить чистое прокипяченное и хорошо проутюженное белье для матери (2—3 простыни, рубашки, полотенца, косынку, тюфячную и подушечную наволочки) и белье для новорожденного проветрить на свежем воздухе подушки и одеяло;

г) подготовить для новорожденного кроватку или плетеную корзину;

д) незадолго до родов набить тюфячную наволочку соломой или сеном;

е) заранее определить, кто из родственников или соседок будет помогать акушерке во время родов, куда на это время будут переведены из дома дети, как известить акушерку о начале родов и доставить ее к роженице.

3. Акушерка предупреждает беременную и ее родственников, что при появлении схваток необходимо:

а) немедленно сообщить об этом акушерке;

б) вымыть в комнате, где будут происходить роды, пол, обмыть горячей водой с мылом кровать и застелить ее чистым свежeproглаженным бельем;

в) оставить в комнате только одну-две женщины, которые будут помогать акушерке, а всех остальных членов семьи удалить из комнаты; детей перевести в другой дом;

г) вымыть роженицу с мылом под струей теплой воды (поливая воду из кувшина над тазом или корытом), постричь ей ногти на руках и ногах, надеть на роженицу чистое свежeproглаженное белье, повязать голову косынкой и уложить в кровать;

д) приготовить к приезду акушерки запас кипяченой воды (горячей и остуженной) и большую кастрюлю для кипячения инструментов.

4. Выезжая на роды, акушерка берет с собой акушерскую сумку, содержащую инструменты, предметы ухода, медикаменты и белье, стерильный перевязочный материал и пузырек с 2% (двухпроцентным) раствором азотнокислого серебра.

Примечания. 1. Акушерская сумка должна постоянно содержаться на пункте в полном порядке и готовности для использования в любое время при оказании акушерской помощи на дому.

2. На фельдшерско-акушерском пункте постоянно должен быть стерильный перевязочный материал для родов, хранящийся в биксе после стерилизации (в ближайшей больнице) или в виде стерильного пакета.

В случае отсутствия стерильного материала акушерка приезде к роженице стерилизует кипячением ватные, марлевые тампоны, марлевую тесьму для перевязки пуповины и др.

3. Двухпроцентный раствор азотнокислого серебра должен быть прозрачным, не содержать осадка, свежим (не более 2-дневной давности изготовления), хранить его надо в пузырьке из темного стекла с притертой пробкой.

5. По приезде к роженице акушерка проверяет выполнение ее наставлений по подготовке помещения, белья, теплой воды, проверяет, вымыта ли женщина и т. д., принимая в случае необходимости соответствующие меры по подготовке к родам. Родильная кровать ставится так, чтобы к ней можно было подойти со всех сторон.

6. Еще до осмотра роженицы акушерка надевает халат и косынку, тщательно моет руки до локтей щеткой с мылом под струей теплой воды и обрабатывает их дезинфицирующим раствором.

7. Акушерка ставит роженице очистительную клизму и после опорожнения кишечника сбрасывает у роженицы волосы с наружных половых органов и затем обмывает их и область заднего прохода дезинфицирующим раствором.

П р и м е ч а н и е. Производить спринцевание влагалища не допускается.

8. Акушерка выясняет общее состояние роженицы, измеряет ей температуру, сосчитывает пульс, производит наружный осмотр, измеряет таз, определяет наружным акушерским исследованием положение плода и подлежащую часть его, выслушивает сердцебиение плода, производит пробу мочи на белок кипячением.

9. Акушерка при наблюдении за роженицей обращает внимание на ее общее состояние, характер родовой деятельности (частоту, регулярность, продолжительность схваток), продвижение подлежащей части плода, сердцебиение плода, время отхождения вод, их количество и качество, самостоятельное опорожнение мочевого пузыря.

10. Влагалищное исследование производится акушеркой при отхождении вод, а также при наличии к тому медицинских показаний: при неясном положении или предлежании плода, при затянувшихся родах, после рождения первого плода при двойнях, при кровотечении, при начавшейся асфиксии плода и др.

Влагалищное исследование производится акушеркой со строгим соблюдением правил асептики и антисептики (предварительная обработка наружных половых органов роженицы и рук акушерки). При влагалищном исследовании акушерка определяет в последовательном порядке: состояние шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие зева); наличие и состояние плодного пузыря (напряженный, плоский); подлежащую часть, высоту ее стояния в отношении таза, характер вставления измеряет диагональную конъюгату.

При недостаточном открытии шейки матки необходимо щадить плодный пузырь.

11. С началом второго периода родов (период изгнания) акушерка обмывает еще раз наружные половые органы женщины дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия красно-малинового цвета, раствор лизоформа 2% 1—2 столовые ложки на кружку и др.), подкладывает под роженицу чистую проглаженную подстилку, тщательно моет свои руки щеткой с мылом и обрабатывает их дезинфицирующим раствором.

12. После рождения ребенка еще до перевязки пуповины акушерка обязана закапать новорожденному в оба глаза по одной капле 2% (двухпроцентного) раствора азотнокислого серебра (ляписа). Закапывание производится следующим образом:

а) акушерка протирает веки новорожденного сухой стерильной ватой — отдельным тампоном для каждого глаза;

б) слегка оттянув нижнее веко и отодвинув верхнее веко, акушерка выпускает из пипетки на слизистую оболочку века одну каплю 2% раствора ляписа и после этого осторожно опускает веки. Промывание глаз после закапывания 2% раствора азотнокислого серебра производить не следует.

13. После прекращения пульсации пуповины акушерка накладывает на нее две лигатуры из стерильной марлевой тесьмы: одну на расстоянии 2 см и вторую на 5—6 см от пупочного кольца. Пуповину между этими лигатурами акушерка протирает ватным тампоном, смоченным спиртом, и перерезает стерильными ножницами ближе к первой лигатуре. Культи пуповины обрабатывается спиртовой настойкой йода, после чего на нее накладывается сухая стерильная повязка.

Рост новорожденного акушерка определяет сантиметровой лентой.

14. После рождения ребенка акушерка наблюдает за общим состоянием матери, высотой стояния дна матки, кровоотделением, ни в коем случае не применяя массажа матки, давления на нее, потягивания за пуповину и другие манипуляции.

15. Для более тщательного учета теряемой крови акушерка подставляет под таз роженицы судно или другую посуду и измеряет количество крови градуированным сосудом или стаканом.

16. Акушерка тщательно осматривает послед сразу же после его рождения и выявляет отсутствие или наличие у родильницы травмы наружных половых органов и промежности.

17. После родов акушерка следит за общим состоянием родильницы, за пульсом, тономом матки, количеством теряемой крови, а также за состоянием новорожденного (окраска покровов, дыхание, состояние культи пуповины).

Акушерка может оставить родильницу с новорожденным на попечение ее родственников не ранее чем через 3 часа после окончания родов при правильном течении раннего послеродового периода и общем удовлетворительном состоянии матери и ее ребенка.

18. Перед отъездом акушерка дает родильнице и ее родственникам наставления по уходу за ней и за новорожденным (уборка родильницы, кормление новорожденного ребенка, уход за ним и т. д.).

19. Все данные о родах акушерка записывает в «Книгу записи родовспоможений на дому».

20. По возвращении на фельдшерско-акушерский пункт акушерка приводит акушерскую сумку в готовность к оказанию медицинской помощи при родах на дому.

21. Акушерка при выявлении осложнений в течение родов обязана немедленно вызвать врача или доставить роженицу в больницу.

Вопрос о том, вызвать ли врача или перевести женщину в больницу, решается акушеркой в каждом отдельном случае в зависимости от общего состояния роженицы, характера осложнения, условий транспортировки и т. п.

Не следует транспортировать женщину в больницу с кровотечением в последовом периоде и при эклампсии.

В этих случаях акушерка, вызвав врача и не дожидаясь его приезда, должна оказать срочную лечебную помощь (ручное отделение последа, а при приступах эклампсии — наркоз и внутримышечные инъекции магнезии — 25% раствор 20,0 через 4 часа).

22. При направлении роженицы в больницу акушерка должна лично сопровождать ее.

23. В неотложных случаях при невозможности своевременного приезда врача к роженице или перевозки ее в больницу акушерка обязана произвести с соблюдением всех правил асептики и антисептики разрешенные ей законом акушерские операции без применения общего наркоза: поворот плода на ножку при целом пузыре или недавно отошедших водах (при наличии подвижности плода) при поперечных и косых положениях, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа и его частей, зашивание разрывов промежности I и II степени.

Акушерка обязана тщательно соблюдать правила личной гигиены как во время нахождения на работе, так и в быту (частое мытье и смена белья и платья, ношение чистого хорошо проглаженного халата и косынки при работе и т. д.).

Акушерка должна избегать соприкосновения с инфекционными больными, с лицами, имеющими гноящиеся раны, не должна производить перевязку ран и т. д.

При неизбежном соприкосновении с такими больными акушерка обязана особо тщательно вымыться горячей водой с мылом, сменить все белье, платье, обработать руки дезинфицирующим раствором.

П р и м е ч а н и е. В том случае, если при фельдшерско-акушерском пункте развернуты родильные койки, акушерке при оказании стационарного родовспоможения следует руководствоваться инструкцией по работе акушерки колхозного родильного дома.

Начальник Отдела лечебно-профилактической помощи матерям

О. Н и к о н ч и к

Начальник Отдела сельских лечебно-профилактических учреждений

Н. М а л о в

П Р И Л О Ж Е Н И Е 9

ИНСТРУКЦИЯ О М Е Р О П Р И Я Т И Я Х П О Б О Р Ь Б Е С Т О К С И К О - С Е П Т И Ч Е С К И М И З А Б О Л Е В А Н И Я М И Н О В О Р О Ж Д Е Н Н Ы Х

Одной из важнейших задач органов здравоохранения и учреждений родовспоможения является борьба с заболеваниями новорожденных и, в частности, ликвидация токсико-септических заболеваний.

Общие сведения об инфекционно-септических заболеваниях и их клинические формы

Спротивляемость новорожденных к обычным и повсюду распространенным микробам, в частности к стафилококкам, стрептококкам, кишечной палочке и другим, значительно ниже, чем у детей старшего возраста и у взрослых.

При неблагоприятных условиях болезнетворные возбудители могут проникнуть через любой участок тела новорожденного и вызвать различные инфекционные заболевания.

При грубых нарушениях санитарно-гигиенического режима даже обычные, всюду распространенные микробы (стафилококк, кишечная палочка и др.) могут изменять свои биологические и патогенные свойства и становятся весьма вирулентными и токсичными для новорожденных детей. Особенно тяжелые формы токсико-септических заболеваний вызываются патогенной грамотрицательной флорой кишечной палочки.

У новорожденных детей даже легкие местные заболевания часто являются источниками генерализации инфекции и развития токсикоза с последующим образованием вторичных гнойных очагов, т. е. из местных поражений у них часто возникают тяжелые септические процессы. Поэтому инфекционные заболевания у новорожденных следует обозначать как токсико-септические. Септическая инфекция у новорожденных может принять тяжелую форму эпидемического токсико-септического заболевания, имеющего разную микробную этиологию.

Клинические формы токсико-септических заболеваний у новорожденных

Заболевание начинается чаще всего с 4—5-го дня жизни, хотя встречается как более раннее, так и более позднее начало болезни. По тяжести течения различают три формы заболевания.

А. Легкая форма заболевания характеризуется общей вялостью ребенка, недостаточной активностью сосания, кратковременностью вторичного снижения веса, небольшими изменениями со стороны крови.

Б. Заболевание средней тяжести характеризуется следующими симптомами:

- 1) общая вялость или беспричинное беспокойство ребенка;
- 2) изменение окраски кожи побледнение или желтушно-сероватый оттенок ее. Нередко наблюдается периоральный цианоз и общая цианотичность кожных покровов;
- 3) остановка нарастания веса или чаще резкое, неудержимо продолжающееся снижение веса (вторичная потеря);
- 4) плохое сосание или отказ ребенка от груди;
- 5) появление или усиление срыгиваний;
- 6) нередко возникновение поноса — стул жидкий, водянистый, иногда желто-оранжевого цвета, частый.

Температура обычно не повышается, а в случае повышения — колебания ее не характерны и чаще всего зависят от присоединившихся осложнений (вторичные локализации).

Со стороны крови в начальной форме часто наблюдается увеличение палочкоядерных и юных форм, миелоцитов и моноцитов. В дальнейшем течении процесса появляется лейкоцитоз, увеличение сегментоядерных клеток за счет уменьшения лимфоцитов. У более крепких детей с первых дней заболевания отмечается выраженный лейкоцитоз с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

В различные фазы токсико-септического процесса возникают локальные поражения: катары верхних дыхательных путей, пневмонии, заболевания пупочных сосудов; отито-анtritы и др. (перитонит, менингит).

В. Тяжелая форма заболевания характеризуется более бурным течением и худшим прогнозом. Чаще всего заболевание протекает с превалированием изменений со стороны дыхательных путей, с измененным или нормальным стулом, с более резким снижением веса и более значительным изменением со стороны крови (лейкоцитоз или лейкопения с резким сдвигом формулы влево). При данной форме уже в первые дни заболевания нередко возникает пневмония или отито-анtrit.

Частота различных клинических форм токсико-септических заболеваний и длительность течения зависят не столько от разнообразия возбудителей и их вирулентности, сколько от общего состояния новорожденных детей до заболевания, массивности инфекции, длительности воздействия инфекционного начала, условий окружающей среды, т. е. ухода, питания, температурного режима и пр.

Возникновение эпидемических вспышек токсико-септических заболеваний в родильных домах

Условиями, способствующими возникновению токсико-септических заболеваний новорожденных в родильных домах, являются:

- 1) нарушение основных правил асептики и антисептики и при уходе за роженицами, родильницами и новорожденными детьми;
- 2) неудовлетворительная личная гигиена персонала, загрязнение рук, наличие гнойничковых поражений кожи, бактерионосительство, инфекционное окружение в быту и т. д.;
- 3) нарушение гигиенического режима материнской и детской койки;

- 4) плохое качество стирки;
- 5) неудовлетворительная санитарно-гигиеническая обработка поступающих рожениц;
- 6) недостаточное проветривание и плохая уборка палат;

Источником инфекции новорожденных часто бывают больные матери, особенно страдающие послеродовыми заболеваниями (эндометрит, мастит и пр.).

Причиной токсико-септических заболеваний новорожденных является также нарушение основных гигиенических правил ухода со стороны обслуживающего персонала.

К условиям, способствующим возникновению инфекционных заболеваний, относятся низкая или неустойчивая температура детских палат, а также недоение новорожденных; оба эти фактора снижают общую сопротивляемость детей по отношению к болезнетворным микробам.

При отмеченных нарушениях санитарно-гигиенического режима родильного дома при кажущемся благополучии возникают вспышки токсико-септических заболеваний в виде общих токсикозов, пневмоний или тяжелых токсических форм поносных заболеваний с последующим развитием пневмоний и гнойных локализаций.

Первыми чаще заболевают слабые дети — недоношенные, гипотрофичные и с внутричерепной родовой травмой, если они не выделены из общей массы новорожденных и не пользуются дифференцированным уходом. В дальнейшем начинают болеть и крепкие доношенные новорожденные.

Несвоевременное распознавание первых случаев заболевания, запоздалая диагностика, поздняя или неправильная изоляция заболевших новорожденных, несвоевременное проведение радикальных профилактических мероприятий и запоздалое лечение приводит к быстрому распространению заболевания.

Заслуживают внимания как источники возникновения токсико-септических процессов различного рода заболевания новорожденных, как, например: пиодермии, гнойные заболевания пупочной ранки, конъюнктивиты, бленнорея, риниты, назофарингиты.

Перечисленные заболевания возникают также и при нарушении санитарно-гигиенического режима в учреждении: в приемном покое, родовом отделении, женских и детских палатах.

Профилактика токсико-септических заболеваний и предупреждение эпидемических вспышек при этих заболеваниях в родильных домах

Борьба с токсико-септическими заболеваниями новорожденных детей складывается из мероприятий профилактического и терапевтического характера.

Профилактические мероприятия должны пронизать весь режим родильного дома (а равно и родильного отделения общей больницы) от момента поступления роженицы и ее первичной обработки до выписки родильницы и новорожденного из родильного дома.

Профилактические мероприятия до рождения ребенка

Инфекционные заболевания во время беременности, особенно хронические инфекции, вредно отражаются на развитии плода и могут быть источником заболевания ребенка в период внутриутробного развития. Поэтому в женской консультации необходимо обследовать беременных для выявления у них инфекционных заболеваний и проведения своевременной активной терапии. При патронаже беременной необходимо выявление неблагоприятного бытового окружения, наличия инфекционных больных, лиц с гнойными процессами кожи и других частей тела и проведение возможных мероприятий по оздоровлению быта беременной (смена и стирка белья, отдельная постель и пр.).

В родильном доме особое внимание нужно обращать на заболевания, перенесенные матерью в последние дни и недели перед родами: инфекционные катары верхних дыхательных путей (ангина, грипп), кишечные инфекции, гонорею, пиодермии, воспалительные заболевания половых органов и др. Родильницы, перенесшие эти заболевания, могут являться носителями и выделителями патогенных микробов часто без каких-либо болезненных проявлений у них самих. Эти родильницы могут стать источником тяжелых токсико-септических заболеваний новорожденных.

Поэтому при приеме каждой роженицы необходимо проводить детальный опрос, измерение температуры, тщательный осмотр и при необходимости — бактериологические обследования (мазки из зева, флора кишечника).

Ни при каких условиях нельзя допускать приема рожениц в родильный дом без должного обмывания всего тела и волос на голове теплой проточной водой с мылом.

В предродовой палате должно быть обращено особое внимание на проветривание и дезинфекцию матрацев и обязательную смену всего мягкого инвентаря койки после перевода каждой роженицы (чехол и клеенка на матраце, одеяло, подушки и постельное белье). Для этого в предродовой необходимо иметь запасные комплекты мягкого инвентаря соответственно среднему числу ежедневных поступлений рожениц.

Профилактические мероприятия при рождении ребенка и в первые часы его жизни

Чрезвычайно важным профилактическим мероприятием является правильная гигиеническая организация обслуживания новорожденного в родовой комнате и строгое соблюдение стерильности предметов ухода, белья, всего, что соприкасается с ребенком, и особенно рук персонала (врача, акушерки). Работа в родильном отделении всегда проводится в стерильных, повторно сменяемых в течение суток масках.

Для каждого новорожденного необходимо иметь стерильный комплект белья. Чрезвычайно важно, чтобы акушерка непосредственно перед обработкой пуповинного остатка и проведением первого туалета повторно тщательно мыла руки (как перед родами), надевала стерильный передник и маску-повязку.

При обработке и перевязке пуповины, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, необходимо пользоваться индивидуальными пакетами со стерильными инструментами (ножницы, зажимы) и перевязочным материалом.

Существенно важным профилактическим мероприятием является тщательное согревание новорожденного в родовой комнате с момента рождения и особенно при проведении мер оживления и первого туалета. Туалетный стол, весы, ростомер и другие предметы следует тщательно мыть и дезинфицировать после каждого ребенка.

Заболевание персонала, обслуживающего новорожденных в первые минуты и часы их жизни (акушерка, врач-акушер), могут быть источником инфекции. Поэтому систематический осмотр и санация персонала, работающего в родовой комнате, необходимы для профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных (состояние кожи рук, полости рта, личная гигиена и пр.). Если имеются возможности, дежурный персонал должен принимать гигиенический душ перед вступлением на дежурство и обязательно надевать свежие чистые халаты (желательно и свежевывстиранное, легко моющееся платье).

Необходимо проводить у персонала систематическое бактериологическое исследование зева, носа, кожи рук на патогенных микробов, в частности кишечной группы.

Профилактические мероприятия в палатах родильниц

Необходимо соблюдать тщательную чистоту палат родильниц, обеспечить хорошую и систематическую вентиляцию в постоянство температуры в них (18—20°); столь же тщательно соблюдается и чистота подсобных помещений, особенно уборных, моечных, бельевых и пр.

Большое значение имеет соблюдение гигиенического режима койки родильницы: обеспечение постельным бельем, индивидуальным судном, регулярная смена и чистота подкладных простынь и клеенок и пр.

После выписки каждой родильницы матрац, подушку и одеяло нужно обязательно длительно проветривать на открытом воздухе (не менее 6—8 часов), а после выписки родильниц, перенесших в родильном доме какое-либо заболевание, весь мягкий инвентарь непременно дезинфицировать (в дезкамере).

Периодическое выключение, уборка и проветривание палат (через каждые 7—8 дней) являются важной мерой профилактики. В этом отношении весьма ценным оказался метод так называемой цикличности в заполнении и одновременном включении для уборки палат для родильниц и соответствующих детских палат.

Кроме тщательной санитарной обработки при поступлении, для соблюдения личной гигиены родильницы необходима чистота белья (рубашек, лифов, халатов), а также тщательное частое мытье рук с мылом и особенно перед каждым кормлением ребенка.

Должная гигиена молочной железы матери достигается ежедневным утренним обмыванием ее теплой водой с мылом, ношением правильно сшитого чистого лифа, подерживанием чистоты сосков и предохранение их от мацерации и раздражения.

При бациллоносительстве и бацилловыделении из полости зева и носа, особенно при наличии катарального состояния и других заболеваний, кормящая мать должна надевать маску во время кормления новорожденного. Маска должна быть стерильной и часто меняться (по возможности перед каждым кормлением).

Большое внимание следует уделять немедленной изоляции каждой родильницы при обнаружении любого заболевания и при любом повышении температуры, а тем более при повторном, независимо от того, поставлен ли предварительный или окончательный диагноз заболевания. Заболевшие родильницы до решения вопроса о переводе во второе отделение должны быть без промедления изолированы (переведены в отдельные палаты). Одновременно с изоляцией заболевшей матери должно немедленно проводиться и выделение из общей массы ее новорожденного ребенка, даже если он совершенно здоров.

Для правильного и своевременного проведения профилактических мероприятий очень важен ежедневный тесный деловой контакт в работе акушера и педиатра и взаимная сигнализация о каждом заболевании матери и ребенка.

Профилактика токсико-септических заболеваний в отделениях (палатах) новорожденных

А. Разобщение и рассредоточивание детских коек

В отделениях и палатах новорожденных необходимо стремиться к максимальному разобщению и рассредоточиванию детей для уменьшения числа взаимных контактов. Для маневрирования, т. е. выключения палат при возникновении отдельных заболеваний среди новорожденных, а также для систематической уборки палат необходимы достаточные помещения. В каждой палате желательны размещать не более 15—20 новорожденных.

В крупных родильных домах число коек в отделениях (блоках) для новорожденных не должно превышать 45—50 коек. Лучше иметь несколько разобщенных отделений и не сосредоточивать большого числа детей в одном месте.

Кроме эпидемиологических соображений, концентрация большого числа детей нерациональна и потому, что для кормления детей приходится транспортировать на большие расстояния.

Б. Предупреждение скученности и тесноты

В детских палатах на каждого новорожденного должно быть в среднем не менее 2,5 м² площади.

Нужно избегать ставить вплотную одну детскую кроватку к другой; чем больше расстояние, отделяющее одну койку от другой, тем меньше возможностей для контакта заболевших, но еще не изолированных детей, со здоровыми.

В. Санитарно-гигиенический режим детских палат

В детских палатах во все сезоны года должна соблюдаться температура в пределах 20—22° без резких колебаний. В летнюю жару детские комнаты нужно охлаждать, затемняя окна для уменьшения инсоляции и тщательно проветривать в более прохладные часы суток. Охлаждение или перегревание детей вредно отражается на их здоровье и понижает сопротивляемость к обычным инфекционным заболеваниям.

Детские помещения нужно хорошо и систематически вентилировать. Зимой во время кормления детей необходимо открывать форточки и фрамуги, а в летнее время держать открытыми окна.

Кровати и особенно матрацы подлежат обязательной дезинфекции после выписки каждого ребенка. При отсутствии дезкамер матрацы нужно развешивать на открытом воздухе (под прямыми лучами солнца на 6—8 часов) и повторно проветривать их.

Уборка детских помещений должна проводиться регулярно во время кормления детей матерями; не реже трех раз в сутки необходимо мыть полы помещений горячей водой и производить влажное протирание мебели. Грязные пеленки при пеленании новорожденных следует складывать в баки из оцинкованного железа, которые нужно выносить после каждого пеленания (6—7 раз в сутки) и промывать дезинфицирующим раствором два раза в день.

В каждом отделении новорожденных устанавливается твердый план циклической обработки (уборки) палат; после каждой тщательной периодической уборки палаты хорошо проветриваются не менее суток. После проветривания желательны производить облучение переносной ртутно-кварцевой лампой всей площади, мебели и стен (до высоты 1,5—2 м над уровнем пола) при расстоянии горелки 60—80 см от облучаемой поверхности.

Один раз в год в детских помещениях, как и в прочих помещениях родильного дома, необходимо производить побелку стен и окраску всей мебели.

Г. Личная гигиена ухаживающего персонала

Персонал отделения новорожденных периодически должен подвергаться контрольному медицинскому обследованию в соответствии с существующими законоположениями, обязательному осмотру венеролога, фтизиатра (с рентгенологическим обследованием).

При повышении температуры, наличии острого катара носоглотки и каких-либо поражений кожи, глаз и пр. персонал не допускается к обслуживанию новорожденных.

Не допускаются к обслуживанию новорожденных и лица, имеющие контакт с инфекционными больными, а также бактерионосители.

Перед вступлением на дежурство сестры должны надевать свежий, чистый халат и тщательно мыть руки до локтей щеткой с мылом, чистить и обрезать ногти; волосы должны быть аккуратно подобраны и полностью закрыты косынкой. При наличии соответствующих условий дежурный персонал отделения новорожденных перед началом работы должен принимать душ и надевать чистое платье из бумажной ткани.

Д. Асептика и антисептика при уходе за новорожденным

При наличии совершенно здоровых детей допускается вытирать руки после каждого ребенка дезинфицирующим раствором, а после пеленания 2—3 детей—мыть руки с мылом.

При уходе за больными детьми перед началом каждого пеленания сестра должна мыть руки кипяченой щеткой с мылом. Детское белье, особенно пеленки и распашонки, должны быть безупречной чистоты. Особое значение имеет хорошая стирка белья: белье нужно обязательно вываривать, хорошо прополаскивать и тщательно проглаживать с обеих сторон горячим утюгом или стерилизовать в автоклаве. Пеленки, употребляемые для первого туалета, нужно непременно стерилизовать в автоклаве; если такой возможности нет—повторно проглаживать очень горячим утюгом с обеих сторон. Стирку пеленок и детского белья нельзя проводить в общей прачечной, где стирается белье других лечебных учреждений, особенно из отделений для гнойных и инфекционных больных.

Посуду (бутылки, чашки, кружки, стаканы, ложки), соски, шпатели и пр. необходимо тщательно мыть после каждого употребления и обязательно кипятить. Воду, солевые и сахарные растворы следует давать ребенку только свежеприготовленными и хорошо прокипяченными, давность не более суток. Способ хранения растворов и пользования ими должен исключить возможность их загрязнения, а тем более инфицирования.

Купать новорожденных следует только по назначению врача и обязательно в кипяченой воде. Температура воды 35—36°. Ванночки из оцинкованного железа нужно каждый раз перед употреблением дезинфицировать.

Для предохранения новорожденных от капельной инфекции персонал при уходе за детьми должен надевать повязки—маски, аккуратно и тщательно прикрывающие нос и рот. Марлевые повязки изготавливаются в несколько слоев; еще лучше делать их из более плотной ткани (бязь, мадаполам и пр.). Повязку нужно менять несколько раз в день, хорошо вымывать, стерилизовать в автоклаве или тщательно проглаживать горячим утюгом.

Источником инфекции новорожденных может быть также женское молоко, если сцеживание его производится без достаточной гарантии чистоты и тщательной асептики или если хранение молока проводится в ненадлежащих условиях.

Молокоотсос (если его применяют), чашки, стаканы и бутылочки для сбора молока должны стерилизоваться. Сцеженное молоко нужно без промедления стерилизовать. Разлив сцеженного молока в детских палатах не допускается; в детские палаты обработанное молоко поступает расфасованным в бутылочки.

Е. Значение ухода и правильного питания для профилактики токсико-септических заболеваний

Правильное естественное грудное вскармливание, сохранение оптимальной температуры палат и хороший уход являются важнейшими условиями успешной профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных детей.

Докорм и переход на смешанное вскармливание следует назначать только при крайней необходимости, но своевременно, помня, что недоедание или голодание в период новорожденности переносятся новорожденными значительно хуже, чем в более старшем возрасте.

Одним из объективных критериев состояния и развития новорожденных детей является динамика веса.

Анализ графического изображения динамики веса помогает врачу выявлять нарушения в развитии детей и своевременно принимать меры, способствующие повышению общей сопротивляемости ребенка.

Значение ранней своевременной диагностики заболеваний и учета заболевших детей

Раннее распознавание заболеваний в начальной фазе инфекционного процесса и безотлагательная изоляция в этом периоде ограничивают возможности рассеивания инфекции и предупреждают возникновение многообразных контактов и повторных пассажей. Своевременное распознавание заболевания ребенка по его выписке из родильного дома необходимо как для правильного лечения ребенка, так и для сигнала родильному дому.

Для обеспечения ранней диагностики и предупреждения множественных инфекционных заболеваний необходимы:

1) достаточная квалификация персонала, обслуживающего новорожденных, знакомство врачей с семiotикой, диагностикой и клиникой инфекционных заболеваний новорожденных детей;

2) хорошая организация наблюдения за состоянием и развитием новорожденных детей;

3) возможность широкого применения вспомогательных диагностических методов исследования (анализы крови, мочи, бактериологических и рентгенологических обследований). Эти методы исследования дают много ценных указаний уже в начальной фазе заболевания и при неясно выраженных симптомах. Клинический анализ крови как наиболее доступный диагностический метод должен получить широкое применение в практике обслуживания новорожденных детей.

Изоляцию каждого заболевшего ребенка необходимо проводить при любом, даже незначительном, выражении заболевания, при любом болезненном состоянии, если даже диагноз заболевания не установлен.

Необходимо ежедневно учитывать все, даже незначительные заболевания новорожденных. Оперативный учет с указанием номера истории родов, фамилии родильницы, даты заболевания и номера палаты новорожденного важно вести потому, что эпидемическое неблагополучие в родильном доме начинается обычно до вспышки тяжелых токсико-септических заболеваний. Эпидемическим вспышкам обычно предшествует увеличение частоты легких заболеваний инфекционной природы, которые в некоторых родильных домах не регистрируются и оперативно не учитываются. Между тем своевременное проведение коренных профилактических мероприятий при учащении легких заболеваний предупреждает возникновение эпидемических вспышек тяжелых токсико-септических процессов.

Обслуживание и лечение заболевших новорожденных детей

Для снижения летальности новорожденных в родильных домах нужно уделять большое внимание уходу за заболевшими новорожденными и рациональному их лечению.

Лечение важно начинать как можно раньше—при первых признаках заболевания, в самой начальной фазе его развития, когда функциональные изменения еще незначительны, обмен веществ еще не нарушен и организм новорожденного не утратил способности к борьбе с инфекциями. Лечение в этой начальной фазе заболевания дает наиболее быстрый эффект и приводит к хорошим результатам.

Перевод ребенка из родильного дома в больницу допустим только в тех случаях, когда в родильном доме нельзя создать условий для обслуживания больного новорожденного.

Применение различных терапевтических мероприятий и отдельных лечебных средств определяется в каждом случае с учетом характера заболевания и состояния больного ребенка.

В комплексе терапевтических мероприятий особое значение имеет своевременное систематическое применение антибиотиков.

Пенициллин рекомендуется применять в течение 6—8 дней по 50 000—60 000 ЕД в легких случаях, а в тяжелых случаях—по 90 000—120 000 ЕД в сутки. В особо тяжелых случаях доза пенициллина может быть увеличена до 150 000—200 000 ЕД в сутки в первые дни болезни с постепенным снижением дозы в последующие дни.

При очень тяжелом течении токсико-септического процесса показано наряду с пенициллином применение стрептомицина в дозе до 36 000—40 000 ЕД в сутки внутримышечно через четыре часа по 6000—7000 ЕД.

Из сульфаниламидных препаратов предпочтительно пользоваться хорошо растворимыми и менее токсичными сульфадиазином, норсульфазолом, сульфатиазолом, а также альбуцидом (сульфацил), который более эффективен по отношению к стафилококкам и стрептококкам. Целесообразно назначать комбинацию двух сульфаниламидных препаратов, исходя из расчета суммарной дозы в среднем по 0,2 г на 1 кг веса новорожденного в сутки. Но, как показывает опыт, при раннем применении антибиотиков нет надобности прибегать к сульфаниламидным препаратам за исключением случаев, протекающих со значительным изменением со стороны стула.

В острой фазе заболевания при значительной интоксикации трансфузию крови и гемотерапию применять не следует.

Существенное значение имеет обеспечение больного ребенка витаминами, особенно аскорбиновой кислотой (от 100 до 300 мг в сутки) и витамином В₁ (по 0,001 г 2 раза внутрь).

Большое значение в борьбе с аноксемией имеет кислородная терапия. Кислород следует назначать часто, до и после кормления и при всяких манипуляциях при уходе за ребенком.

При склереме, склеродеме, ателектазе легких и других состояниях, сопровождающихся явлениями повышенного кровенаполнения и застоя во внутренних органах, показано применение ванн восходящей температуры—до 40°.

Из средств, тонизирующих сердечно-сосудистую систему, в тяжелых случаях применяется кофеин, кардиазол, цититон. Последний оказывает возбуждающее действие

и на дыхательный центр в дозе 0,3 мл 0,15% раствора (в ампулах) под кожу 2 раза в день.

Во избежание излишнего травмирования ребенка применение всякого рода внутривенных и подкожных вливаний должно быть строго ограничено. Следует добиваться введения жидкостей через рот или в клизмочке.

Для лечения заболевших детей родильные дома должны быть обеспечены необходимыми лечебными средствами: антибиотиками, сульфаниламидными препаратами, глюкозой, витаминами и медицинским инструментарием.

Мероприятия при возникновении эпидемических вспышек токсико-септических заболеваний новорожденных в родильном доме

Ликвидация вспышки токсико-септической инфекции в родильном доме невозможна без анализа причин заболеваний и без учета санитарно-гигиенических условий в учреждении.

Для рационального осуществления противоэпидемических мероприятий необходимо пользоваться советами компетентных специалистов и представителей санитарно-гигиенического надзора.

В целях надлежащей своевременной оценки состояния учреждения и проведения соответствующих организационных и профилактических мероприятий необходимо взаимное осведомление родильного стационара, детской и женской консультации о состоянии здоровья выписанных матерей и детей.

Новорожденные, у которых отмечены признаки какого-либо, даже легкого, заболевания, не могут быть выписаны из родильного дома. Ни в коем случае нельзя отпускать домой детей, вес которых не повышается.

Выписка детей, переживших токсико-септическое заболевание, должна производиться только после полного выздоровления. О каждом случае токсико-септического заболевания родильный дом обязан поставить в известность местные органы здравоохранения и санитарно-эпидемиологическую станцию.

Если меры изоляции, карантинизации и радикального улучшения санитарно-гигиенического состояния родильного дома не дают результатов в короткий срок, необходимо без промедления прекратить прием рожениц, так как поступление новых детей и матерей в эпидемический очаг обычно дает резкое увеличение числа заболеваний, усиление их тяжести и значительный рост смертности. После закрытия родильного дома и выписки всех родильниц и детей нужно провести основательную чистку и уборку всех помещений с последующей тщательной дезинфекцией, побелкой, проветриванием и стерилизацией всего инвентаря.

Энергичное и настойчивое проведение комплекса необходимых мероприятий, а также радикальное улучшение санитарно-гигиенического режима, общей организации и постановки работы всего родильного дома в целом обеспечивают ликвидацию токсико-септических заболеваний новорожденных и предупреждают возникновение новых вспышек.

Главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения Союза ССР
проф. П. А. Белошапко

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт(ы)** 261
 — борьба 392
 — инфицированный 264
 — искусственный 261, 265
 — — техника операции 360
 — предупреждение 266
 — привычный 261
 — самопроизвольный 261
 — стадии 262
 — — в ходу 263
 — — начавшийся 263
 — — неполный 263
 — — полный 264
 — — угрожающий 262
 — трубный 271, 272
Абуладзе способ выделения отделившегося последа 160
Аднексит 347
Акушерка колхозного родильного дома, обязанности 395, 408
 — фельдшерско-акушерского пункта, инструкция о работе 416
 — — обязанности 395
Акушерская помощь в СССР, организация 386
 — сумка 396
Акушерский месяц 71
Акушерско-гинекологическая помощь 3, 386
Акушерско-гинекологическое отделение больницы 392
 — — структура 393
Акушерство, история 4
 — определение 3
Аллантаис 61
Альбуминурия 229
Альфельда метод обработки рук 117
 — признак отделения плаценты 159
Амнион 61, 64
Анамнез (опрос) 85
Анестезия парацетв кальная 360
 — пудендальная 360
Антипирин 171
Анэнцефалия 237
Аорта брюшная, прижатие
Асептика и антисептика в акушерстве 114
Асинклитизм, ведение родов 305
 — задний 304
 — передний 304
Асфиксия, методы оживления родившихся в асфиксии 200
Аускультация 92, 99, 145, 149
Аштейм-Цондека реакция 92
Баллотирование головки 148
Бартолиновы железы 13
Бациллы влагалищные 16
Безымянная кость 40
Беременная, гигиена 108
 — дорожный отпуск, определение срока 106
 — исследование влагалищное 89, 100
Беременная, исследование двуручное 90
 — — наружное 97
 — — при помощи зеркал 89
 — общий режим 108
 — одежда 110
 — опрос 85
 — осмотр 87
 — уход за телом 109
 — питание 110
 — — витамины 111
Беременность внематочная 270
 — — клиническая картина 271
 — — лечение 273
 — — этиология 270
 — — диагноз 85
 — — вероятные признаки 88
 — — гормональная реакция на лягушках 92
 — — достоверные признаки 92
 — — предположительные признаки 88
 — — реакция Аштейм-Цондека 92
 — — аппендицит 254
 — — гипертоническая болезнь 253
 — — гонорея 251
 — — грипп 249
 — — диабет 255
 — — заболевания крови 254
 — — заболевания нервной системы 255
 — — сердечно-сосудистой системы 252
 — — щитовидной железы 255
 — — малярия 250
 — — нефрит 254
 — — новообразования половых органов 259
 — — пиелит 254
 — — психозы 255
 — — сифилис 251
 — — токсоплазмоз 252
 — — туберкулез 250
 — — цистит 254
 — — многоплодная 218
 — — распознавание 222
 — — течение 221
 — — определение даты родов 103
 — — срока 103
 — — при недоразвитии половых органов 256
 — — неправильном положении матки 258
 — — узком тазе 315
 — — удвоении матки и влагалища 256
 — — признак Горвица-Гегара 91
 — — Пискачека 91
 — — Снегирева 91
 — продолжительность 71
 — профилактика инфекций 115
 — течение при тазовом предлежании 208
 — — токсокозы 225
 — физиологические изменения, вес тела 83
 — — — кожа 80
Беременность, физиологические изменения, кровь 79
 — — мочевыделительные органы 80
 — — нервная система 76
 — — обмен веществ 78
 — — — белковый 78
 — — — витаминный 79
 — — — жировой 78
 — — — водный 78
 — — — минеральный 78
 — — — углеводный 78
 — — в органах дыхания 80
 — — — пищеварения 79
 — — — половых органах 81
 — — — сердечно-сосудистой системе 79
 — — — эндокринной системе 77
 — — шеечная 275
Близнецы 221
Бло перфоратор копьевидный 382
Вальхеровское положение роженицы 47
Вартонова студень 67
Вастена признак 320
Вербова бинт 285
 — теория разрыва матки 338
Витамины 79, 111
Влагалище, анатомия 15
 — аномалии 288
 — гематомы 335
 — разрывы в родах 335
 — спринцевание 268
 — степени чистоты 17
 — тампонация 267
Внематочная беременность 270
Водная оболочка см. *Амнион*
Воды околоплодные 64
 — — отхождение раннее 127
 — — преждевременное 127
Водянка беременнных 228
 — — лечение 229
Волчья пасть 237
Ворсинки первичные 60
Ворсиная оболочка см. *Хорион*
Вставление головки 95
 — — асинклитическое 95, 303
 — — синклитическое 95, 303
Вульва, гематомы 335
Выворот матки см. *Матка выворот*
Выкидыш см. *Аборт*
Выпадение мелких частей плода 290, 293
 — — пуповины 294
 — — ручки 293
Гегара расширители 360
Гентера метод остановки кровотечения 327
 — способ выделения отделившегося последа 160
Гигиена беременной 108, 109

- Гигиена менструального периода 39
 Гидроцефалия 345
 Гидроцефалия 236
 Гимнастика после родов 181
 Гинекология, определение 3
 Гипертония 229
 Гипофиз 32, 77
 Головка, влияние механизмов родов на форму головки 135
 — врезывание 128
 — вставление 95
 — — асинклическое 96, 303
 — — синклическое 95, 303
 — продвижение во время родов 148
 — прорезывание 128, 150
 — родовая опухоль 135
 — стояние высокое прямое 305
 — — низкое поперечное 306
 Гонадотропные гормоны 32
 Грушевидная мышца 49
 Грыжа мозговая 237
 — пупочная 237
- Двойня двуйцевая 218
 — — однойцевая 220
 Двойни сросшиеся 238
 Девственная плева 14
 Декапитация 384
 Детство 30
Decidua basalis 63
 — *capsularis* 63
 — *parietalis* 63
 Децидуальная оболочка 62
Distantia cristarum 52
 — *spinarum* 52
 — *trochanterica* 52
 Доерлейна палочки 16
 Дугласово пространство 17, 21
 Дыхание искусственное, методы 202
- Желтое тело беременности 36
 — — менструации 36
 — — развитие 35
 Женская консультация 389
 — — лечебная и профилактическая работа 390
 — — санитарно-просветительная работа 391
 — — связь с производством 392
 — — социально-правовая работа 391
- Заднепроходное отверстие, заращение 238
 Закись азота 171
 Законодательство в СССР по охране материнства и младенчества 388
 Запирательная мышца внутренняя 49
 Запирательное отверстие 41
 Зародыш 59
 Защита промежности 151
 Заячья губа 237
 Зеркала влагалищные 89
Zona pellucida 33
 Зонд маточный 361
- Извлечение плода за ножку 372
 — — — паховый сгиб 375
 — — — тазовый конец 372
 Измерение таза 51
 — — живота 51
 Индекс запястный (Соловьева) 315
- Карта беременной и родильницы 399
 Кесарево сечение 279, 380
 — — — брюшногенное 380
 — — — показания 380
 — — — техника оперативная 381
 — — — влагалищное 381
 Кефалогематома 316
 Клейдотомия 384
 Климактерический (переходный) период 31
- Клиитор 14
 Краниокласт 383
 Краниотомия 382
 Креде-Лазаревича способ выделения отделенного послеродового 160
 Крестец 42
 Крестцово-копчиковое сочленение 42
 Крестцово-подвздошное сочленение 42
 Кровать Рахманова 357
 Кровообращение плода 68
 Кровотечения в первые часы после родов, лечение 327
 — — — — профилактика 326
 — — — — послеродовом периоде 322
 — — — — лечение 324
 — — — — профилактика 324
 — — — — послеродовые поздние 330
 Кожно-головные щипцы, наложение 278
 Колпачки влагалищные 267
 Контракционное кольцо 124
Conjugata diagonalis 53
 — *externa* 54
 — *vera* 54
 Копчик 42
Corona radiata 34
 Кочергина-Спасокукоцкого метод обработки рук 116
Simulius ovigerus 34
 Кюретки 361
 Кюстнер-Чукалова признак отделения плаценты 159
- Лазаревича щипцы 377
 Леопольда четыре приема palpации живота беременной 97
 Лидол 171
Liquor folliculi 34
 Ликер обезболивающий 171
 Лобок 12
 Лонная кость 41
 Лонное сочленение см. *Симфиз*
 Лонные кости, расхождение 342
 Лохии 174
 Луковично-пещеристая мышца 49
 Лютеин 35
 Лютеиновая фаза см. *Желтое тело, развитие*
- Маловодие 344
 Малокровие острое, борьба 329
 Малый таз, клетчатка 25
 — — — плоскость входа 43
 — — — — косые размеры 44
 — — — — поперечный размер 44
 — — — — прямой размер 43
 — — — — выхода, размеры 44
 — — — узкой части полости, размеры 44
 — — — широкой части полости, размеры 44
 Матка, анатомия 18
 — — мышечная оболочка
 — — тело 18
 — — перешеек 18
 — — серозный покров 21
 — — слизистая оболочка 20
 — — шейка 19
 — — атония 326
 — — беременная 81
 — — — величина и высота стояния ее дна в различные сроки 104
 — — выворот послеродовой 341
 — — — — клиническая картина 342
 — — — — лечение 342
 — — — — условия возникновения 341
 — — — — выскабливание 360
 — — гипотония 322, 326
 — — массаж наружно-внутренний 328
 — — послеродовая инволюция 173
 — — разрыв(ы) 337
 — — — — насильственный 337
- Матка, разрыв неполный 337
 — — — — полный 37
 — — — — причины 338
 — — — — профилактика 340
 — — — — самопроизвольный 337
 — — — — совершившийся, клиническая картина 339
 — — — — лечение 340
 — — — — угрожающий, клиническая картина 339
 — — — — лечение 340
 — — — — ручное обследование 327
 — — тампонация 328
 Маточная артерия (a. uterina) 26
 Маточно-влагалищное нервное сплетение 27
 Маточные трубы, анатомия 21
 — — — — ампулярная часть 22
 — — — — интерстициальная часть 22
 — — — — перешеечная (истмическая) часть 22
 Маточный зев, пальцевое расширение 365
 — — — — рассечение краев 365
 — — — — цикл 36
 — — — — фаза десквамации 36
 — — — — пролиферации 37
 — — — — регенерации 36
 — — — — секреции 37
 Мастит послеродовой 353
 — — — — лечение 354
 Медицинские работники родильных домов, личная гигиена 118
 Мезобласт 61
Membrana granulosa folliculi 34
 Менструальный период, гигиена 39
 — — — — цикл 31
 — — — — циклические изменения во всем организме 32
 Метод постоянного влечения за головку 364
 Метрейриз 287, 363
 — — — — показания 363
 — — — — условия 364
 Метрит 347
 — — — — лечение 348
 Метроэндометрит 346
 — — — — лечение 346
 Михаэлиса ромб 51, 313
 Многоводие 243
 — — — — острое 344
 — — — — хроническое 344
 Многоплодность 238
 Молозиво 175
 Молоко, химический состав 175
 Молочный мешочек 29
 Молочные железы 29
 — — — — в послеродовом периоде 175
 — — — — подготовка к кормлению 110
 — — — — при беременности 83
 — — — — уход в послеродовом периоде 180
 — — — — поры 29
 Монггомеровы железы 29
 Мочевой пузырь, катетеризация 146
 Мочеспускание, задержка после родов 178
 Мочеспускательный канал, анатомия 14
 Мочеполовая диафрагма 50
 Мюзо щипцы 361
- Наркоз ингаляционный 359
 Наружный жом заднего прохода 49
 Новорожденные, асфиксия 178, 199
 — — — — инструкция по борьбе с токсико-септическими заболеваниями 421
 — — — — кормление 191
 — — — — недоношенные, уход 196
 — — — — оживление родившихся в асфиксии 200
 — — — — отделения (палаты) для них 186

- Новорожденные, первичная обработка 154
 — токсико-септические заболевания 204
 — травмы 178
 — — родовые 203
 — уход 189, 413
 Нефропатия беременных 229
 — лечение 229
 Ногодержатель Отта 357
- Овуляция 35
 Околовагинальная клетчатка 25
 Околопочечная клетчатка 25
 Околопрямокишечная клетчатка 26
 Околопузырная клетчатка 25
 Операции акушерские 353, 360
 — — обезболивание 359
 — — плодоразрушающие 382
 — — подготовка 353
 — — показания 353
 — — условия 353
 Оплодотворение 57
 Организация акушерской помощи в СССР 386
 Отек 229
 Отпуск родовой и послеродовой, форма справки для колхозниц 403
 Отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременная 280
 — — — — — клиническая картина 281
 — — — — — лечение 282
 — — — — — причины 280
 Отта ногодержатель 357
 Офтальмооблениорез, профилактика по Матвееву у новорожденных 154
- Палаты для новорожденных 186
 Пальпация 97
 Параметрит 347
 — лечение 348
 Paramegium см. *Околوماتочная клетчатка*
 Патронаж 410
 — беременных и родильниц 390
 — — формы учета 402
 Пельвиперитонит 348
 Пельвиперитонит, лечение 348
 Перитонит острый разлитой 350
 Перфоратор Бло копьевидный 382
 — Феноменова 382
 Пигментные пятна беременности 80
 Питутрин 178
 Пискачка метод остановки кровотечения 327
 Плацента 65
 — аномалии развития 246
 — задержка частей в полости матки 326
 — инфаркты 247
 — низкое прикрепление 274
 — отделение 136
 — — признаки 159
 — предлежание 274
 — — боковое 274
 — — клиническая картина 276
 — — краевое 274
 — — лечение 277
 — — полное 274
 — — вследствия 275
 — — распознавание 277
 — — центральное 274
 — — частичное 274
 — — шеечное 275
 — — приращение 247, 323
 — — истинное 348
 — — ложное 247
 — — проницаемость для химических веществ 71
 — — ручное отделение и выделение 324
 — — — — — техника 325
- Плод, асфиксия 178
 Плод асфиксия внутриутробная 199
 — — внутриутробный, распознавание жизни и смерти 107
 — — гигантский 238
 — — головка 73
 — — размеры 75
 — — роднички 74
 — — швы 74
 — — зрелый, определение 73
 — — измерение головки внутриутробно 106
 — — длины внутриутробно 106
 — — мертвый, мацерация 239
 — — мумификация 239
 — — петрификация 239
 — — переносенный 238
 — — позиция 93
 — — вид ее 93
 — — положение в полости матки 93
 — — поперечное (косое) положение 289
 — — — — — ведение беременности 292
 — — — — — родов 292
 — — — — — диагностика 289
 — — — — — запущенное 291
 — — — — — причины 289
 — — — — — течение родов 291
 — — предлежание 94
 — — развитие, аномалии 236
 — — в отдельные месяцы 71
 — — выделительные функции 70
 — — дыхание 69
 — — кровообращение 68
 — — кровь 67
 — — нервная система 67
 — — питание 70
 — — сердцебиение, выслушивание 99, 149
 — — смерть внутриутробная 238
 — — травмы 178
 — — туловище, размеры 75
 Плодное яйцо, пальцевое удаление остатков 363
 Плодные оболочки, разрыв запоздалый 246
 — — операция разрыва 278
 — — разрыв преждевременный 345
 — — разрыв ранний 245
 Плодный пузырь 124
 — — разрыв искусственный 366
 Поворот акушерский 367
 — — плода внутренний (по Брекстон-Гиксу) 278, 371
 — — — — — на ножку 368
 — — — — — наружный на головку 368
 — — — — — при поперечном и косом предлежании 367
 Подвздошная кость 40
 — — мышца внутренняя 48
 Позвоночник, расщепление 237
 Половая зрелость 31
 Половое созревание 30
 Половые губы большие 12
 — — — — — малые 13
 — — органы, анатомия, кровеносная система 26
 — — — — — внутренние, анатомия 15
 — — — — — закрепляющий аппарат 25
 — — — — — опорный (поддерживающий) аппарат 25
 — — — — — подвешивающий аппарат 24
 — — — — — лимфатическая система 28
 — — — — — нервная система 27
 — — — — — связочный аппарат 23
 — — — — — наружные, анатомия 12
 Полосы беременности 80
 Поперечная мышца промежности глубокая 50
 — — — — — поверхностная 50
 Послед 67
 — — отделившийся, способы выделения 160
- Послеродовой период, ведение 176
 — — — — — неправильное 323
 — — — — — кровотечения 322
 Послеродовые заболевания 343
 — — — — — классификация 344
 — — — — — лечение 346, 348, 349, 351 354
 — — — — — симптомы 344
 — — — — — причины 343
 — — — — — профилактика 352
 Пособие при заднем виде тазовых предлежаний 217
 — — ручное при ножных предлежаниях по Цовьянову 216
 — — — — — тазовых предлежаниях 212.
 — — — — — чистом ягодичном предлежании по Цовьянову 215
 Потуги 122
 Поясничная мышца большая 49
 Преддверие, влагалище 14
 Предлежание лицевое 297
 — — ведение родов 302
 — — механизм родов 301
 — — распознавание 301
 — — лобное 297
 — — ведение родов 300
 — — механизм родов 299
 — — течение родов 300
 — — распознавание 299
 — — передне-головное 296, 297
 — — ведение родов 299
 — — механизм родов 297
 — — течение родов 298
 — — плаценты 274
 — — тазовое 206
 — — ножное 207
 — — причины 207
 — — распознавание 208
 — — — — — ягодичное 207
 Предлежания головки разогнутые 296
 Предродовая комната, оборудование 143
 Прекопсоль 268
 Прэклампсия 230
 Прогестерон 35, 36
 Промедол 171
 Промежность 13
 — — аномалии 288
 — — разрыв в родах 331
 — — — — — зашивание 333
 — — — — — степень 331
 — — рассечение 367
 — — шов 13
 Противозачаточные средства 266
 Прямокишечно-маточное пространство 21
 Пузырный занос 241
 — — клиника 242
 — — полный 241
 — — частичный 242
 Пуповина 67
 — — аномалии 240
 — — узлы истинные 240
 — — — — — ложные 241
 — — — — — укорочение 240
 — — выпадение 294
 — — перевязка 155
 — — прикрепление 67
 Психозы послеродовые 354
 Психопрофилактическая подготовка к родам 167
 Расхождение лонных костей 342
 Расширители Гегара 360
 Рахманова кровать 143, 357
 Рвота беременных 226
 — — — — — лечение 227
 — — — — — неукротимая 226
 Родильница, изменения в организме 173
 — — питание 178
 — — туалет 180
 — — уход 413
 Родильный дом 392
 — — санитарный режим 118
 — — септическое отделение 393
 — — — — — структура 393

- Родильный дом колхозный 394
 — — инструкция о работе 407
 Родовая деятельность чрезмерно сильная 287
 — — комната, оборудование 143
 Родовспоможение в СССР, основные принципы 388
 Родовые пути, аномалии мягких тканей 287
 — — разрыв мягких тканей 326
 Роды, ведение 139, 412
 — — при узком тазе 319
 — — механизм 129
 — — при заднем виде затылочного предлежания 133
 — — — переднем виде затылочного предлежания 130
 — — — узком тазе 317
 — — на дому, проведение 396, 414
 — — начало 121
 — — обезболивание 167
 — — медикаментозное 170
 — — психопрофилактическое 167
 — — пудендальная анестезия 171
 — — периоды 123
 — — изгнания 127
 — — — ведение 147
 — — — послеродовой 136
 — — — ведение 158
 — — — раскрытия 123
 — — — ведение 144
 — — повреждения родовых путей 163
 — — предвестники 121
 — — преждевременные 268
 — — при многоплодной беременности 223
 — — — ведение 223
 — — тазовых предлежаниях 209
 — — — ведение 211
 — — — механизм 209
 — — узком тазе 314
 — — причины возникновения 120
 — — продолжительность 137
 — — профилактика септической инфекции 116
 — — сдвоенным телом 292
 — «сухие» 314
 — форма истории родов 405
 Роженица, исследование влагалищное 100, 146
 — — мочи 142
 — — — проба на белок с уксусной кислотой 142
 — — — с сульфасалициловой кислотой 142
 — туалет 140
 Сальпинго-оофорит 347
 — лечение 348
 Свечи обезболивающие 170
 Свищи послеродовые 340
 — — лечение 341
 — — причины образования 341
 — — профилактика 341
 Связки воронко-тазовые 25
 — — круглые 24
 — — основные (lig. cardinale) 25
 — — широкие 25
 — — яичников собственные 25
 Седалищная кость 41
 Седалищно-пещеристая мышца 49
 Септикопиемия 351
 — — лечение 351
 Септицемия 351
 — — лечение 351
 Сильвестра метод искусственного дыхания 202
 Симпсона щипцы 377
 Симфиз 41, 42
 Слабость родовых сил вторичная 283, 285
 — — — первичная 283
 — — — лечение 284
 Слюнотечение 227
 Соловьева индекс 315
 Соколова метод искусственного дыхания 202
 Соски, анатомия 29
 Сперматозоиды 57
 Спондилопатия 385
 Срамная артерия (a. pudenda) 26
 Старость 31
 Стерилизация 356
 — кетгута 356
 — шелка 356
 — инструментов 356
 Стимуляция родовой деятельности 284
 Стиптицин 178
 Стояние головки высокого прямого 305
 — — низкое поперечное 306
 Строганова метод лечения эклампсии 232
 Сумка акушерская 396
 Схватки 122
 Сыровидная смазка 156
 Таз большой 43
 — диафрагма 50
 — исследование 51
 — — измерение 51
 — — кости 40
 — — мышцы 48
 — — выклонение 45
 — — отличие женского от мужского 48
 — — общеравномерносуженный 308
 — — — механизм родов 317
 — — плоский 309
 — — — общесуженный 310
 — — — — механизм родов 319
 — — — простой 306
 — — — — механизм родов 319
 — — плоскорохитический 309
 — — — механизм родов 318
 — — проводная ось 45
 — — развитие 47
 — — узкий 307
 — — анатомически 307
 — — течение беременности 315
 — — ведение родов 319
 — — классификация 308
 — — — по степени сужения 311
 — — — клинически 308
 — — — механизм родов 317
 — — — распознавание 312
 — — — редкие формы 310
 — — — течение родов 314
 Тазовое дно 49
 — — функции 50
 Текодин 171
 Токсикозы беременности, дерматозы 234
 — — желтуха 235
 — — — поздние 228
 — — — водянка 228
 — — — — лечение 228
 — — — нефропатия 229
 — — — — лечение 229
 — — — преэклампсия 230
 — — — эклампсия 230
 Токсикозы беременности ранние 226
 — — — рвота 226
 — — — — лечение 227
 — — — — неукротимая 227
 — — — — слюнотечение 227
 Токсико-септические заболевания новорожденных 204
 — — — инструкция о мероприятиях по борьбе 421
 Травмы родовые 331
 Трещины сосков, лечение 353
 — — профилактика 353
 Тромбофлебит 349
 — — бедренных вен 349
 — — лечение 349
 — — прогрессирующий 350
 Трофобласт 61
 Уборка роженицы 180
 Уход за новорожденными 186
 Уход за оперированными больными 385
 Фаллопиевы трубы 21
 Фельдшерско-акушерские пункты 395
 — — дневник работы 404
 Феноменова перфоратор 382
 Фолликул, развитие 33
 Фурбрингера метод обработки рук 116
 Хорион 63
 Хориоэпителиома 243
 Цитотрофобласт 65
 Цовьянова метод ручного пособия при ножных предлежаниях 216
 — — — — чистом ягодичном предлежании 215
 Членорасположение плода в матке 93
 Шека матки, аномалии 287
 — — — разрыв 335
 — — — лечение 337
 — — — насильственный 336
 — — — самопроизвольный 336
 — — — расширение канала 363
 — — — ригидные 288
 Школа материнства 391
 Шок родовой 354
 Шредера признак отделения плаценты 159
 Щипцы акушерские 376
 — — — выходные, техника наложения 377
 — — — показания и условия к наложению 377
 — — Лазаревича 377
 — — Мюзо 361
 — — пулевые 361
 — — Симпсона 377
 Эвентрация 385
 Эклампсия, клиника 231
 — — лечение 232
 — — — по методу Строганова 232
 — — профилактика 231
 Эктобласт 61
 Эмболия воздушная 354
 Эмбриобласт 61
 Энтобласт 61
 Эпизотиомия 367
 Эстрогенный гормон 34
 Язва послеродовая 345
 Яичниковая артерия (a. ovarica) 27
 Яичниковый цикл 33
 Яйцевая клетка 58
 Яйцеводы см. Маточные трубы
 Яичник (и), анатомия 22
 — — белочная оболочка 23
 — — — корковый слой 23
 — — мозговой слой 23
 — — эпителий 23
 Яйцо оплодотворенное, дробление 59
 — — — имплантация в матку 59
 — — — передвижение в матку 59

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Анатомия и физиология женских половых органов	12
Наружные половые органы	12
Внутренние половые органы	15
Связочный аппарат половых органов	23
Клетчатка малого таза	25
Кровеносная система половых органов	26
Нервная система половых органов	27
Лимфатическая система половых органов	28
Молочные железы	29
Периоды жизни женщины	30
Менструальный цикл	31
Гигиена менструального периода	39
Глава II. Женский таз	40
Кости таза	40
Сочленения таза	42
Большой таз	43
Малый таз	43
Развитие таза	47
Отличие женского таза от мужского	48
Мышцы таза	48
Исследование таза	51
Глава III. Оплодотворение, развитие зародышевых оболочек и внутриутробного плода	57
Оплодотворение	57
Дробление и передвижение оплодотворенного яйца в матку	59
Прививка яйца в матке—имплантация	59
Развитие зародышевых оболочек	60
Плацента	65
Пуповина	67
Общие сведения о развитии внутриутробного плода	67
Плод в отдельные месяцы внутриутробной жизни	71
Признаки зрелости плода	73
Головка зрелого плода	73
Размеры головки и туловища зрелого плода	75
Глава IV. Физиологические изменения в организме женщины при беременности	76
Нервная система	76
Эндокринная система	77
Обмен веществ	78
Кровь	79

Сердечно-сосудистая система	79
Органы пищеварения	79
Органы дыхания	80
Мочевыделительные органы	80
Кожа	80
Половые органы	81
Молочные железы	83
Глава V. Диагностика беременности. Методы исследования беременных женщин	85
Опрос беременной	85
Осмотр беременной	87
Исследование внутренних органов	88
Диагностика ранних сроков беременности	88
Биологические методы диагностики беременности	92
Диагностика поздних сроков беременности	92
Расположение плода в полости матки	93
Методы акушерского исследования во второй половине беременности и в родах	97
Распределение срока беременности и даты родов	103
Распознавание жизни и смерти внутриутробного плода	107
Глава VI. Гигиена и диететика беременных	108
Глава VII. Асептика и антисептика в акушерстве	114
Глава VIII. Роды	120
Причины возникновения родов	120
Предвестники и начало родов	121
Родовые изгоняющие силы	122
Периоды родов	123
Период раскрытия	123
Период изгнания	127
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	130
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	133
Последовый период	136
Продолжительность родов	137
Глава IX. Ведение родов	139
Порядок приема и санитарная обработка рожениц	139
Оборудование предродовой и родовой комнаты	143
Ведение периода раскрытия	144
Ведение периода изгнания	147
Ведение последового периода	158
Глава X. Обезболивание родов	166
Психопрофилактическая подготовка женщин к родам	167
Медикаментозные методы обезболивания родов	170
Глава XI. Нормальный послеродовой период	173
Изменения в организме роженицы	173
Ведение послеродового периода	176
Гимнастика в первые дни после родов	181
Глава XII. Уход за новорожденными детьми. Асфиксия и травмы плода и новорожденного	187
Организация работы отделения (палаты) новорожденных в родильном доме	187
Уход за новорожденными в детском отделении (палате)	189
Вскармливание новорожденных	191
Уход за недоношенными новорожденными	196
Асфиксия плода и новорожденного	199
Родовые травмы новорожденных	203
Токсико-септические заболевания новорожденных	204

Глава XIII. Тазовые предлежаия плода	206
Классификация тазовых предлежаний	206
Распознавание тазовых предлежаний	208
Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях	208
Механизм родов при тазовых предлежаниях	209
Ведение родов при тазовых предлежаниях	211
Ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова	215
Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова	216
Пособие при заднем виде тазовых предлежаний	217
Глава XIV. Многоплодная беременность	218
Течение многоплодной беременности	221
Распознавание многоплодной беременности	222
Течение родов при многоплодной беременности	223
Ведение родов при многоплодной беременности	223
Глава XV. Токсикозы беременности	225
Ранние токсикозы беременности	226
Рвота и неукротимая рвота беременных	226
Слюнотечение	227
Поздние токсикозы беременности	228
Водянка беременных	228
Нефропатия беременных	229
Преэклампсия	230
Эклампсия	230
Редкие формы токсикозов беременности	234
Дерматозы беременных	234
Желтуха беременных	235
Глава XVI. Аномалии развития и заболевания внутриутробного плода, плодных оболочек и плаценты	236
Пороки развития плода, переносимость, внутриутробная смерть	236
Аномалии пуповины	240
Заболевания оболочек плодного яйца	241
Пузырный занос	241
Хорионэпителиома	243
Многоводие	243
Маловодие	244
Несвоевременный разрыв плодных оболочек	245
Преждевременный и ранний разрыв плодных оболочек	245
Запоздалый разрыв плодных оболочек	246
Аномалии развития плаценты	246
Приращение плаценты	247
Глава XVII. Беременность и роды при заболеваниях, причинно не связанных с детородной функцией	249
Острые и хронические инфекционные заболевания	249
Заболевания важнейших органов и систем	252
Беременность при неправильном развитии и заболеваниях половых органов	256
Глава XVIII. Аборт и преждевременные роды	261
Аборт (выкидыш)	261
Самопроизвольные аборты	261
Искусственные аборты	265
Предупреждение абортов	266
Противозачаточные средства	267
Преждевременные роды	268
Глава XIX. Внематочная беременность	270

Глава XX. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	274
Предлежание плаценты	274
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	280
Глава XXI. Аномалии родовых сил. Аномалии мягких тканей родовых путей	283
Аномалии родовых (изгоняющих) сил	283
Первичная слабость родовых сил	283
Вторичная слабость родовых сил	285
Чрезмерно сильная родовая деятельность	287
Аномалии мягких тканей родовых путей	287
Глава XXII. Поперечные и косые положения плода. Выпадение мелких частей и пуповины	289
Поперечные и косые положения плода	289
Выпадение мелких частей и пуповины	293
Глава XXIII. Отклонения от нормального механизма родов	296
Разогнутые предлежания головки	296
Переднеголовное предлежание	297
Лобное предлежание	299
Лицевое предлежание	301
Асинклитические вставления головки	303
Высокое прямое стояние головки	305
Низкое поперечное стояние головки	306
Глава XXIV. Узкий таз	307
Классификация узких тазов	308
Распознавание узкого таза	312
Течение беременности при узком тазе	314
Течение родов при узком тазе	315
Механизм родов при узком тазе	317
Ведение родов при узком тазе	319
Глава XXV. Кровотечения в последовом периоде и в первые часы после родов	322
Кровотечение в последовом периоде	322
Ручное отделение и выделение плаценты	324
Кровотечение в первые часы после родов	326
Борьба с острым малокровием	329
Поздние послеродовые кровотечения	330
Глава XXVI. Родовые травмы	331
Разрывы промежности, вульвы и влагалища	331
Зашивание разрывов промежности	333
Гематомы вульвы и влагалища	335
Разрыв шейки матки	335
Разрыв матки	337
Послеродовые свищи	340
Послеродовой выворот матки	341
Расхождение лонных костей	342
Глава XXVII. Послеродовые заболевания	343
Причины возникновения послеродовых септических заболеваний	343
Классификация послеродовых заболеваний	344
Заболевания, относящиеся к первому этапу распространения септической инфекции	345
Послеродовая язва	345
Метроэндометрит	346
Заболевания, относящиеся ко второму этапу распространения септической инфекции	347
Метрит	347
Параметрит	347

Сальпинго-оофорит (аднексит)	347
Пельвеоперитонит	348
Тромбофлебит	349
Заболевания, относящиеся к третьему этапу распространения послеродовой инфекции	350
Острый разлитой перитонит	350
Прогрессирующий тромбофлебит	350
Заболевания, относящиеся к четвертому этапу распространения септической инфекции (генерализованная септическая инфекция)	350
Септицемия	351
Септикопиемия	351
Послеродовой мастит	353
Послеродовые осложнения и заболевания неинфекционного характера	354
Глава XXVIII. Акушерские операции	355
Показания и условия	355
Подготовка к акушерским операциям	355
Обезболивание при акушерских операциях	359
Акушерские операции	360
Выскабливание матки	360
Пальцевое удаление остатков плодного яйца	363
Операции, подготовляющие родовые пути	363
Расширение канала шейки матки расширителями	363
Метрейриз	363
Наложение кожно-головных щипцов	364
Пальцевое расширение маточного зева	365
Рассечение краев маточного зева	366
Искусственный разрыв плодного пузыря	366
Рассечение промежности	367
Акушерский поворот	367
Наружный поворот плода	367
Классический внутренний поворот плода на ножку при полном открытии маточного зева	369
Внутренний поворот плода на ножку при неполном открытии зева (по Брекстон-Гиксу)	371
Извлечение плода за тазовый конец	372
Извлечение плода за ножку (ножки)	372
Извлечение плода за паховый сгиб	375
Акушерские щипцы	376
Техника наложения выходных щипцов	377
Кесарево сечение	380
Брюшностеночное кесарево сечение	380
Влагалищное кесарево сечение	381
Плодоразрушающие операции	382
Краниотомия	382
Декапитация	384
Клейдотомия	384
Эвентрация	385
Спондилотомия	385
Уход за оперированными больными	385
Глава XXIX. Организация акушерской помощи в СССР (основные сведения)	386
Основные принципы построения родовспоможения в нашей стране	388
Основные сведения о структуре, содержании и методах работы учреждений родовспоможения	389
Женская консультация	389

Родильный дом и акушерско-гинекологическое отделение больницы . . .	392
Колхозный родильный дом	394
Фельдшерско-акушерские пункты	395

П Р И Л О Ж Е Н И Я

1. Карта беременной и родильницы	399
2. Формы учета патронажа беременных и детей до 1 года	402
3. Формы справки для колхозниц дородового и послеродового отпуска	403
4. Дневник работы фельдшерско-акушерского пункта колхозного родильного дома	404
Книга записи приема больных и рожениц в стационар при фельдшерско-акушерском пункте и колхозном родильном доме	405
5. История родов для колхозного родильного дома, фельдшерско-акушерского пункта	405
6. Книга записи родовспоможений на дому	406
7. Инструкция о работе колхозного родильного дома	407
8. Инструкция по работе акушерки фельдшерско-акушерского пункта	416
9. Инструкция о мероприятиях по борьбе с токсико-септическими заболеваниями новорожденных	421
Предметный указатель	429

—

акusher-lib.ru

Бодяжина Вера Ильинична
Учебник акушерства

*

Редактор *К. В. Порай-Кошиц*
Техн. редактор *К. К. Сенчило*
Корректор *В. М. Савинова*
Переплет художника *Б. Н. Гутенюга*

Сдано в набор 9/XII 1957 г. Подписано к печати 11/VI 1958 г. Формат бум. $70 \times 108/16$ = 13,75 бум. л. 37,68 печ. л. + 0,51 печ. л. вкл. 35,63 уч.-изд. л. Тираж 125 000 экз.
Т 06050 МУ-46

Медгиз, Москва, Петровка, 12

Заказ 1607. 16-я типография Московского городского Совнархоза. Москва, Трехпрудный пер., 9.

Цена 7 р. 25 к. Переплет 1 р. 50 к.