

МЕДИЦИНА 

Сестринское дело в акушерстве и гинекологии

СРЕДНЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

И.К. Славянова

Феникс

Серия «Медицина»

И.К. СЛАВЯНОВА



Сестринское дело

В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Рекомендовано Министерством образования
Российской Федерации в качестве учебного пособия
для студентов образовательных учреждений
среднего профессионального образования,
обучающихся в медицинских училищах и колледжах

6-е издание, дополненное и переработанное

**Ростов-на-Дону
«Феникс»
2010**

УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

КТК 351

С47

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор

Г.Г. Жданов;

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры «Акушерство и гинекология» РГМУ

Г.М. Перцева

Славянова И.К.

С47 Сестринское дело в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие / И.К. Славянова. — 6-е изд., доп. и перераб. — Ростов н/Д : Феникс, 2010. — 395 с. : ил. — (Медицина).

ISBN 978-5-222-16929-2

В учебном пособии в соответствии с Государственным образовательным стандартом освещаются вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний. Даны алгоритмы оказания неотложной помощи при критических состояниях, выполнения основных манипуляций. Представлены схемы базисного ухода за родильницами и новорожденными, а также представлены материалы для проведения итогового контроля.

Для студентов медицинских колледжей и училищ, а также практикующих медсестер.

ISBN 978-5-222-16929-2

УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

© Славянова И.К., 2010

© Оформление: ООО «Феникс», 2010



ВВЕДЕНИЕ

Нет никакого сомнения в том, что слова «акушер» и «акушерка» появились значительно позже, чем люди, осуществлявшие профессиональные обязанности таких специалистов. Веками помощь в родах оказывали повивальные бабки, которых французы называли «мудрая женщина».

В России М.В. Ломоносов впервые поставил вопрос о борьбе с детской смертностью и о повышении рождаемости.

В XVIII в. Н.М. Максимовичем-Амбодиком положено начало серьезного развития акушерства как научной дисциплины и впервые было издано руководство по акушерству на русском языке.

В дальнейшем большой вклад в развитие отечественного акушерства и гинекологии внесли такие ученые, как руководитель кафедры акушерства и гинекологии Медико-хирургической академии г. Петербурга А.Я. Красовский, профессор Харьковского университета И.П. Лазаревич, профессор Казанского университета В.С. Груздев, профессор Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии В.В. Строганов, и другие.

Необходимо отметить такие имена отечественных ченых, как М.С. Малиновский, К.К. Скробанский, И.О. Жордания, К.Н. Жмакин, Л.С. Персианинов, В.И. Бодяжина и др., создавших лучшие школы по изучению акушерства и гинекологии.

Сейчас в нашей стране широко развита сеть медицинских и научно-исследовательских институтов. Подготовкой медицинских сестер, работающих в многопрофильных больницах, родовспомогательных учреждениях и в поликлинической сети, занимаются медицинские училища и колледжи, где уделяется большое внимание выработке практических навыков наряду с полноценной теоретической подготовкой среднего звена этих специалистов.

Качество акушерско-гинекологической помощи во многом зависит от преемственности работы поликлинического и стационарного звеньев, особое значение приобретает организационное объединение общей медицинской службы с акушерскими и гинекологическими учреждениями. В профилактике материнской и перинатальной заболеваемости и смертности ведущую роль играют своевременная диспансеризация беременных и более эффективная перинатальная охрана плода.

Новый подход к организации акушерско-гинекологической помощи во многом зависит от интеграции акушерской помощи с общей лечебной сетью: объединение женских консультаций с поликлиниками, многопрофильными больницами, обследование беременных и их госпитализация в специализированные стационары общего профиля.

Специализированные акушерские стационары и отделения для лечения и родоразрешения женщин с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями почек, эндокринной патологией, гнойно-септическими заболеваниями, для женщин с иммуноконфликтной беременностью, преждевременными родами обеспечивают качественно новый уровень акушерской помощи.

Большой вклад в акушерско-гинекологическую службу вносят кабинеты «Брак и семья» с медико-генетическими лабораториями. Они призваны стать методическим центром планирования семьи, лечения бесплодия, невынашивания, сексологических нарушений, нарушений менструального цикла и т.д.

Медико-генетическое консультирование представляет собой один из видов специализированной медицинской помощи, в результате которой больные или их родственники с риском наследственного заболевания получают сведения о последствиях данного заболевания, вероятности его развития и наследования, о способах его предупреждения и лечения.

Ввиду ликвидации родильных коек в участковых больницах, центральных районных больницах сельского типа, колхозных родильных домах необходимо повышать уровень диспансерного наблюдения за беременными, а это осуществляет в сель-

ской местности, в основном, средний медицинский персонал.

Правительством Российской Федерации в 1997 г. принята Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, в которой определены основные направления государственной политики в области здравоохранения, а также утвержден план первоочередных мероприятий по повышению эффективности здравоохранения. В этой Концепции определены и вопросы реформирования среднего звена по подготовке грамотных, достаточно образованных средних медицинских работников. Предложенные Президентом и одобренные Правительством проекты по улучшению демографической ситуации в России привели к осязаемому увеличению количества родов.

Введение государственных образовательных стандартов, устанавливающих обязательный минимум знаний, умений и навыков, позволяет повысить образовательный ценз и стать грамотным специалистом, уверенно применяющим свои знания в последующей деятельности.

Среднее сестринское образование призвано подготовить медсестру — хорошего исполнителя, в полной мере способного обеспечить и хороший уход, и профессиональное выполнение процедур.

Весьма существенными остаются вопросы правового, нравственного воспитания, определенных этических правил и профессиональной поведенческой реакции медицинских сестер, роль которых постоянно растет.

Всегда следует помнить, что главный девиз медсестры «Не навреди», а ее основная функция — предоставить пациенту уход самого высокого качества.

Сестринское дело — составная часть системы здравоохранения, оно включает в себя деятельность по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний. В настоящее время сестринское дело ни на один день не выпускается из поля зрения Минздравом РФ.

Медицинская сестра должна быть очень хорошо ориентирована в основных и смежных специальностях и способна оказывать многопрофильную помощь.

Высококвалифицированные сестринские кадры имеют решающее значение для эффективной и рациональной деятельности служб здравоохранения в профилактической помощи населению, лечебно-диагностической помощи, реабилитационной помощи и оказании медико-санитарной помощи больным, инвалидам, инкурабельным пациентам.

Медицинская сестра при выполнении манипуляций должна:

1. Ясно представлять себе смысл назначения больному той или иной процедуры, ее диагностическое или лечебное значение.
2. Уметь объяснить пациенту значимость исследования, предупредить о его длительности и последовательности.
3. Психологически подготовить пациента к исследованию.
4. Методически правильно и своевременно провести процедуру или научить этому пациента.

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства; оно постоянно находится в центре внимания законодательной и исполнительной власти Российской Федерации и ее субъектов. В современных условиях возрастает роль медицинских сестер в сохранении здоровья женщины, ее семьи и общества в целом.

Нынешнее поколение акушерок и медицинских сестер продолжает замечательные традиции российского родовспоможения. Медицинские сестры, работая в системе здравоохранения, на всех этапах оказывают лечебно-профилактическую помощь населению, в том числе и в службе охраны здоровья матери и ребенка.

Ежегодно в стране рождается более миллиона детей, и все они проходят через добрые и умелые руки среднего медицинского звена.

Важнейшим показателем службы родовспоможения является материнская смертность, которая, к сожалению, продолжает еще оставаться довольно высокой. Ведущее место в структуре причин материнской смертности занимают крово-

течения и гестозы. От квалификации и уровня подготовки медицинских сестер многое зависит в выявлении и своевременном оказании медицинской помощи женщинам в группе высокого «риска».

В акушерско-гинекологической службе широкое применение находит работа медицинской сестры. Под руководством врача медицинская сестра работает в женской консультации, медико-санитарной части на производстве, в смотровых кабинетах, во всех подразделениях родовспомогательных учреждений, за исключением родильного блока (приемник, предродовая палата, малая и большая операционные, процедурный кабинет, послеродовые палаты, отделение новорожденных), а также в гинекологических стационарах.

Медицинская сестра должна уметь оказать неотложную помощь при акушерской и гинекологической патологии, такой как приступ эклампсии, кровотечение, асфиксия у новорожденного и прочие экстремальные состояния.

При необходимости медицинская сестра должна уметь принять нормальные роды, обработать новорожденного и, соблюдая все правила асептики и антисептики, доставить его с матерью в ближайшее родовспомогательное учреждение. В остальных случаях медицинская сестра работает с врачом, грамотно выполняя все его назначения и помогая ему при необходимости. Это требует высокой квалификации и отработанных практических навыков этих специалистов, а также точности в выполнении всех назначений.

Только хорошая теоретическая подготовка и знание последовательности в выполнении любой процедуры позволяют медицинской сестре быть полноценным помощником в работе старшего врачебного звена. Результативность работы среднего звена состоит в благополучном исходе любой, самой сложной, патологии у больной женщины, роженицы и новорожденного.

Являясь основным помощником врача, медицинская сестра организует работу младшего медицинского персонала — санитарок и руководит ею. От качества этой работы зависит

правильность соблюдения асептики и антисептики в отделении, которые являются залогом здоровья матери и ребенка.

Неотъемлемой частью работы среднего медицинского звена является медицинская деонтология. Умение соблюдать медицинскую этику, хранить врачебные тайны и тайны больной, не разглашать их — это обязанность каждой медицинской сестры.

Учитывая, что медицинская сестра проводит с больными гораздо больше времени, чем врач, чуткость и добросовестность в отношениях с пациентами особенно важны.

В то же время медицинская сестра должна строго и неукоснительно выполнять все требования данного лечебного учреждения, выполнять назначения врача, не идя на поводу у больной, не делая ничего самостоятельно без назначения врача, кроме оказания неотложной помощи.

Медицинская сестра, внимательно наблюдая за больной, должна своевременно сообщать врачу обо всех изменениях в течение состояния больной.

Медицинской сестре, работающей в родовспомогательном учреждении, нужно помнить о том, что она ответственна не только за мать, но и за будущего ребенка.

Медицинская сестра должна уметь объяснить беременной женщине, что роды — это физиологический процесс, дать рекомендации по гигиене, диетологии, физическим нагрузкам, комплексу гимнастических упражнений. Она должна уметь ответить на вопросы, связанные с беременностью, родами и уходом за новорожденным.

Медицинская сестра должна иметь соответствующий внешний вид; быть опрятной, скромно одетой, внимательной, ласковой и добросовестной.

Только при соблюдении всех этих требований медицинская сестра будет пользоваться заслуженным авторитетом среди беременных, родильниц и гинекологических больных.

Сестринские услуги в акушерстве и гинекологии

1. Подготовка кабинета, инструментов, документации к приему пациентов и беременных в женской консультации.
2. Проведение всех видов инъекций (внутрикожных, внутримышечных, внутривенных).
3. Оформление направлений в лаборатории и на консультации.
4. Проведение измерения АД, взвешивание, измерение размеров плода, окружности живота, высоты стояния дна матки, выслушивание сердцебиения плода.
5. Взятие мазков на степень чистоты, цитологию.
6. Определение группы крови.
7. Взятие крови из вены на СПИД, RW.
8. Проведение катетеризации мочевого пузыря.
9. Подготовка рук к операции и дезинфицирующих растворов для обработки операционного поля.
10. Подготовка инструментов для малых и больших операций.
11. Промывание желудка.
12. Подача холода и грелок.
13. Проведение санитарной обработки роженицы и гинекологической больной, поступающих в стационар.
14. Заполнение паспортной части истории болезни и родов.
15. Проведение туалета у родильницы.
16. Подготовка к снятию швов.
17. Измерение температуры, подсчет пульса.
18. Взвешивание.
19. Приемы наружного акушерского исследования.
20. Подача судна.
21. Введение газоотводной трубки.
22. Уход за послеоперационной раной.
23. Постановка влагалищных ванночек.
24. Введение во влагалище тампонов, присыпок, pessaria.
25. Заполнение документации.
26. Участие в обезболивании родов и других акушерских и гинекологических операциях.
27. Ассистирование при малых акушерских операциях.

28. Хранение лекарственных препаратов.
29. Уход за новорожденными.
30. Оказание неотложной помощи при акушерской и гинекологической патологии (кровотечения, приступ эклампсии, асфиксия новорожденного и пр.).

Медицинской сестре особенно необходимо сознание того, что есть рядом человек, на которого можно опереться в трудную минуту, получить помощь, совет. Долг более опытных коллег — помочь молодым товарищам по профессии в работе.

При выполнении своих профессиональных обязанностей медицинский работник должен уважительно обращаться к товарищам по работе. Нельзя критику воспринимать как личную обиду, так как это свидетельствует о низком уровне сознания медицинского работника, об отсутствии требовательности к себе и своим обязанностям.

Врач может многому научить медицинскую сестру, но и средний медицинский персонал всегда должен поделиться своим опытом и наблюдениями с врачом, расширив его познания.

Врач получает от медицинской сестры информацию об изменениях в состоянии больного, о его реакции на лечение, осуществляя уход за ним, выполняя назначенные процедуры.

Медицинская сестра обязана информировать врача об отказе больного от лекарства или процедуры, о невозможности выполнить какое-либо назначение, необходимости произвести замену одного лекарства другим и т.д.

Права и обязанности медицинской сестры четко определены официальными инструкциями. Медсестра не должна брать на себя функции врача: давать сведения больным и их близким о характере заболевания, его возможном исходе, трактовать результаты лабораторных анализов, инструментальных и других исследований. Это, конечно, не означает, что медицинская сестра не может давать вообще никаких сведений больным и их родственникам; ее информация должна касаться только общего состояния больных.

К матери медицинский персонал должен быть предельно внимателен и чуток, так как после рождения ребенка женщины переживают особенное состояние: они растеряны, их психологическое состояние свидетельствует о серьезных изменениях, происходящих в организме. Все это необходимо учитывать, осуществляя уход за родильницами.

Нужно помнить, что красивый интерьер, удобная мебель, постель, опрятность палат, общение с родственниками и возможность получить вовремя ответ на интересующие больную вопросы (сведения о ребенке, о прогнозе собственного состояния) облегчают ее пребывание вне дома и обеспечивают благоприятное течение как послеродового периода, так и исход любого заболевания у гинекологической больной.



СТРУКТУРА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Профилактическое направление отечественного здравоохранения находит яркое отражение в деятельности родовспомогательных и гинекологических учреждений. Ведущее значение в осуществлении профилактических мероприятий принадлежит женским консультациям, медико-санитарным частям, смотровым кабинетам, так как от качества их работы зависит состояние всей акушерско-гинекологической помощи.

Основными задачами акушерско-гинекологической службы являются: оказание высококвалифицированной помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде, наблюдение и уход за здоровыми и оказание квалифицированной помощи больным, недоношенным детям и выявление, лечение и профилактика заболеваний женских половых органов.

Женская консультация

Женская консультация — это учреждение, призванное оказывать всестороннюю медицинскую помощь женщинам во все периоды ее жизни.

Задачами женской консультации являются:

1. Оказание лечебно-профилактической помощи женщинам во время беременности, после родов и при гинекологических заболеваниях.
2. Осуществление постоянного наблюдения за беременными и больными гинекологическими заболеваниями и оказание им специализированной помощи.
3. Проведение физико-психопрофилактической подготовки беременных к родам.

4. Изучение условий труда работниц промышленных предприятий и сельскохозяйственных учреждений для осуществления охраны здоровья беременных, антенатальной охраны плода, а также проведения мер по снижению гинекологической заболеваемости.
5. Оказание женщинам социально-правовой помощи.
6. Санитарно-просветительная и гигиеническая работа.

Консультация оказывает лечебно-профилактическую помощь женщинам прикрепленного района с соблюдением принципа участковости. Медицинская сестра помогает врачу на приеме, выполняя все его назначения, а также осуществляет патронаж на дому беременных и гинекологических больных.

В задачи патронажа на дому входят: выяснение общего состояния беременной, родильницы или гинекологической больной, обучение ее правилам гигиены и ухода за новорожденным, привитие санитарно-гигиенических навыков и оказание помощи в улучшении гигиенической обстановки, проверка выполнения назначенного режима, санитарно-просветительная работа. При патронаже необходимо обращать особое внимание на рациональное питание и соблюдение всех рекомендаций врача. Все данные медсестра заносит в патронажный листок, вклеивающийся в индивидуальную карту беременной.

Основной задачей женской консультации являются максимально раннее выявление и наблюдение за беременными (до 3 месяцев), так как это гарантирует меньшее количество осложнений во время беременности.

При первом посещении женской консультации медицинская сестра участвует в приеме больной или беременной женщины. Так, она заполняет паспортную часть индивидуальной карты беременной, измеряет рост, взвешивает, измеряет размеры таза, АД, берет кровь из вены для исследований, готовит женщину к осмотру на кресле, берет мазки, выписывает направления на консультации специалистов и в лаборатории.

При последующих посещениях беременной женской консультации медицинская сестра проводит контроль массы тела,

взвешивая беременную, измеряет АД, высоту дна матки и окружность живота, может выслушать сердцебиение плода, выписывает направления на анализы, дает рекомендации по питанию и гигиене и т.д.

Медицинская сестра строго следит за своевременным посещением женской консультации гинекологическими больными, так как в женских консультациях начинается и заканчивается лечение более чем у 80% больных с гинекологическими заболеваниями.

Диспансерному наблюдению подлежат больные с хроническими воспалительными заболеваниями и нарушениями менструальной функции, особенно в периоде менопаузы, опущением и выпадением половых органов, предопухолевыми состояниями и заболеваниями женских половых органов, а также после оперативного лечения по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований.

Большое внимание в работе женской консультации уделяется борьбе с абортами. Этому служат наглядно оформленные стенды контрацептивов и беседы, проводимые с женщинами.

Медико-санитарные части

На промышленных предприятиях для акушерско-гинекологического обслуживания женщин-работниц организованы *медико-санитарные части* (МСЧ). Особенностью этих МСЧ является то, что в их задачу входит ознакомление с особенностями данного производства, которые могут влиять на здоровье женщины.

Беременные наблюдаются в МСЧ до ухода в декретный отпуск, после чего они передаются под наблюдение женской консультации по месту жительства. МСЧ проводит систематические профилактические осмотры работниц (2 раза в году).

Среди различных мер профилактики гинекологических заболеваний большое внимание уделяется организации комнат личной гигиены.

Акушерский стационар

Акушерский стационар предназначен для стационарного оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Высокое качество работы акушерско-гинекологического стационара может быть достигнуто лишь при условии тщательно продуманной организации и хорошо слаженной работы всех составных звеньев акушерского стационара (или акушерского отделения больницы). Правильная организация дела в родовспомогательном учреждении в подавляющем большинстве случаев может предупредить многие тяжелые осложнения родов и послеродового периода у матери, а также устранить многие причины заболеваемости и смертности новорожденных.

В акушерско-гинекологическом стационаре должны быть:

- 1) приемно-пропускной блок;
- 2) физиологическое отделение;
- 3) наблюдательное («сомнительное») отделение;
- 4) отделение патологии беременности;
- 5) изолятор;
- 6) отделение новорожденных.

Санитарно-пропускной блок (приемно-пропускное отделение) ставит задачи:

- а) предупреждение заноса инфекции в физиологическое отделение поступающей роженицей;
- б) предупреждение внутрибольничного инфицирования здоровых рожениц путем изоляции их от подозрительных на инфекцию, заведомо инфицированных или прибывших из инфицированных очагов;
- в) предупреждение септических заболеваний путем индивидуальной санитарной обработки.

Физиологическое отделение должно иметь:

- а) санитарный пропускник;
- б) родовой блок;
- в) послеродовые палаты;
- г) перевязочную (смотровую);
- д) отделение новорожденных;
- е) выписную комнату.

Родовой блок, в свою очередь, состоит из предродовой, родзала, малой операционной и большой операционной. Родзалов должно быть не менее двух, работающих поочередно.

Обсервационное («сомнительное») отделение повторяет устройство физиологического отделения в меньших масштабах и имеет ту же структуру. Количество коек должно составлять 20% от общего числа в данном акушерском учреждении.

Изолятор предусмотрен лишь в крупных акушерских учреждениях.

Отделение патологии беременных должно составлять 30% от общего числа коек.

Отделение новорожденных предназначено для нахождения новорожденных с момента рождения до выписки или перевода их в другое отделение.

В каждом родовспомогательном учреждении должны быть *подсобные помещения*: автоклавная и материальная комнаты для заготовки и стерилизации белья и перевязочного материала, моечная, туалетные, кухня, прачечная, дезинфекционная, кладовая для чистого белья, раздевалка и душевая для персонала и т.д. Необходимо в физиологическом отделении иметь общую столовую и комнату отдыха, а также ординаторскую для персонала.

Медицинская сестра имеет право работать на всех участках родовспомогательного учреждения, кроме родильного зала, где обязанности выполняет акушерка. Однако в экстремальной ситуации медсестра обязана уметь принять нормативные роды и обработать новорожденного.

Гинекологический стационар состоит из приемного отделения, палат консервативного и оперативного отделений, операционного блока, перевязочных (чистой и гнойной), выписной, столовой, комнат гигиены, комнаты отдыха, подсобных помещений.

В оперативном отделении находятся больные, нуждающиеся в хирургическом методе лечения. Хирургические вмешательства проводятся в виде плановой и экстренной помощи.

В консервативном отделении получают лечение гинекологические больные, не нуждающиеся в хирургической

помощи. Там же имеется отделение для искусственного прерывания беременности.

После выписки из гинекологического стационара и после родов выписанные женщины передаются под наблюдение в женскую консультацию.

Показателем эффективности работы родильного стационара и гинекологического отделения является резкое снижение материнской и детской заболеваемости и смертности, а также снижение гинекологических заболеваний.



САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМЫ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Чрезвычайно важной задачей акушерско-гинекологического стационара является предупреждение инфекционных осложнений во время беременности и после родов.

Источники инфекционного заболевания

«Входными воротами» инфекции у родильниц являются поврежденные родовые пути. Так как матка после отделения последа представляет собой раневую поверхность, а через поврежденные влагалище, шейку матки и промежность также легко может проникнуть инфекция, ранний послеродовой период является наиболее уязвимым для проникновения инфекции. Это может вызвать развитие послеродового инфекционного осложнения.

У детей «входными воротами» инфекции чаще всего является культя пуповины. Однако инфекция может проникнуть через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки, дыхательные пути, а также пищеварительный тракт.

Источниками инфекции в роддоме могут быть:

- а) медперсонал, плохо обследованный на бактерионосительство;
- б) сами беременные, роженицы и родильницы, если они больны или являются бактерионосителями;
- в) внутрибольничная инфекция (наличие штаммов микробов с высокой устойчивостью к антибактериальным и дезинфицирующим средствам);
- г) новорожденные с заболеваниями носоглотки, желудочно-кишечного тракта, кожных покровов.

Чаще всего в распространении инфекции прослеживается в любой последовательности цепочка персонал — мать — новорожденный.

Выполнение правил санитарно-эпидемиологического режима в акушерско-гинекологическом стационаре регламентирует ряд документов: приказы № 55 от 9.01.1981 г., 80, 372, 470, 691, ОСТ 42-21-2-85, 338 от 26.11.1997 г. и другие документы.

В соответствии с этими приказами предусматриваются правила подбора и обследования персонала, периодичность контроля за состоянием его здоровья, правильность приема рожениц в стационар и своевременная их изоляция при возникновении различных осложнений у беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, правила стерилизации инструментов, перевязочного материала, мытья рук персонала, обработки родовых путей и операционного поля, пастеризация грудного молока, уборка родзала, палат и подсобных помещений, а также другие вопросы, связанные с соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в родовспомогательном учреждении.

Большое значение в соблюдении этих режимов придается подготовке и дезинфекции палат, текущей их уборке, своевременному закрытию родзала на мойку. Поэтому задача данного пособия — научить медицинскую сестру и выработать у нее навыки по выполнению необходимых требований.

Медицинская сестра должна уметь:

- 1) подготовить палату к генеральной уборке после выписки родильниц;
- 2) произвести обработку палаты и подготовить ее для приема родильниц из родильного блока;
- 3) подготовить к автоклавированию пакеты для приема родов и обработки новорожденных;
- 4) заложить в биксы материал для стерилизации.

Далее ознакомимся с методикой и порядком выполнения этих манипуляций.

Подготовка палаты и инвентаря

После выписки родильниц освободить палату от мягкого инвентаря; грязное белье сложить в бак с вложенным клеенчатым или полиэтиленовым мешком; подушки, матрацы,

одеяла подготовить для транспортировки в дезинфекционную камеру.

- Залить палату (стены, кровати, пол) 5%-ным раствором хлорамина на 2 часа и закрыть палату.
- Через 2 часа вымыть палату стерильной ветошью в перчатках.
- В течение 60 минут прокварцевать палату.
- Все предметы протереть мокрой ветошью.
- В течение 30 минут вновь прокварцевать помещение.
- В течение 20 минут проветрить помещение.

Подготовка мягкого инвентаря к автоклавированию

— Приготовить пакеты для приема родов и обработки новорожденного.

— Заложить в биксы простыни, халаты, салфетки и др. необходимый материал.

В палатах проводится влажная уборка 3 раза в день с использованием моющих растворов, один раз в сутки уборку проводят с использованием дезсредства способом «двух ведер».

Емкость «1» наполняют моющим или дезинфицирующим раствором; емкость «2» — чистой водопроводной водой. Ветошь смачивают в растворе емкости «1» и протирают участок (2–3 м). Затем ветошь прополаскивают в емкости «2», отжимают, вновь пропитывают в емкости «1» и моют новые участки поверхности. Воду в емкости «2» меняют по мере загрязнения, а в емкости «1» — после уборки 60 кв. м поверхности.

Обработка предметов ухода

Термометры медицинские. Полное погружение в раствор с последующим промыванием в растворе:

- ▶ хлорамина 0,5%-ного — 30 минут;
- ▶ хлорамина 1%-ного — 15 минут;
- ▶ хлорамина 2%-ного — 5 минут;
- ▶ перекиси водорода 3%-ной — 80 минут.

Наконечники для клизм и спринцеваний закладывают в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час, промывают проточной водой, помещают в моющий раствор (+50 °C) на 15 минут,

промывают проточной водой, дистиллированной водой, просушивают, заворачивают в простыни и автоклавируют.

Судна. Содержимое залить 1%-ным раствором хлорной извести на 1 час, опорожнить, затем поместить в 3%-ный раствор хлорамина на 2 часа, промыть и просушить.

Инвентарь. Погружается в 3%-ный раствор хлорамина, или 0,5%-ный раствор гипохлорита натрия на 1 час, моется, высушивается.

Резиновые грелки, пузыри со льдом. Двукратно протираются 1%-ным раствором хлорамина В, или гипохлорита натрия 0,25%-ным раствором, или другими дезинфицирующими средствами с интервалом в 15 минут, затем промываются водой.

Перчатки. Замочить в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час, промыть проточной водой, поместить в моющий раствор (+50 °С) на 15 минут, промыть, высушить, пересыпать тальком, перекладывая мягкой тканью и автоклавировать.

Щетки. Промывают проточной водой и кипятят в 2%-ном содовом растворе 15 минут.

Ножницы, бритвенные приборы. Погружают в 10%-ный раствор формалина на 15 минут с последующим промыванием проточной водой или стерилизуют в 4%-ном растворе перекиси водорода с добавлением 0,5%-ного моющего раствора — 90 минут.

Клеенки. Погружают в 3%-ный раствор хлорамина на 60 минут с последующим промыванием и высушиванием.

Тапочки. В носок тапочек закладывают ветошь, смоченную 10%-ным раствором формалина, помещая в мешок на 2 часа, затем протирают ветошью, смоченной 1%-ным раствором аммиака, накрывают тканью и выдерживают 30 минут, проветривают и хранят в закрытой тумбочке.

Обработка рук. Для обработки используют:

- ▶ хлоргексидин биглюконат (гибитон) 0,5%-ный спиртовой раствор; рецептуру С-4 (первомур) 2,4%-ный ра-

створ; дегмин 1%-ный раствор; йодопирон 0,1%-ный раствор;

- ▶ руки моют проточной водой щеткой с мылом в течение 1 минуты (кисть, ногтевые фаланги, межпальцевые пространства, предплечье);
- ▶ насухо вытирают стерильной салфеткой;
- ▶ хлоргексидином 0,5%-ным обработку производят двумя влажными тампонами в течение 5 минут;
- ▶ дегмином 1%-ным — двумя тампонами по 3 минуты (всего 6 минут);
- ▶ йодпироном 0,1%-ным моют руки стерильной салфеткой в эмалированном тазу 4 минуты;
- ▶ рецептурой С-4 (первомур) 2,4%-ным раствором в течение 1 минуты руки погружают в эмалированный таз, после чего вытирают стерильной салфеткой и надевают стерильные перчатки.

Кожу операционного поля без предварительного мытья обрабатывают двукратным смазыванием с помощью стерильного тампона, смоченного в 1%-ном растворе йодпирона или 0,5%-ном растворе хлоргексидина, или 5%-ной спиртовой настойкой йода.

Санитарная обработка поступающих рожениц и беременных

Предупреждению заноса инфекции в родильное отделение поступающей роженицей и предупреждению внутрибольничного инфицирования здоровых рожениц служит первое звено санитарно-пропускного блока — фильтр, где проводят первый предварительный опрос и обследование роженицы, ее документации (обменная карта).

В фильтре измеряют температуру, сосчитывают пульс, производят опрос роженицы для выявления возможного инфекционного заболевания у нее самой или контакта с инфекционными больными, осматривают кожу (сыпь, гнойники, чесотка и т.д.), исследуют зев (ангина).

Из фильтра женщина поступает в санитарный пропускник именно того отделения, в которое по состоянию своего здоровья она должна быть направлена (физиологическое или observationalное).

Второе звено — это место санитарной обработки роженицы или беременной.

Необходимо правильно произвести санитарную обработку роженицы или беременной, дезинфекцию инструментов и предметов ухода.

Для этого нужно:

- надеть перчатки;
- обрезать ногти на руках и ногах;
- сбрить волосы в подмышечных впадинах одноразовым лезвием;
- сбрить волосы на лобке, предварительно намылив его стерильным жидким мылом при помощи влажного тампона на корнцанге;
- поставить очистительную клизму;
- после окончания постановки клизмы наконечник и кружку Эсмарха поместить в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час;
- снять перчатки и вымыть руки;
- после опорожнения кишечника роженица принимает душ, используя индивидуальный кусочек мыла и стерильную мочалку, вытирает тело полотенцем и надевает стерильную рубашку;
- обрабатывает ногти рук и ног йодом, соски — раствором бриллиантового зеленого.

Очистительная клизма противопоказана роженицам перед периодом изгнания, после операции кесарева сечения, при тяжелых гестозах беременности, при угрозе преждевременных родов.

У поступающей роженицы осматривают кожные покровы, измеряют температуру тела, проверяют ее на педикулез, измеряют АД на обеих руках, считают пульс, выслушивают сердцебиение плода и направляют в смотровую комнату для влажного исследования, постановки диагноза и составления плана ведения родов.

Обследование персонала

Для исключения контакта с больным персоналом при поступлении на работу заводятся санитарный паспорт (медицинская книжка), в которой отмечаются данные осмотра специалистами и результаты взятых анализов. Осмотр повторяется с периодичностью, предусмотренной действующими приказами.

Наряду с этим существует журнал ежедневного осмотра персонала, где отмечается при приходе на работу состояние здоровья работающих в указанную смену (температура тела, наличие респираторных заболеваний, гнойнички на коже и т.д.).

Персонал, пришедший на работу в родильный стационар, должен принять душ, сменить одежду, обувь, надеть чистые халат, шапочку, а при эпидемиях гриппа — маску, меняя ее каждые два часа.

Акушерка, медсестра отделения новорожденных не имеют права выходить из своих подразделений в халате этого отделения. Режимы работы I и II родильных отделений различны. Во II родильном отделении контакт между беременными и родильницами не разрешается. Женщины, находящиеся в наблюдательном отделении, не могут пользоваться общим туалетом, комнатой гигиены, столовой, комнатой отдыха, так как возможна передача инфекции от одной родильницы к другой.

При любом осложненном течении послеродового периода или во время беременности женщина должна быть переведена из физиологического отделения в отделение наблюдения. При выявлении осложнения у новорожденного, он переводится в отделение патологии новорожденных.

Соблюдение нормативов, предупреждающих возникновение и распространение инфекционных осложнений в родах и послеродовом периоде, способствует получению здорового потомства и резкому снижению материнской и детской заболеваемости.



АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ЖЕНСКИЙ ТАЗ. ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Строение и функции женских половых органов представляют основу изучения предмета акушерства и гинекологии. Необходимо знать строение половых органов, их основное назначение, те изменения, которые происходят в организме женщины в норме вне беременности, во время беременности, после родов, а также при ряде гинекологических заболеваний. Поэтому разделу изучения анатомии и физиологии женских половых органов и особенностям строения женского таза придается большое значение.

Костный таз образует родовый канал, по которому происходит движение плода. Неблагоприятные условия внутриутробного развития, заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, могут привести к нарушению строения и развития таза. Таз может быть деформирован в результате травм, опухолей и другой патологии.

Отличия в строении женского и мужского таза становятся особенно выраженными в зрелом возрасте. Кости женского таза более тонкие, гладкие и менее массивные, чем кости мужского таза. Плоскость входа в малый таз у женщин имеет

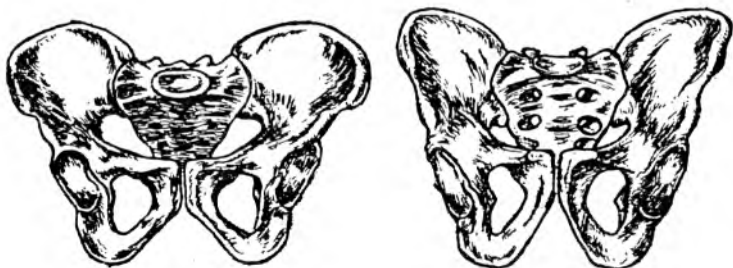


Рис. 1. Женский и мужской таз

поперечно-овальную форму, а у мужчин — форму карточного сердца (рис. 1)

В анатомическом отношении женский таз ниже, шире и больше в объеме. Лобковый симфиз в женском тазу короче мужского. Крестец у женского таза шире, крестцовая впадина умеренно выгнута. Полость малого таза у женщин напоминает цилиндр, а у мужчин воронкообразно сужается книзу. Лобковый угол шире ($90-100^\circ$), у мужчин — $70-75^\circ$. Копчик выдается кпереди меньше, чем в мужском тазу. Седалищные кости в женском тазу параллельны друг другу, а в мужском сходятся. Все эти особенности имеют очень большое значение в процессе родового акта.

Таз взрослой женщины состоит из 4 костей: двух тазовых, одной крестцовой и одной копчиковой, прочно соединенных друг с другом. Тазовая кость, или безымянная, состоит до 16–18 лет из 3 костей, соединенных хрящами в области вертлужной впадины: подвздошной, седалищной и лобковой. После наступления полового созревания хрящи срастаются между собой и образуется сплошная костная масса — тазовая кость (рис. 2).

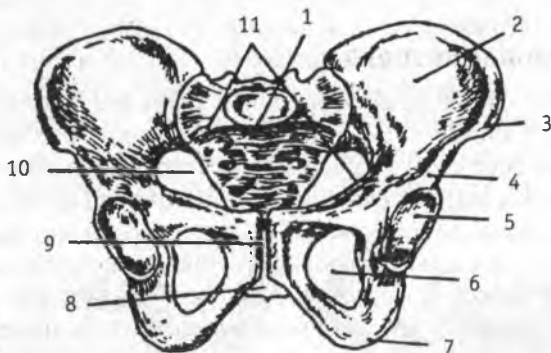


Рис. 2. Женский таз:

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

Верхние и нижние ветви лобковых костей спереди соединяются друг с другом посредством хряща, образуя малоподвижное соединение, что позволяет несколько растянуться ему при беременности, увеличивая, таким образом, объем таза.

Крестец и копчик, состоящие из отдельных позвонков, образуют заднюю стенку таза.

Различают *большой* и *малый таз*. Наибольшее значение при беременности имеет малый таз, так как он представляет собой часть родового канала. Его форма и размеры имеют очень большое значение в течение родов. В малом тазу различают вход, полость и выход. В полости малого таза выделяют широкую и узкую части. В соответствии с этим различают четыре плоскости: плоскость входа в малый таз, плоскость широкой части малого таза, плоскость узкой части малого таза и плоскость выхода из малого таза. Если мысленно соединить середины всех прямых размеров малого таза, то получится линия, изогнутая в виде крючка, которая называется *проводной осью таза*. Движение плода по родовому каналу происходит по направлению проводной оси таза.

Исследование таза

Проводится у беременной при первом посещении женской консультации путем осмотра, ощупывания и измерения. Особое значение следует придавать осмотру пояснично-крестцового ромба, представляющего собой площадку на задней поверхности крестца. Верхним углом ромба является углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня. Нижний угол соответствует верхушке крестца, боковые углы — задневерхним осям подвздошных костей.

При нормальных размерах и форме таза ромб приближается к квадрату, при неправильном тазе форма и размеры его меняются.

Тазомер — специальный инструмент для измерения размеров таза (рис. 3).

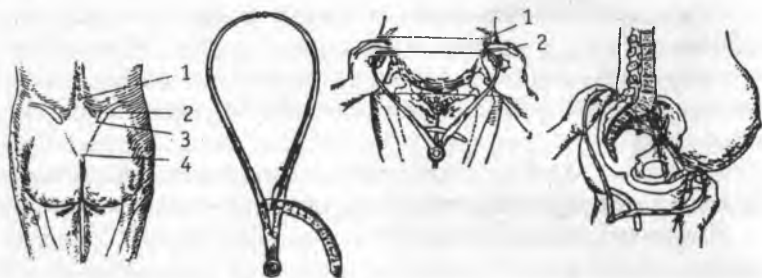


Рис. 3. Методика измерения размеров таза

Размеры таза

Distantia spinarum — 25–26 см, это расстояние между передневерхними остями малого таза подвздошных костей.

Distantia cristarum — 28–29 см, это расстояние между самыми отдаленными точками гребешков подвздошных костей.

Distantia trochanterica — 30–31 см, это расстояние между самыми отдаленными точками вертелов бедренных костей.

Conjugata diagonalis externa — 20–21 см, это расстояние от верхнего края лона до крестцово-пояничного сочленения, что соответствует верхней точке ромба Михаэлиса.

Мягкие ткани таза покрывают костный таз с наружной и внутренней поверхности. Мышцы тазового дна располагаются в три слоя. Такое расположение мышц имеет большое практическое значение во время родов при изгнании плода, так как они все растягиваются и образуют широкое мышечное кольцо, являющееся мышечным продолжением костного кольца. Часть тазового дна, располагающаяся между задней спайкой половых губ и заднепроходным отверстием, называется *акушерской промежностью* (рис. 4).

Тазовое дно, образованное тремя слоями мышц и фасциями, является опорой для внутренних половых органов и других органов брюшной полости. Несостоятельность мышц тазового дна может привести к выпадению половых органов, мочевого пузыря, прямой кишки.

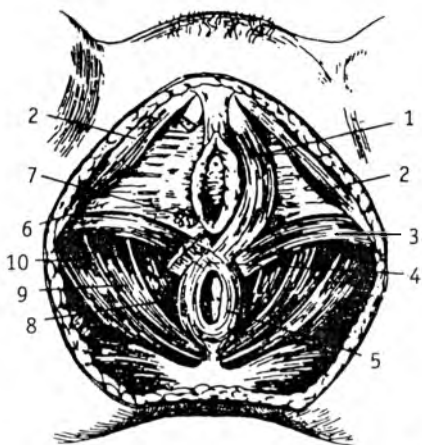


Рис. 4. Мышцы тазового дна:

- 1 — луковично-пещеристая мышца; 2 — седалищно-пещеристая мышца;
- 3 — поверхностная поперечная мышца промежности;
- 4 — сухожильный центр промежности;
- 5 — сфинктер прямой кишки;
- 6 — мочеполая диафрагма;
- 7 — бартолинова железа;
- 8-10 — диафрагма таза

Половые органы женщины

Половые органы делятся на наружные и внутренние.

К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, девственная плева, преддверие влагалища, лобок, железы преддверия влагалища.

Наружные половые органы принято считать органами полового чувства (рис. 5).

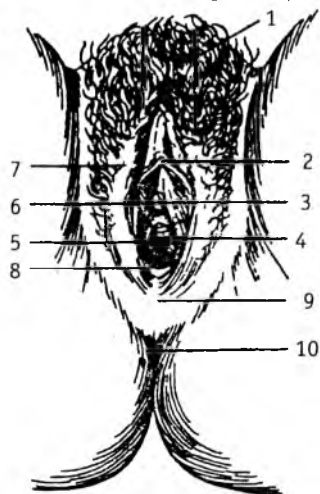


Рис. 5. Наружные половые органы женщины:

- 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 губ;
- 9 — промежность;
- 10 — заднепроходное отверстие

Лобок (mons pubis) — представляет собой богатое подкожным жиром возвышение, располагающееся спереди и выше лобкового сочленения.

Верхней границей лобка является поперечная кожная бороздка — надлобковая складка, справа и слева от лобка — паховые складки, кзади лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами. Рост волос на лобке связан с деятельностью яичников и коры надпочечников.

Большие половые губы (labia majora pudendi) — две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Спереди они переходят в кожу лобка, кзади постепенно сужаются и, соединяясь по средней линии, образуют заднюю спайку. Кожа на внутренней поверхности покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы.

Внутренняя поверхность покрыта нежной розовой кожей. Пространство между большими половыми губами называется *половой щелью*.

В толще половых губ заложены железы преддверия — *бартолиновы*, вырабатывающие секрет. Железы располагаются в толще задних отделов больших губ, их выводные протоки открываются в борозде, образованной малыми половыми губами и плевой.

Пространство между задней спайкой и заднепроходным отверстием называется *промежностью*. Она представляет собой мышечно-фасциальную пластинку, покрытую снаружи кожей; на коже промежности заметна линия, идущая от задней спайки до заднего прохода — шов промежности. Высота промежности снаружи 3—4 см. По направлению вглубь промежность сужается, так как влагалище и прямая кишка приближаются друг к другу.

Малые половые губы (labia minora pudendi) — вторая пара продольных кожных складок. Они располагаются внутри — от больших половых губ вдоль основания последних. Спереди малые половые губы раздваиваются и образуют 2 пары ножек. Передняя пара, соединяясь по средней линии над клитором, образует складочку — *крайнюю плоть клитора*. Вторая пара ножек, соединяясь под клитором, образует *уздечку клитора*. Кзади губы становятся ниже и сливаются с боль-

шими на уровне средней трети последних, богато снабжены сосудами и нервными окончаниями.

Клитор (clitoris) — небольшое конусовидное образование, состоящее из 2 пещеристых тел. Клитор выдается в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели. Различают головку и тело, состоящее из пещеристых тел и ножек. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами, в коже клитора много нервных окончаний. Клитор является органом полового чувства.

Преддверие влагалища (vestiduium vaginal) — пространство, ограниченное спереди клитором, сзади — задней спайкой половых губ, с боков — внутренней поверхностью малых половых губ. Сверху, со стороны влагалища, границей преддверия является плева (ее остатки). В преддверии открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез.

Девственная плева (hymen) — соединительнотканная перепонка, закрывает вход во влагалище у девственниц. Снаружи и со стороны влагалища покрыта плоским эпителием, в соединительнотканной основе есть мышечные волокна, сосуды и нервы. Имеет отверстия разной формы. В соответствии с этим плева бывает кольцевидной, полулунной, зубчатой, трубчатой формы. После первого полового сношения происходит разрыв плевы, от нее остаются гименальные сопочки. После родов сохраняются отдельные обособленные друг от друга лоскутки плевы, они называются *миртовидными сопочками*.

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка и придатки матки (маточные трубы и яичники). Они являются органами деторождения (рис. 6).

Влагалище (vagina, colpos) — растяжимая мышечно-фиброзная трубка длиной около 10 см. Оно несколько изогнуто, выпуклость обращена кзади. Верхним своим краем влагалище охватывает шейку матки, а нижним — открывается в преддверие влагалища.

Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются между собой. Шейка матки выступает во влагалище, вокруг шейки образуется желобообразное пространство — свод влагалища.

В нем различают задний свод (более глубокий) и передний (более плоский). Передняя стенка влагалища в верхней части прилежит к дну мочевого пузыря и отделена от него рыхлой клетчаткой, а нижний отдел ее соприкасается с мочеиспускательным каналом. Верхняя часть задней стенки влагалища покрыта брюшиной, ниже задняя стенка влагалища прилежит к прямой кишке.

Стенки влагалища состоят из трех оболочек: *наружная* (плотная соединительная ткань), *средняя* (тонкие мышечные волокна, идут в разных направлениях) и *внутренняя* (слизистая оболочка, покрытая множественными поперечными складками, которые наиболее всего выражены в детородном возрасте).

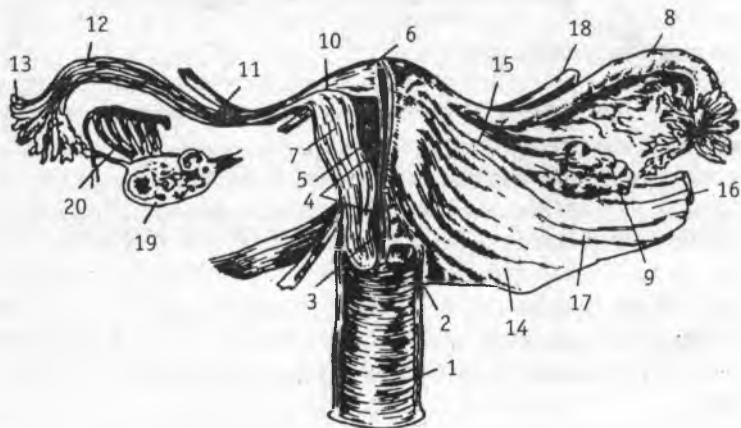


Рис. 6. Внутренние половые органы женщины
(фронтальный разрез):

- 1 — влагалище; 2 — влагалищная часть шейки матки;
3 — шейный 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 — воронкотоазовая связка; 17 — широкая связка;
18 — круглая связка; 19 — яичник (на разрезе) с фолликулами
и желтым телом; 20 — паровариум

Матка (uterus) — непарный полый орган, располагающийся в малом тазу между мочевым пузырем (спереди) и прямой кишкой (сзади). Длина матки колеблется от 6,0 до 7,5 см, из которых на шейку матки приходится 2,5–3 см.

Ширина в области дна — 4–5,5 см, толщина стенок — 1–2 см. Матка спереди назад имеет форму сплюсненной груши. В ней различают дно, тело и шейку.

Дно матки — верхняя часть, выступающая выше уровня вхождения в матку маточных труб. *Тело матки* имеет треугольное очертание, суживаясь постепенно по направлению к шейке. *Шейка* является продолжением тела. В ней различают влагалищную часть и верхний отрезок, примыкающий к телу. Внутри шейки матки проходит *цервикальный канал*, открывающийся во влагалище наружным, а в полость матки — внутренним зевом.

В области углов основания матки в ее полость открываются маточные трубы. На границе между телом матки и шейкой располагается перешеек матки, из которого во время беременности формируется нижний сегмент.

Стенка матки состоит из трех основных слоев. Наружный слой представлен брюшиной, являющейся ее серозной оболочкой. Средний слой — мышцы, составляющие главную часть стенки. Мышцы переплетаются в различных направлениях (продольном, поперечном и косом). Они во время беременности гипертрофируются, и за счет этого вес матки к концу беременности достигает одного килограмма. Особенно мощная мышечная прослойка в теле матки, внутренний слой матки представляет слизистую оболочку, так называемый *эндометрий* (функциональный и базальный слой).

Маточные трубы отходят от боковых поверхностей дна матки с обеих сторон (*tuba uterina*, *tuba Fallopii*). Это парный трубчатый орган длиной 10–12 см. Трубы заключены в складку брюшины, составляющую верхнюю часть широкой маточной связки и носящую название «брыжейка трубы». Маточная труба имеет следующие отделы: *маточная часть* (в толще матки), *перешеек* (в складке брюшины) и *ампула маточной трубы* (расширенная часть трубы, обращенная в брюшную

полость). Концы трубы называются воронкой трубы. Край воронки снабжены многочисленными отростками различной длины и формы (бахромки). Одна из бахромок тянется в складке брюшины до яичника. Просвет трубы уменьшается по мере приближения к матке (1 см), а у воронки он расширен до 6–8 см.

Снаружи труба покрыта соединительнотканной оболочкой, под нею — мышечная (продольный и поперечный слои) оболочка. Следующий, внутренний, слой представлен слизистой оболочкой, выстланной мерцательным эпителием, имеющим складки.

Яичники (ovarium) — парный орган, являющийся женской половой железой. Это овальное тело длиной 2,5 см, шириной 1,5 см, толщиной 1 см (рис. 6). В нем различают две поверхности и два полюса. Верхний край яичника, закругленный, обращен к маточной трубе. Один полюс яичника соединен с маткой собственной связкой. Второй полюс обращен к боковой стенке таза. Свободный край яичника смотрит в брюшную полость. Другим краем яичник прикреплен к заднему листку широкой связки. В яичнике имеются корковый и мозговой слои. В *корковом слое* созревают фолликулы, в *мозговом* проходят сосуды и нервы. Сверху яичник окутан эпителиальным покровом, под которым расположена белочная оболочка.

Кровоснабжение матки происходит за счет маточных артерий, артерий круглой маточной связки и ветвями яичниковой артерии. Яичник получает питание из яичниковой артерии. Маточная труба питается также за счет яичниковой артерии. Влагалище получает питание за счет подчревной артерии. Венозная система внутренних половых органов представлена маточным сплетением.

Иннервация матки и влагалища обеспечивается симпатической и парасимпатической нервной системой.

Связочный аппарат половых органов представлен 4 парами крупных связок:

- 1) широкая связка матки от ребра матки до боковых поверхностей таза;

- 2) по передней поверхности широкой связки идет круглая связка матки, идущая в том же направлении, параллельно маточной трубе и артерии, она к концу беременности утолщается и ее можно прощупать через брюшную стенку у не очень тучных женщин;
- 3) крестцово-маточная связка, идущая от крестца к задней поверхности матки, при ее укорочении матка загибается кзади;
- 4) собственная связка яичников, идущая от боковых поверхностей таза к яичнику.

Связочный аппарат фиксирует анатомическое расположение органов и обеспечивает их правильное взаимоотношение между собой.

Молочные железы. Это сложный в анатомическом и функциональном отношении орган. Они расположены на передней грудной стенке между III и IV ребрами. Тело железы имеет форму выпуклого диска с неровной поверхностью спереди, где находятся выступы и углубления, заполненные жировой клетчаткой. Задняя поверхность железы представлена сложными альвеолярно-трубчатыми железами, собранными в мелкие дольки, из которых формируются крупные доли. Каждая доля имеет выводной проток. Некоторые протоки могут соединяться перед выходом на поверхность соска, поэтому число отверстий на соске может быть от 12 до 20. Паренхима железы заключена в соединительнотканый футляр, образованный расслоением поверхностной грудной фасции, покрывающей спереди большую грудную и зубчатую мышцы. Под передним листком расщепленной поверхностной фасции имеется большое количество жировой ткани, окружающей молочную железу снаружи и проникающей между ее долями. От фасциального футляра в глубь железы распространяются соединительнотканые тяжи и перегородки.

Они пронизывают всю ткань железы и образуют ее мягкий остов, в котором располагаются жировая клетчатка, молочные протоки, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. Внутридольковые перегородки продолжаютя кпереди за пределы фасции к глубоким слоям кожи в виде соединительнотканых тяжей — связок Купера (рис. 7).

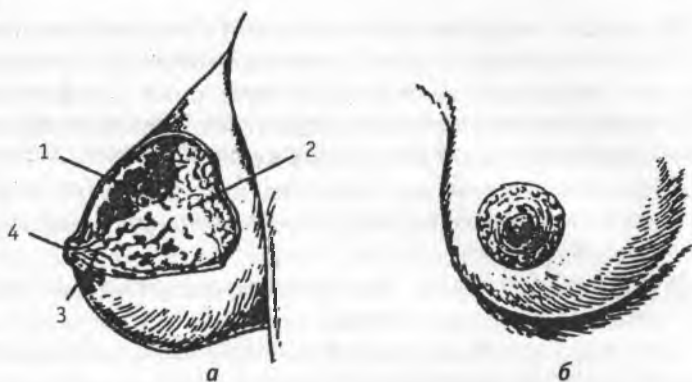


Рис. 7. Молочная железа:

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

Молочная железа снабжается кровью ветвями внутренней грудной и подмышечной артерии, а также ветвями межреберных артерий.

Менструальный цикл и его регуляция

Менструальный цикл — одно из проявлений сложного биологического процесса в организме женщины, характеризующегося циклическими изменениями функции половой системы, а также других систем организма (сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и др.). Нормальный менструальный цикл включает 3 компонента:

- 1) циклические изменения в системе гипоталамус — гипофиз — надпочечники — яичники;
- 2) циклические изменения в гормонально зависимых органах (матке, маточных трубах, яичниках, влагалище, молочных железах);
- 3) циклические изменения (колебания функционального состояния) в нервной, эндокринной и других системах организма.

Изменения в организме женщины на протяжении менструального цикла носят двухфазный характер, что связано с ростом и созреванием фолликула, овуляцией и развитием желтого тела в яичниках. Наиболее выраженные изменения происходят в слизистой оболочке матки (*эндометрии*). Если оплодотворение яйцеклетки не происходит, функциональный слой эндометрия отторгается и появляются кровянистые выделения из половых путей (менструации), что свидетельствует об окончании циклических изменений в организме. Длительность менструального цикла определяют от первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации. В норме продолжительность менструального цикла составляет от 21 до 35 дней. Наиболее оптимальным считается 28-дневный цикл.

В яичниках под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза наблюдают 2 фазы:

- 1) фаза развития фолликула и разрыва созревшего фолликула — *фолликулиновая фаза*;
- 2) фаза развития желтого тела — *лютеиновая фаза*.

Процесс созревания фолликула занимает первую половину менструального цикла. Яйцеклетка, заключенная в фолликуле, увеличивается за счет деления. В яичнике в это время вырабатываются эстрогенные гормоны (*эстрадиол, эстрон, эстриол*). Под их воздействием происходят рост и развитие матки, влагалища, наружных половых органов, а также появление вторичных половых признаков, повышается тонус мускулатуры матки, усиливается ее возбудимость, развиваются молочные железы и их функция, происходит пролиферация в слизистой матки.

В фазе овуляции происходит разрыв зрелого фолликула и выход из его полости созревшей, годной к оплодотворению яйцеклетки. Яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, вместе с фолликулярной жидкостью попадает в брюшную полость, а в дальнейшем — в маточную трубу. Это происходит в середине любого менструального цикла.

Фаза развития желтого тела (лютеиновая). На месте разорвавшегося фолликула образуется новая железа внутренней

секреции — *желтое тело*, продуцирующее *гормон прогестерон*, который подготавливает организм к беременности и потому он называется еще гормоном беременности, или гормоном желтого тела. Кроме этого, он снижает возбудимость и сократительную деятельность матки, способствует подготовке молочных желез к секреции молока, перистальтике маточных труб и транспортировке яйцеклетки в матку.

С момента обратного развития желтого тела продукция прогестерона прекращается. В яичнике начинает созревать новый фолликул.

По характеру циклических изменений в матке выделяют три фазы:

- 1) фаза пролиферации;
- 2) фаза секреции;
- 3) фаза кровотечения (менструация).

Фаза пролиферации — фолликулиновая — продолжается до половины любого менструального цикла (в среднем 14 дней), она начинается сразу после менструации и заключается в разрастании желез в слизистой матки под влиянием зреющего в яичнике фолликула и вырабатываемого им эстрогенного гормона (фолликулина).

Фаза секреции (лютеиновая) длится также половину цикла. Она характеризуется тем, что железы начинают вырабатывать секрет под действием гормона желтого тела (прогестерона), образовавшегося на месте лопнувшего фолликула.

Фаза кровотечения (менструация) включает десквамацию (отторжение) и регенерацию эндометрия. Регенерация происходит после отторжения функционального слоя из тканей базального слоя. В физиологических условиях на 4-й день цикла вся раневая поверхность слизистой оболочки эпителизируется.

Периоды жизни женщины

На протяжении жизни женщины различают несколько периодов, характеризующихся возрастными анатомо-физиологическими особенностями. Границы между периодами весь-

ми условны и меняются в зависимости от индивидуальных условий развития, наследственных, биологических и социальных факторов.

Внутриутробный период. В этом периоде происходят закладка, развитие, дифференцировка и созревание всех органов и систем плода, в том числе и половой системы под влиянием половых гормонов, поступающих из крови матери, из плаценты, а также образующихся в организме самого плода. С 3–4-й недели эмбрионального развития первыми начинают закладываться половые железы, с 6–8-й недели происходит закладка и дифференцировка наружных и внутренних половых органов. У плода к 20-й недели внутриутробного развития в яичниках имеются примордиальные фолликулы. На 31–33-й недели появляются первые признаки развития фолликулов, число слоев клеток гранулезы увеличивается до 6–8 рядов, происходит формирование тека-ткани. На каждой неделе внутриутробного развития происходят те или иные важные процессы формирования репродуктивной системы, и воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды оказывает повреждающее действие на те структуры и системы, которые в этот период находятся в активном состоянии. Этот период важен для последующего становления всех функций половой системы женщины, поскольку воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды может способствовать возникновению пороков развития органов половой системы, что в последующем приводит к нарушению специфических функций женского организма. Вынашивая ребенка, беременная женщина нуждается в создании самых благоприятных физических и эмоциональных условий, а также в рациональном питании, богатом витаминами, микроэлементами, белками и энергетическими соединениями.

Период новорожденности. Это первые 4 недели жизни, или 28 дней. При рождении пол ребенка устанавливается на основании строения наружных половых органов, поскольку другие половые признаки в раннем детстве отсутствуют. В течение первой недели жизни у новорожденной девочки

отмечаются некоторые проявления эстрогенной насыщенности и может наступить явление так называемого полового криза: нагрубание молочных желез, набухание слизистой оболочки влагалища и даже кровянистые выделения из половых путей. Принято считать, что это связано с воздействием материнских гормонов на организм девочки. На 8—10-е сутки все эти явления проходят.

Период детства. Детство называют нейтральным периодом, поскольку с первого месяца жизни и до 8 лет в репродуктивной системе не происходит заметных изменений. Организм постепенно подготавливается к последующему физическому и половому становлению. Для полноценного развития уже с 3—4 лет, когда ребенок начинает осознавать свою принадлежность к мужскому или женскому полу, необходимо приучать девочку к определенным правилам поведения и гигиены.

Девочка должна спать в своей постели и иметь свои индивидуальные туалетные принадлежности. Белье ребенка необходимо стирать отдельно от белья взрослых. В течение первого года жизни памперсы следует применять непостоянно, а только во время прогулок или ночного сна. Слизистая оболочка наружных половых органов девочки чрезвычайно нежная и может реагировать на синтетические ткани, сильные моющие средства, тесную одежду. При появлении покраснения, зуда или выделений из половых путей необходимо сразу обратиться к детскому гинекологу.

Следует приучать ребенка к ежедневному туалету: чистить зубы два раза в день, опорожнять мочевой пузырь 4—5 раз в день и кишечник — ежедневно, мыть руки после туалета и перед едой. Если дома есть домашние животные, надо приучить девочку и мальчика обращению с ними, а для профилактики провести противопаразитарное лечение ребенка и животного.

С 4—5-летнего возраста необходимо обучать ребенка туалету наружных половых органов после каждого испражнения, насухо промокая специальной одноразовой или индивидуальной салфеткой, а также ежедневной смене чистого белья.

Ребенку должен быть обеспечен комфортный режим занятий и отдыха, полноценное сбалансированное питание, спокойный 10-часовой сон, ежедневное пребывание на свежем воздухе и комплекс физических нагрузок.

Период полового созревания. Продолжительность периода полового созревания около 10 лет, на протяжении которых происходит последовательное физическое и половое развитие девочки. К 18–20 годам девушка достигает полной физической, половой, социальной зрелости и готовности для благополучного осуществления детородной функции.

Период полового созревания начинается с 7–8-летнего возраста и делится на три периода. *Первый период* — препубертатный (от 7 до 9 лет) — характеризуется началом созревания гипоталамических структур мозга, выделением гонадотропина (ГТ) в ациклическом режиме каждые 5–7 дней.

Второй период — первая фаза пубертата (10–13 лет). В этот период происходят формирование суточной цикличности и повышение продукции ГТ, увеличение выработки эстрогенов в яичниках.

Третий период — вторая фаза пубертата (14–17 лет). Формируется и закрепляется репродуктивный тип функционирования гипоталамо-гипофизарной системы с полноценным двухфазным овуляторным менструальным циклом.

Для оценки правильности полового развития необходимо учитывать время и последовательность появления вторичных половых признаков, степень развития половых признаков и половых органов.

В возрасте 9–10 лет появляются первые признаки развития молочных желез — гиперемия и пигментация ареолы соска. Возраст появления молочных желез называется *телархе* (10–11 лет) и предшествует возрасту оволосения на лобке — *пубархе* (10–11 лет) и в подмышечных впадинах — *адренархе* (11–12 лет). Рост тела и увеличение массы тела начинаются с 9–10 лет и достигают максимума (до +10 см и +12 кг в год) за год до *менархе*.

В возрасте 11–12 лет начинаются рост и развитие внутренних половых органов, молочных желез, расширение кос-

тей таза. Первая менструация — менархе — появляется в возрасте 12–13 лет. В 13–14 лет появляются первые овуляторные циклы. В 15–17 лет прекращается рост тела девочки, формируется женский тип фигуры и закрепляется взрослый тип функционирования репродуктивной системы.

Период полового созревания — наиболее лабильный период жизни женщины, когда неустановившаяся репродуктивная система организма наиболее чувствительна к воздействию неблагоприятных внешних и внутренних факторов.

На протяжении всего периода полового созревания необходимо обеспечивать полноценное сбалансированное питание, рациональный режим с правильным чередованием учебы и отдыха, физических и интеллектуальных нагрузок. В возрасте 10–12 лет необходимо подготавливать девочку к ее новому состоянию, рассказать о половом развитии. Следует объяснить, как вести себя после появления первых менструаций. В дни менструаций следует ограничить физические нагрузки и предоставить дополнительный отдых. В эти дни девушкам целесообразно пользоваться специальными гигиеническими прокладками, а тампонами — только по рекомендации гинеколога. Гигиенические мероприятия включают обязательные ежедневные водные процедуры: каждый вечер перед сном необходимо мыться с мылом, особенно тщательно промывая наружные половые органы и подмышечные впадины, потому что на эти зоны активно действуют гормоны.

Период половой зрелости. Это собственно репродуктивный период, который продолжается около 30 лет (с 16–18 до 45–47 лет). В этот период вся репродуктивная система функционирует в стабильном режиме, который обеспечивает продолжение рода. В течение этого периода сохраняется способность организма женщины к воспроизводству потомства. Эти годы характеризуются высокой активностью всех специфических функций половой системы. У здоровой женщины на протяжении репродуктивного периода все циклы являются овуляторными, а всего созревают 350–400 яйцеклеток.

Вследствие регулярного созревания фолликулов в яичниках и овуляции в женском организме создаются оптимальные условия для беременности.

Учитывая высокую вероятность наступления беременности в этот период, каждая женщина должна подобрать контрацептивы, чтобы иметь только желанных детей. Необходимо позаботиться о здоровье своем и супруга, чтобы за 2–3 месяца до зачатия прекратить прием каких-либо медикаментов, бросить курить и прочие вредные привычки.

После родов восстановление репродуктивной системы у женщины может быть уже через 3–6 мес. Принято считать, что в период кормления ребенка грудью женщина стерильна, однако это не так. Овуляторные циклы могут появиться через 2–3 месяца после родов, и каждой паре следует подобрать контрацептивы. Оптимальный срок между родами не менее двух лет, когда организм женщины полностью восстанавливается и готов к новой беременности.

При регулярной половой жизни без контрацепции беременность должна наступить в течение 12 мес. Если этого не происходит, пара считается бесплодной и необходимо провести обследование обоих партнеров для установления причины бесплодия.

В репродуктивном возрасте важной проблемой являются инфекционные заболевания, передающиеся половым путем. Для профилактики заболеваний чрезвычайно важным является постоянство сексуальных партнеров, заботящихся о своем здоровье.

Женщине целесообразно выполнять комплекс гигиенических мероприятий. В дни менструации не рекомендуется проводить оперативные и другие вмешательства и жить половой жизнью. Каждая женщина должна знать особенности своего организма и по возможности создавать для себя оптимальные условия.

Климактерический период. Является периодом постепенного угасания функций репродуктивной системы женщины. Вместо терминов «климакс», «климактерический период» в настоящее время принята следующая терминология:

- ▶ *пременопаузальный период* — от 45 лет до наступления менопаузы;
- ▶ *перименопаузальный период* — пременопаузальный и два года после менопаузы;
- ▶ *менопауза* — последняя менструация, которая в среднем наступает в возрасте 50 лет;
- ▶ *постменопаузальный период* — начинающийся после менопаузы и продолжающийся до конца жизни женщины.

В периоде пременопаузы к возврату 45 лет в яичниках женщины остается менее 10000 ооцитов, происходят выраженные дистрофические изменения в фолликулах, резко снижается продукция эстрогенов, возрастает продукция ФСГ и ЛГ в несколько раз. При физиологическом течении этого периода происходит постепенное снижение функции яичников с адекватной реакцией организма на возрастные изменения. При патологическом течении развивается климактерический синдром. В этом случае происходят сдвиги в метаболизме — нарастает масса тела за счет жировой ткани, повышается уровень холестерина, триглицеридов и глюкозы в крови. Появляются *нейровегетативные* (приливы жара, потливость, головная боль, артериальная гипертензия, ознобы, тахикардия), *психоэмоциональные* (раздражительность, сонливость, депрессия, слабость, забывчивость), *урогенитальные* (сухость, зуд и жжение во влагалище, недержание мочи) расстройства. Отмечаются кожные проявления (сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, появление морщин) и позднее — обменные нарушения (остеопороз, ишемическая болезнь сердца).

Изменения ритма и продолжительности менструального цикла, свойственные пременопаузальному периоду, завершаются полным прекращением менструации — менопаузой в возрасте 50–53 лет. В перименопаузальном периоде могут наблюдаться дисфункциональные маточные кровотечения, что требует проведения обследования с обязательным гистологическим исследованием эндометрия ввиду высокого риска развития онкологических заболеваний. Отсутствие менструации в течение года характеризует начало периода постменопаузы.

Период постменопаузы. Женщины в климактерическом периоде нуждаются во внимательном и терпеливом к себе отношении. Им следует заботиться о физическом состоянии организма, потому что в этот период появляются многие соматические заболевания. В настоящее время специалисты рекомендуют назначение в этом периоде гормональной заместительной терапии.

Постменопауза делится на ранний период, когда сохраняется небольшая активность яичников, и поздний, когда функции яичников полностью прекращаются и происходит общее старение организма.

По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) различают пожилой возраст — 70–74 года, старость — 75–89 лет и долгожительство — старше 90 лет.

Сохранение здоровья женщины — одна из важнейших проблем современной науки, поскольку здоровая женщина дарит здоровое потомство и создает комфортные условия для семьи.



ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БЕРЕМЕННОЙ

Оплодотворение

Оплодотворением называется процесс слияния мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток, содержащих одиночный набор хромосом, в результате чего восстанавливается диплоидный набор хромосом и образуется качественно новая клетка — *зигота*, которая дает начало новому организму.

Зрелая яйцеклетка состоит из протоплазмы и ядра. Поверхность ее покрыта блестящей прозрачной оболочкой. После выхода яйцеклетки из фолликула она покрыта еще лучистым венцом из эпителия.

Зрелый сперматозоид состоит из головки, шейки и хвостика. Головка содержит наиболее важную часть половой клетки — ядро, несущее наследственные признаки отца. Хвостик помогает сперматозоиду активно передвигаться в отличие от яйцеклетки, которая неподвижна.

Яйцеклетка в момент овуляции попадает в маточную трубу благодаря захватыванию ее бахромками и передвигается по ней за счет перистальтического движения маточной трубы и мерцания ресничек эпителия. Период овуляции считается оптимальным сроком для оплодотворения, и если оно не происходит, то яйцеклетка разрушается.

Во время полового сношения эякулят попадает во влагалище женщины, под действием кислой среды которого часть сперматозоидов гибнет, а часть проникает через шейечный канал в матку, где среда щелочная, способствующая сохранению и передвижению сперматозоидов. Для оплодотворения яйцеклетки человека необходим только один сперматозоид, а остальные выделяют особый фермент (*гиалуронидазу*), которая растворяет белочную оболочку яйцеклетки и создает возможность проникновения единственного сперматозоида к

яйцеклетке и слияния с ее ядром. Для того чтобы наступило оплодотворение, необходимо, чтобы не менее 75% сперматозоидов имели активную подвижность и нормальное строение.

Затем зародыш начинает дробиться и продвигается по маточной трубе к матке. Это продолжается в течение 6–7 дней, после чего зародыш попадает в полость матки и внедряется в слизистую оболочку (функциональный слой эндометрия) ее стенки. Этот процесс называют *имплантацией*. К этому моменту эндометрий находится в фазе секреции. После прикрепления зародыша к стенке матки он постепенно погружается в глубь эндометрия, а над ним восстанавливается слизистая. Затем, в ходе развития плаценты, из этого слоя образуется дедидуальная оболочка плаценты. Из трофобласта (вторая оболочка) образуется *хорион*, ворсинки которого идут в глубь функционального слоя эндометрия. Третий (внутренний) слой, окружающий зародыш, образует оболочку, называемую *водной* (амнион). Постепенно в ворсинки хориона врастают сосуды зародыша, что в дальнейшем позволяет обеспечивать интенсивный обмен веществ между зародышем и организмом матери (рис. 8).

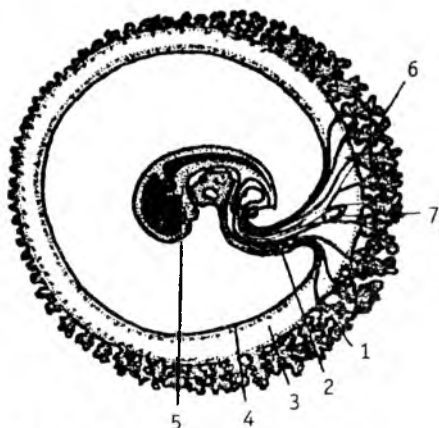


Рис. 8. Схема образования оболочек:

- 1 — ворсистая оболочка; 2 — зачаток пуповины; 3 — экзоцилом;
4 — водная оболочка; 5 — зародыш; 6 — аллантаис;
7 — остаток желточного пузырька

Плацентация начинается с 3-й недели беременности. С установлением плодово-плацентарного кровотока, к концу 13–16-й недели беременности, период плацентации заканчивается. При соединении сети пупочных сосудов с местной сосудистой сетью устанавливается плодово-плацентарное кровообращение, т.е. образуется маточно-плацентарный комплекс, обеспечивающий выполнение дыхательной, трофической и выделительной функций плода. Из материнской кровеносной системы, через стенку ворсин хориона их кровеносные сосуды проникают к плоду питательные вещества и кислород. Затем по сосудам кровь через вену идет к плоду. В обратном направлении из крови плода в кровь матери поступают по артериям пуповины продукты обмена, подлежащие удалению. Эта кровь обогащена CO_2 .

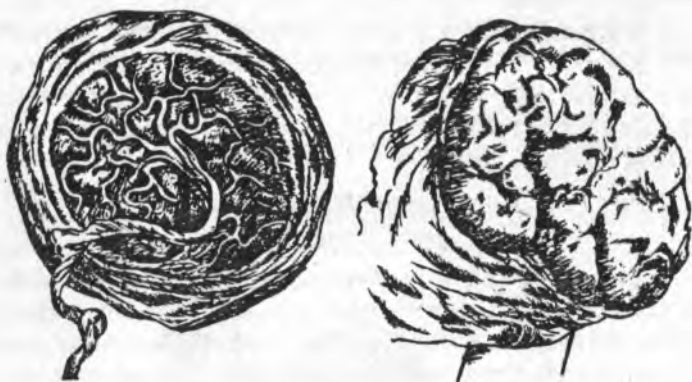


Рис. 9. Плацента

Кровь матери и плода не смешивается, потому что плод имеет собственную кровеносную систему кровообращения.

Помимо этого плацента является мощной железой внутренней секреции, так как вместе с плодом и гормонами матери образует единую эндокринную систему (*фетоплацентарный комплекс*). Плацента синтезирует и выделяет в материнский кровоток гормоны и биологически активные вещества, необходимые для нормального развития беременности.

Плацента является компонентом иммунобиологической защиты плода, а также обладает способностью защищать орга-

низм плода от неблагоприятных факторов внешнего воздействия (токсические вещества, некоторые лекарственные средства, микроорганизмы и др.). Однако для ряда повреждающих веществ барьерная функция плаценты недостаточна. Так, через плаценту легко проходят алкоголь, наркотики, никотин, ртуть, мышьяк, радиация, некоторые лекарственные вещества, вирусы краснухи, токсоплазма и др.

Околоплодные воды — это биологически активная окружающая плод среда, выполняющая многообразные функции. Объем околоплодных вод от 1 до 1,5 л. В течение часа обменивается третья часть вод. Воды обеспечивают гомеостаз плода, защищают плод от неблагоприятного влияния, пуповину — от сдавления: являются питательной средой для плода, предохраняют плод от травм, обеспечивают его свободное передвижение в матке.

Пуповина соединяет плод с плацентой, в ней проходят две артерии и одна вена, которые окружены студенистой тканью (*вартонов студень*). Длина пуповины 50–55 см, диаметр 1–1,5 см, а в плодовом отделе — 2–2,5 см.

Развитие плода

После того как завершилась имплантация, начинается период закладки основных органов и систем (*органогенез*). Нервная система формируется уже со второго месяца внутриутробной жизни. К 5-му месяцу формируется спинной мозг, развитие головного мозга заканчивается к 6–7-му месяцу внутриутробной жизни. Однако функция коры головного мозга развивается главным образом после рождения плода.

Эндокринная система функционирует с самого начала органогенеза, формируя фетоплацентарный комплекс.

Кроветворная система плода со 2-го месяца формируется постоянно. На 4-м месяце появляется кроветворная функция селезенки. У зрелого плода гемоглобина и эритроцитов больше, чем у взрослого человека, что помогает в снабжении плода кислородом.

Закладка органов дыхания происходит на первом месяце развития зародыша, к периоду зрелости плода дыхательная система получает полное развитие.

При недостаточном поступлении кислорода через плаценту у плода возникает кислородное голодание, что может нарушать развитие плода и явиться причиной его гибели.

Формирование пищеварительной системы идет на протяжении всего внутриутробного периода развития плода, однако печень начинает функционировать на 4–5-м месяце. В кишечнике плода образуется первородный кал (*меконий*). Однако функцию пищеварения внутриутробного плода замещает плацента. Развитие плода полностью зависит от питательных веществ, поступающих из организма матери. Поэтому рациональное питание беременной имеет исключительно важное значение для плода. Функция сосания формируется у плода во второй половине внутриутробного периода развития.

Выделительная функция плода окончательно формируется к 7-му месяцу внутриутробной жизни, но функционировать по настоящему она начинает только после рождения, так как плацента выполняет эту функцию у плода.

Признаки зрелости плода:

1. Длина доношенного новорожденного более 45 см, масса тела более 2500 г.
2. Пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком.
3. Кожа бледно-розовая, подкожная жировая клетчатка хорошо развита, на коже остатки родовой смазки; пушок только на плечах и верхней части спинки, длина волос на головке 2 см, ногти доходят до конца ногтевой фаланги.
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, сосательный рефлекс выражен.

— **Головка зрелого плода.** Головка зрелого плода обладает рядом особенностей. От ее формы, размеров, подвижности костей и т.д. зависит течение периода изгнания плода. В боль-

шинстве родов головка проходит родовой канал, совершая ряд последовательных движений, стараясь пройти наименьшим своим размером через наибольший размер таза. При внутреннем исследовании удастся определить на головке плода ряд швов и родничков, по расположению которых судят о течении родов. Кости черепа смещаются, и это придает головке пластичность.

Череп плода состоит из двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной, основной и решетчатой костей (рис. 10).

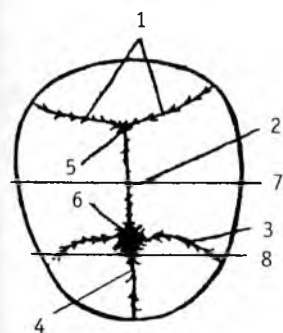
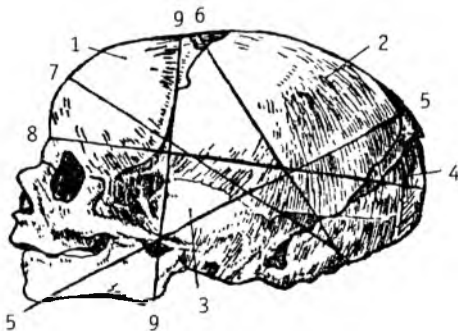


Рис. 10. Головка плода:

- 1 — стреловидный шов;
- 2 — лобный шов;
- 3 — венечный шов;
- 4 — ламбдовидный шов;
- 5 — большой родничок;
- 6 — малый родничок;
- 7 — большой поперечный размер;
- 8 — малый поперечный размер

- 1 — лобная кость;
- 2 — теменная кость;
- 3 — височная кость;
- 4 — затылочная кость;
- 5 — большой косой размер;
- 6 — малый косой размер;
- 7 — средний косой размер;
- 8 — прямой размер;
- 9 — вертикальный размер



В акушерстве особое значение имеют следующие швы:

- ▶ стреловидный шов проходит между теменными костями; спереди шов переходит в большой родничок, сзади — в малый;
- ▶ лобный шов находится между лобными костями, идет в том же направлении, что и стреловидный шов;

- ▶ венечный шов соединяет лобные кости с теменными, проходит перпендикулярно стреловидному и лобному швам;
- ▶ ламбдовидный (затылочный) шов соединяет затылочную кость с теменными.

В области соединения швов располагаются роднички, свободные от костной ткани, покрытые фасциями.

1. Передний, большой, родничок между стреловидным, лобным и венечным швом; он имеет ромбовидную форму.
2. Задний, малый, представляет собой небольшое углубление между стреловидным и ламбдовидным швами; он имеет треугольную форму.

На головке плода имеются затылочный, два теменных и два лобных бугра.

Размеры черепа новорожденного

I. Прямой размер (от переносицы до затылочного бугра) — 12 см. Окружность головки по прямому размеру — 34 см.

II. Большой косой размер (от подбородка до затылочного бугра) — 13–13,5 см. Окружность головки — 38–42 см.

III. Малый косой размер (от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка) — 9,5 см. Окружность головки — 32 см.

IV. Средний косой размер (от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба) — 10 см. Окружность головки — 33 см.

V. Отвесный — вертикальный размер (от вершины темени до подъязычной области) — 9,5–10 см. Окружность головки — 32 см.

VI. Большой поперечный размер (наибольшее расстояние между теменными буграми) — 9,5 см.

VII. Малый поперечный размер (расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва) — 8 см.

Изменения в организме женщины во время беременности

Жизнедеятельность организма беременной женщины направлена на создание и обеспечение оптимальных условий для развития плода. Начиная с имплантации оплодотворенной яйцеклетки и кончая рождением ребенка требования плода постоянно возрастают, заставляя организм матери совершенствовать адаптационно-компенсаторные механизмы, обеспечивающие его правильное развитие. От матери плод получает необходимое количество кислорода, белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных и других жизненно важных веществ. В свою очередь, продукты жизнедеятельности плода поступают в организм матери и выводятся ее выделительной системой. Эти постоянно меняющиеся процессы определяют новый уровень гомеостаза, характерный для разных сроков беременности и отличный от гомеостаза здоровой небеременной женщины.

На протяжении беременности перестройка деятельности организма женщины затрагивает практически все органы и системы, начиная с ЦНС и кончая опорно-двигательным аппаратом. Изменяются все виды обмена веществ.

Центральная нервная система. Плодное яйцо, раздражая интерорецепторы матки, вызывает рефлекторные реакции у матери. Изменяется возбудимость головного и спинного мозга. Однако за счет сниженной возбудимости нижних отделов ЦНС возбудимость матки снижается, что способствует нормальному течению беременности. Перед родами возбудимость спинного мозга повышается, что приводит к возникновению схваток.

У беременных отмечается повышение возбудимости периферических нервов, что объясняет невралгические боли в крестце и пояснице, судороги в икроножных мышцах. Эти явления в последующем бесследно исчезают.

Меняется соотношение процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, состояние вегетативной нервной системы, и этим объясняются сонливость, неуравновешенное настроение, изменение вкуса и обоняния,

тошнота, рвота, слюнотечение, запоры и прочие изменения в самочувствии беременной женщины.

Эндокринная система. Для возникновения и нормального течения беременности необходимы условия, в создании которых чрезвычайно большое участие принимают железы внутренней секреции. С началом беременности в яичнике начинает функционировать новая железа — желтое тело, — которая, выделяя гормон прогестерон, обеспечивает имплантацию и дальнейшее развитие беременности до формирования плаценты (в первые 10–16 недель). Затем оно постепенно рассасывается и к 16-й неделе беременности гормональная функция почти полностью переходит к фетоплацентарному комплексу.

Плацента является новым органом, осуществляющим связь плода с организмом матери. Она обеспечивает очень важные и многообразные функции, в том числе и эндокринную. Там образуются *хориальный гонадотропин, эстрогены, плацентарный лактоген, прогестерон* и другие гормоны и биологически активные вещества. Количественное соотношение гормонов в организме беременной женщины меняется в зависимости от сроков беременности. Так, если в течение беременности преобладают прогестины, способствующие росту и развитию матки, ее возбудимости, то к концу беременности накапливается содержание эстрогенных гормонов и возбудимость матки повышается.

Передняя доля гипофиза продуцирует гонадотропные гормоны, стимулирующие функцию желтого тела. Наряду с этим, там вырабатываются гормоны, стимулирующие функции молочных желез, щитовидной железы, гормонов надпочечников и гормона роста. Окситоцин, вырабатываемый в гипоталамусе, способствует сократительной деятельности матки.

Щитовидная железа во время родов понижает свою деятельность во II половине беременности, что влияет на обмен веществ.

Паращитовидные железы влияют на кальциевый обмен, который усиливается во время беременности, так как кальций идет на построение скелета плода. Надпочечники усиливают образование гормонов, регулирующих белковый, углеводный и минеральный обмен.

Иммунная система. Повышение во время беременности содержания гормонов (кортизола, эстрогенов, прогестерона) способствует снижению иммунитета, и эту роль на себя берут плацента, плодные оболочки и околоплодные воды, что препятствует отторжению плодного яйца.

Обмен веществ. Все виды обмена веществ во время беременности претерпевают значительные изменения.

Основной обмен возрастает особенно к концу беременности и во время родов.

Белковый обмен еще недостаточно хорошо изучен во время беременности, однако известно, что к концу беременности количество остаточного азота не увеличивается, а с мочой мочевины выделяется немного, несмотря на накопление белковых веществ в организме беременной женщины в связи с ростом матки, молочных желез, построением плода. По-видимому, белок накапливается в виде запаса, который тратится во время родов и кормления грудью.

Углеводный обмен. Глюкоза является основным материалом для обеспечения энергетических потребностей плода и матери, расход ее при беременности непрерывно увеличивается и поэтому потребность в глюкозе также растет. Но при чрезмерном потреблении углеводов у беременных иногда появляется сахар в моче. Этого можно избежать при правильном питании.

Липидный обмен. Беременность ведет к накоплению запасов жира не только в крови, но и в надпочечниках, плаценте, молочных железах, в подкожной клетчатке. Липиды расходуются на построение тканей организма матери и плода, а нейтральный жир является энергетическим материалом.

При нарушении питания беременной (избыточное потребление жира) может нарушиться процесс расщепления жиров до конечных продуктов, что приводит к избыточному весу как беременной женщины, так и плода.

Минеральный обмен. В организме беременной женщины происходит задержка и накопление многих неорганических веществ (фосфора, солей кальция, железа, калия, натрия, магния и др.). Фосфор идет на построение нервной и кост-

ной системы, железо — для гемоглобина, а также накапливается в печени и селезенке. При недостатке железа в организме беременной женщины развивается анемия, а у плода нарушается развитие.

У беременных замедлено выделение с мочой и потом хлористого натрия, а его накопление в организме приводит к задержке воды и к отекам. Это явление больше выражено во II половине беременности.

Витамины. Потребность в витаминах резко возрастает во время беременности. Суточная необходимость в витамине С возрастает в 2–3 раза, витамина А — в 2 раза (он участвует в росте плода), витамин В принимает участие в становлении нервной системы и ферментативных процессах, витамин D необходим для полноценного развития скелета плода. Особую роль играет витамин Е. При его недостатке наступают некротические изменения плаценты и гибель плода.

В течение всей беременности, и особенно в последние месяцы, увеличивается **масса тела**. Во второй половине беременности еженедельная прибавка в весе составляет 300–350 г. К концу беременности женщина прибавляет в массе 8–10 кг.

Увеличение массы тела беременной женщины зависит от ряда причин: роста плода, накопления околоплодных вод, увеличения матки, увеличения подкожного жирового слоя и массы крови беременной.

Во время беременности происходит определенная **иммунная перестройка организма** матери. Существенные изменения в иммунной системе происходят уже в процессе оплодотворения и имплантации плодного яйца. Иммунологическая система женского организма претерпевает определенные изменения, направленные на обеспечение защиты новорожденного в первые недели жизни от инфекционного начала.

При осложненном течение беременности нарушаются адаптационные механизмы организма женщины и происходят изменения в иммунной системе, которые могут явиться одним из показателей неблагополучия в течение беременности.

Кожа. На коже у беременных иногда отмечаются определенные изменения. По белой линии живота, на сосках и околососковых кружках может быть выражена усиленная пигментация темно-коричневого цвета. Пигментные пятна располагаются на лице. Это связано с повышенной функцией коры надпочечников. Под действием механического растяжения у беременных женщин на коже живота, на молочных железах, на бедрах образуются розовато-красные полосы, а после родов они обесцвечиваются. Это рубцы беременности.

Диагностика беременности.

Определение срока беременности

Диагностика беременности основывается на простых приемах исследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация) с привлечением более сложных (лабораторные, аппаратные методы). Собирая анамнез, следует обратить внимание на возраст женщины (репродуктивный) и наличие определенных жалоб (отсутствие или изменение характера менструаций, появление тошноты и рвоты, сонливость, изменение вкуса, нагрубание молочных желез и т.д.).

Необходимо отметить условия труда и быта женщины, которые могут влиять на здоровье беременной и развитие плода.

Представляют большой интерес сведения о наследственности пациентки и ее мужа. Важно получить сведения о перенесенных ранее заболеваниях.

Информация о характере менструальной функции (возраст менархе, характер цикла, дата последней менструации) помогает судить о функции полового аппарата, наличии гинекологических заболеваний, сроке беременности.

Подробные сведения о репродуктивной функции помогут прогнозировать возможность осложнений настоящей беременности и родов и своевременно провести профилактические мероприятия.

Объективные методы обследования состоят из общих, позволяющих судить о здоровье женщины, и акушерских, на основании которых можно установить наличие беременности, ее срок, размеры и состояние плода и т.д.

Разнообразные признаки беременности по их диагностической значимости могут быть разделены на 3 группы: предположительные, вероятные и достоверные.

Предположительные признаки связаны с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной, не касающимися внутренних половых органов:

- 1) слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к острым блюдам, могут быть диспепсические расстройства, запоры;
- 2) функциональные изменения нервной системы: легкая раздражительность, обострение обоняния, слуха, плаксивость, замкнутость;
- 3) изменение обмена веществ: увеличение объема живота, пигментация;
- 4) появление рубцов беременности.

К **вероятным признакам** относятся объективные изменения в половой сфере женщины и в молочных железах. Однако эти признаки могут встречаться не только при беременности, но и при некоторых гинекологических заболеваниях. К ним относятся:

- 1) прекращение менструации;
- 2) изменения во влагалище, матке и молочных железах;
- 3) лабораторные реакции.

К **достоверным признакам**, которые, несомненно, свидетельствуют в пользу беременности, относятся все симптомы, исходящие от плода и определяемые различными методами акушерского обследования беременной. Они заключаются в следующем:

- 1) необходимо обнаружить плод или его части;
- 2) выслушать сердцебиение плода;
- 3) определить двигательную активность плода.

Наличие беременности можно подтвердить рядом дополнительных методов исследования: УЗИ, в исключительных случаях — рентгенография, а также рядом лабораторных методов исследования (количество половых гормонов, ХГ и т.д.).

В настоящее время существуют тест-системы для быстрого определения беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Определение срока беременности. В повседневной практике определение срока беременности может проводиться на основании анамнестических данных (последняя менструация, первое шевеление плода). По последней менструации срок беременности нужно считать, отбрасывая 2 недели после первого дня последней менструации (беременность может наступить только в середине цикла).

Известно, что первое шевеление плода у первородящей женщины происходит в 20 недель, а у повторнородящей — в 18 недель беременности.

Объективное определение срока беременности до 16 недель возможно при бимануальном обследовании (самый ранний срок, который удается диагностировать, это 5 недель). После 16 недель возможно определение срока беременности по высоте стояния дна матки (ВДМ).

Срок беременности можно определить по длине внутриутробного плода (с помощью тазомера).

Привлечение метода УЗИ повышает точность определения срока беременности.

Для вычисления срока предполагаемых родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (или 10 лунных месяцев, или 40 недель). Существует формула, по которой от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и к дате прибавляют 7 дней. Например: последняя менструация началась 11 февраля; отсчитав назад 3 месяца (ноябрь) и прибавив 7 дней (18), определяют ожидаемую дату родов: 18 ноября.

Методика исследования беременной

Опрос беременной. Опрос беременной позволяет получить полное представление о состоянии здоровья женщины, ее наследственности, заболеваниях и т.д. Все полученные данные заносятся индивидуальную карту беременной или в историю родов.

1. Выясняют паспортные данные: фамилию, имя, отчество, возраст, место работы и профессию, место жительства.

2. Причины, заставившие женщину обратиться к медицинской помощи (наличие жалоб).

3. Наследственность и перенесенные заболевания.

4. Менструальная функция:

а) в каком возрасте появилась первая менструация;

б) тип менструации (продолжительность цикла, количество теряемой крови, длительность менструальных дней, наличие болей);

в) изменились ли менструации после начала половой жизни, бывших родов и аборт;

г) дата последней менструации.

5. Секреторная и половая функции. Выясняют, нет ли выделений из половых путей (гнойных, кровянистых) и какого они характера, болей.

6. Детородная функция. Выясняют:

а) которая по счету настоящая беременность;

б) течение предыдущих беременностей и чем они закончились (роды, аборт, самоаборт, осложнения после них).

7. Промежуток времени от начала половой жизни до наступления первой беременности (предохранялась ли от беременности, если этот срок превышает 1 год).

8. Выясняют состояние здоровья мужа.

9. Большое значение для здоровья беременной имеют условия труда и быта.

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

Осмотр беременной. При осмотре беременной женщины обращают внимание на рост, форму позвоночника и таза, строение молочных желез, развитие жировой клетчатки, наличие отеков.

Необходимо при осмотре отметить окраску кожных и слизистых покровов (нет ли бледности, желтушности, синюшности).

Осмотр живота, особенно во II половине беременности, свидетельствует о нормальном течении беременности или отклонениях (при поперечном положении плода живот имеет

неправильную форму, раздается в бока, при многоводии увеличивается, при узком тазе — имеет острую форму).

Необходимо осмотреть крестцовый ромб (ромб Михаэлиса), по форме которого также можно судить о строении таза (при нормальном тазе его форма приближается к форме квадрата).

АД необходимо измерять беременным женщинам на обеих руках.

Измерение АД у беременной. Необходимо уметь измерить АД с помощью аппарата (рис. 11).

Оснащение:
тонометр,
фонендоскоп,
индивидуальная
карта беременной.

Методика выполнения:

1. Познакомить беременную с необходимостью измерения АД на обеих руках.
2. Усадить беременную к столу, положив руку ее на стол и обнажив выше плеча,
3. Наложить манжетку на обнаженное плечо на 3–4 см выше локтевого сгиба (одежда не должна стеснять плечо выше манжетки).
4. Закрепить манжетку плотно, чтобы между ней и плечом проходил только палец.
5. Руку положить ладонью вверх в разогнутом положении, попросить расслабиться.
6. Соединить манометр с манжеткой.

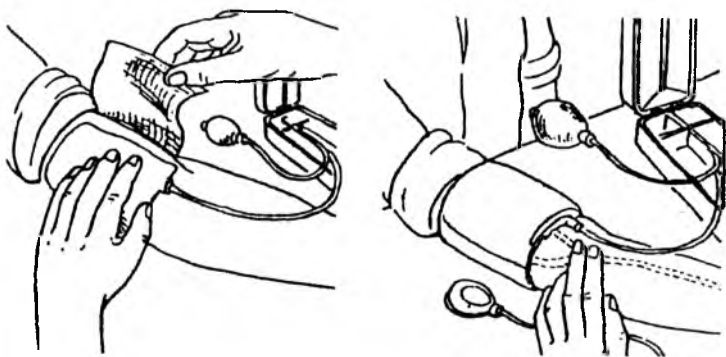


Рис. 11. Измерение артериального давления

7. В области локтевой ямки нащупать пульс и поставить на это место фонендоскоп.
8. Закрывать вентиль на груше и накачать в манжетку воздух до тех пор, пока давление в манжетке не превысит на 20 мм рт. ст. тот уровень на манометре, при котором перестает определяться пульс.
9. Открыть вентиль и медленно выпустить воздух из манжетки, выслушивая при этом фонендоскопом тоны на плечевой артерии, следя одновременно за показаниями шкалы манометра.
10. При появлении над плечевой артерией звука, отметить уровень систолического давления.
11. Момент исчезновения тонов на плечевой артерии соответствует уровню диастолического давления.
12. Выпустить воздух из манжетки полностью и повторить процедуру на второй руке.
13. Вымыть руки.
14. Данные, полученные при измерении АД на обеих руках, занести в индивидуальную карту беременной.

Исследование пульса

Оснащение:

секундомер,
индивидуальная
карта беременной.

Методика выполнения:

1. Ознакомить беременную с предстоящей процедурой.
2. Усадить беременную к столу, положить ее руку на стол.
3. Положить II, III и IV пальцы на область лучевой артерии, I палец — со стороны тыла кисти.
4. Прижать слегка артерию, почувствовав пульсацию артерии.

5. Включить секундомер и подсчитать количество пульсовых толчков за 30 секунд или 1 минуту.
6. Отметить ритмичность ударов и их четкость (напряжение пульса).
7. Вымыть руки.
8. Записать в индивидуальную карту беременной.

Затем женщин консультируют специалисты (терапевт, хирург, отоларинголог, окулист, стоматолог, фтизиатр). Беременную женщину измеряют, взвешивают, определяют группу крови и резус-фактор, берут кровь на сифилис и СПИД, направляют для взятия общего анализа крови и мочи.

Измерение роста. Необходимо уметь измерить рост беременной с помощью ростомера (рис. 12).

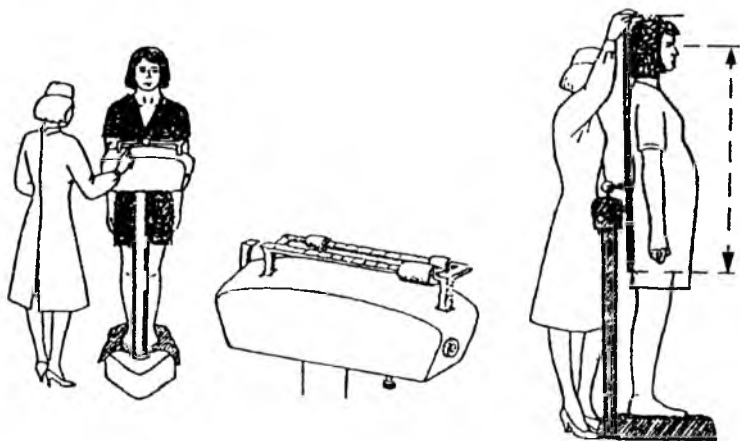


Рис. 12. Измерение роста, взвешивание

Оснащение:
ростомер,
индивидуальная
карта беременной.

Методика выполнения:

1. Объяснить беременной вид и необходимость предстоящего измерения.
2. Стать сбоку от ростомера и поднять планку выше уровня предполагаемого роста женщины.

3. Поставить беременную на площадку ростомера правильно: пятка, ягодицы и лопатки должны прикасаться к стойке ростомера, а голова находиться в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глаза находились на одной горизонтальной линии.
4. Опустить планку ростомера на темя беременной и определить по шкале количество сантиметров от нулевого уровня планки.
5. Записать результат.
6. После измерения роста ростомер обработать ветошью, смоченной 1%-ным раствором хлорамина.
7. Вымыть руки.

Примечание:

- а) исследование проводится натощак;
- б) перед взвешиванием необходимо освободить мочевой пузырь и кишечник.

Затем приступают к специальному акушерскому обследованию.

Измерение окружности живота. Необходимо уметь измерить окружность живота с помощью сантиметровой ленты (рис. 13).

Оснащение:

сантиметровая лента, кушетка, индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

1. Предупредить беременную о предстоящем исследовании, о необходимости опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед измерением.
2. Уложить беременную на кушетку на спину, ноги выпрямить.
3. Наложить сантиметровую ленту вокруг живота спереди на уровне пупка, сзади — на уровне поясничной области.
4. Отметить полученный результат.

5. Помочь беременной встать с кушетки (повернуться вначале на бок).
6. Вымыть руки.
7. Записать результат в индивидуальную карту беременной.



Рис. 13. Измерение окружности живота

Наружное измерение таза

Необходимо уметь: измерить основные размеры таза с помощью тазомера (рис. 14).

Оснащение:

Тазомер,
кушетка.

Методика выполнения:

1. Объяснить беременной необходимость процедуры.

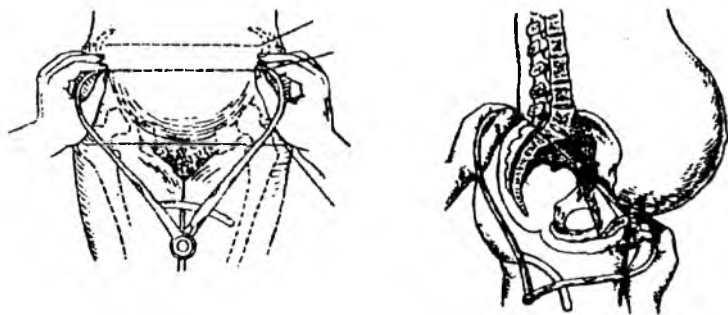


Рис. 14. Измерение размеров таза

2. При измерении поперечных размеров таза женщина лежит на спине, ноги выпрямлены.
3. Встать справа от беременной, лицом к ней.
4. Взять тазомер так, чтобы шкала была обращена кверху, а большие и указательные пальцы лежали на пуговках тазомера.
5. Указательными пальцами прощупать пункты, между которыми измеряют расстояние, прижимая к ним пуговицы тазомера и отметить по шкале величину полученного размера.
6. Для измерения расстояния между остями подвздошных костей пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей, размер равен 25–26 см.
7. Для измерения расстояния между гребнями подвздошных костей нужно передвинуть пуговицы тазомера по наружному краю гребней и найти наибольшее расстояние между ними, размер равен 28–29 см.
8. Для измерения расстояния между вертелами бедренных костей находят наиболее выступающие точки вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы тазомеров, размер равен 30–31 см.
9. Для измерения продольного размера (наружной конъюгаты) женщину необходимо уложить на бок, нижележащую ногу согнуть в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую — выпрямить.
10. Пуговицы тазомера устанавливаются на середине верхненаружного края симфиза и к надкрестцовой ямке на спине, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка, что соответствует верхнему углу ромба Михаэлиса. Размер равен 20–21 см. Это наружная конъюгата. Для получения истинной конъюгаты нужно от этого числа отнять 8–9 см и получится 12–13 см.

11. Полученные данные занести в индивидуальную карту.
12. Вымыть руки.
13. Обработать тазомер шариком, смоченным спиртом.

Определение высоты стояния дна матки. Необходимо уметь измерить высоту стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты (рис. 15).

Оснащение:
сантиметровая лента, кушетка, индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

1. Предупредить беременную о предстоящем исследовании, о необходимости опорожнить мочевой пузырь перед исследованием.
2. Уложить беременную на кушетку на спину, ноги выпрямить.
3. Наложить сантиметровую ленту вдоль средней линии живота и измерить расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выступающей (верхней) точкой дна матки.

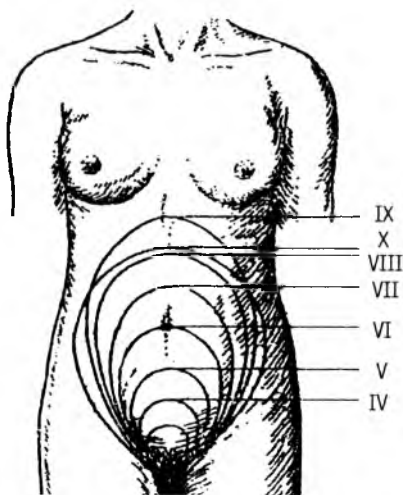


Рис 15. Определение высоты стояния дна матки

4. Отметить полученный результат.
5. Помочь беременной встать с кушетки (повернувшись на бок).
6. Вымыть руки.
7. Записать результат измерения в индивидуальную карту беременной.

Высота стояния дна матки в зависимости от срока беременности:

Срок беременности	Высота дна матки над лобком (в см)
IV	6—7
V	12—13
VI	20—24
VII	24—28
VIII	28—30
IX	32—34
X	28—32

Приемы наружного исследования беременной. Необходимо уметь произвести наружное акушерское исследование беременной, с помощью 4 акушерских приемов определить положение, предлежание, позицию и вид плода (рис. 16 а, б).

Оснащение: кушетка, индивидуальная карта беременной.

Методика выполнения:

- а) беременной необходимо объяснить цель исследований, затем уложить ее на кушетку на спину; ее ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах;
- б) встать справа от беременной, лицом к ней.

I прием (рис. 16 а). С помощью I приема определяется высота стояния дна матки и та часть плода, которая находится у дна матки. Для этого ладони обеих рук располагаются на уровне дна матки, пальцы рук сближаются, осторожным надавливанием вниз определяется уровень стояния дна матки и часть плода, находящаяся у дна матки.

II прием. С помощью II приема определяют позицию и вид позиции плода. Обе руки со дна матки перемещают, книзу, расположив их на боковых поверхностях. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой, чтобы определить, в какую сторону обращена спинка плода и его

мелкие части. Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших частей (ножки, ручки). Если спинка обращена влево — I позиция. Если спинка обращена вправо — II позиция. Спинка кпереди — передний вид. Спинка кзади — задний вид.

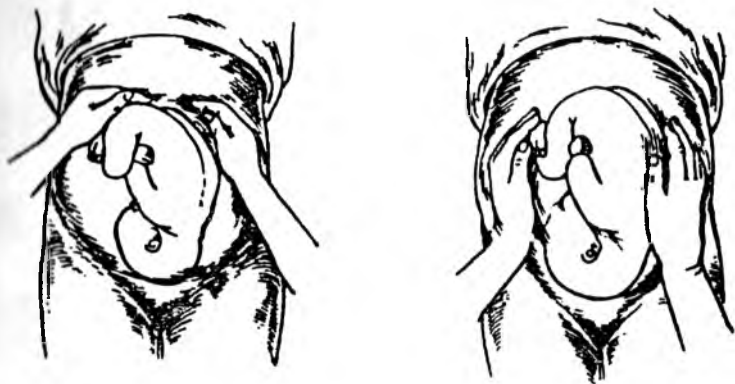


Рис. 16 а. Методы наружного исследования беременной

III прием (рис. 16 б) С помощью III приема определяют предлежание плода. Исследование выполняется следующим образом: правую руку нужно положить немного выше лонного сплетения так, чтобы большой палец находился с одной стороны, а четыре остальных — с другой стороны нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружаются вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка плода определяется как плотная, круглая, крупная часть, а ягодицы — крупная, но мягкая часть.

IV прием (рис. 16 б) С помощью IV приема определяют уровень предлежащей части. Выполняется обеими руками. Для этого нужно стать спиной к лицу женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев касаются симфиза. Вытянутыми пальцами, скользя медленно вглубь, по направлению к полости таза, уточняется характер предлежащей части плода

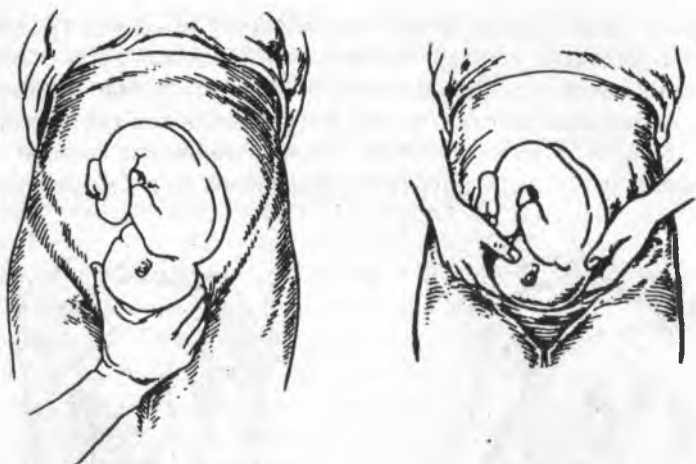


Рис. 16 б. Методы наружного исследования беременной

и высота его стояния. Различают уровни расположения предлежащей части:

- а) головка прижата;
- б) головка малым сегментом;
- в) головка большим сегментом;
- г) головка в полости малого таза.

Полученные данные с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования заносятся в индивидуальную карту беременной.

Выслушивание и подсчет сердцебиений плода. Необходимо уметь: отыскать место выслушивания сердцебиения плода; подсчитать количество ударов в 1 мин; оценить ритм и ясность ударов; в случае угрожающей внутриутробной гипоксии плода вовремя ее зафиксировать.

Оснащение:
акушерский
стетоскоп,
секундомер,
кушетка.

Методика выполнения:

1. Предупредить беременную о предстоящем исследовании.
2. Беременную уложить на спину, ноги выпрямлены.
3. Выслушать сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа, плотно

- прижав его к брюшной стенке все время передвигая его, пока не найдете точку, где ясно слышно сердцебиение плода.
4. Одновременно считают пульс у беременной (во избежание того, чтобы не принять его за сердцебиение плода).
 5. Подсчитать количество сердечных ударов плода в одну минуту.
 6. При двойне сердцебиение плодов выслушивается в двух фокусах отчетливо, независимо друг от друга (между ними отмечается «зона молчания»).
 7. Стетоскоп после окончания исследования протереть ветошью, смоченной 1%-ным раствором хлорамина.
 8. Вымыть руки.
 9. Записать полученные данные в индивидуальную карту беременной.



Рис. 17. Выслушивание сердцебиения плода

В первой половине беременности при нормальном ее течении женщина посещает женскую консультацию 1 раз в 4 недели, во второй — 1 раз в 2 недели, после 32-й недели — еженедельно. Перед приходом в женскую консультацию она сдает анализ мочи, ежемесячно — анализ крови, на RW, СПИД, обследуясь в начале беременности, перед уходом в декретный отпуск и при поступлении в родильное отделение.

Во время посещения женской консультации ее взвешивают, измеряют АД и осматривают. После 16 недель осмотр проводят на кушетке, определяя наличие отеков, положение, предлежание, позицию и вид плода, а также выслушивают сердцебиение плода и оценивают его. Отклонения в частоте (в норме 120–140 уд. в 1 минуту), ритме и ясности ударов могут свидетельствовать об угрожающей внутриутробной асфиксии плода.

Женская консультация предоставляет декретный отпуск по беременности:

- ▶ при нормальных родах — 140 дней (70 до родов и 70 после родов);
- ▶ при осложненных родах — 196 дней (70 до родов и 86 после родов);
- ▶ в зонах с наличием повышенной радиации или женщинам, переселенным из этих зон, — 160 дней (90 до родов и 70 после родов).

При многоплодной беременности отпуск дается с 28 недель беременности в течение 200 дней (90 дней до родов и 110 — после родов).

Гигиена и диететика беременной

Беременность является физиологическим процессом при нормальном ее течении, все органы и системы у беременной женщины функционируют в нормальном режиме. Однако нагрузка на организм в этот период повышена в связи с растущим плодом. Поэтому нарушение в диететике и гигиене, перегрузка организма беременной женщины, воздействие неблагоприятных факторов внешней среды могут вредно воз-

действовать на беременную женщину и на плод и приводить к различным отклонениям в течение беременности.

Исходя из вышесказанного, рациональное питание и выполнение необходимых гигиенических правил способствуют правильному развитию плода, нормальному состоянию беременной женщины, а также хорошей подготовке к родам и нормальному их течению.

При нормальном течении беременности женщина может выполнять обычную работу, так как повседневная умеренная физическая и умственная нагрузка благоприятно воздействует на организм, а также не дает возможности развиться ожирению, ослаблению мышечной системы и не приводит к слабости родовых сил.

Однако любые перегрузки во время беременности, подъем тяжести, переутомление, а также воздействие вредных факторов (радиация, химические вещества, высокие температуры) могут оказать неблагоприятное воздействие на организм беременной женщины.

Во время беременности необходимо достаточно пребывать на свежем воздухе, так как это повышает поступление кислорода к плоду и таким образом улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

Длительность сна должна быть не менее 8 часов. Перед сном необходимо в течение 1—2 часов совершить прогулку. Кровать должна быть удобной; постельное белье нужно менять часто, спать беременной рекомендуется на спине или правом боку.

В течение первых двух и последних двух месяцев беременности не рекомендуется половая жизнь, в остальное время она должна быть умеренной, так как это приводит к возбуждению матки и может привести к самопроизвольному прерыванию беременности.

Контакт беременной женщины с инфекционными больными категорически запрещается, так как это представляет опасность не только для матери, но и для плода.

Необходимо учитывать, что влияние никотина, алкоголя, наркотических веществ оказывает крайне неблагоприят-

ное воздействие на плод, поэтому курение, применение алкоголя и наркотиков во время беременности недопустимы.

Никотин — один из основных токсических компонентов табачного дыма — обладает выраженным действием на сосуды, суживая их. Следовательно, у курящих беременных страдает маточно-плацентарное кровообращение. В результате этого плод получает мало кислорода и питательных веществ. Обычно дети у таких женщин рождаются гипотрофичные, с низкой оценкой по шкале Апгар.

При систематическом употреблении *алкоголя* во время беременности может развиваться алкогольный синдром плода, который характеризуется множественными аномалиями развития, в том числе физического и психического развития, с нарушениями со стороны ЦНС, замедлением роста, характерными аномалиями лицевого черепа и аномалиями внутренних органов, конечностей и других систем организма.

Алкоголизм родителей оказывает влияние на здоровье потомства тремя путями: токсическим воздействием на половые клетки; воздействием на развивающийся плод; алкогольной интоксикацией ребенка в ранний период после рождения.

Давно замечено, что потомство мужчин-алкоголиков отстает в умственном и физическом развитии. Степень умственной недостаточности детей зависит от длительности заболевания отца. Часто такие дети рождаются с пороками развития, уродствами. Вследствие наследственной отягощенности у них повышается вероятность заболевания алкоголизмом. Указанные нарушения развития объясняются токсическим действием алкоголя и ацетальдегида на половые клетки — сперматозоиды. Среди них обнаруживается много деформированных или неподвижных форм. Оплодотворяющая способность их снижена. Если оплодотворение все же наступит, развивается неполноценный зародыш. Подобные нарушения развития наступают и в том случае, если мужчина употребляет алкоголь изредка, но в момент зачатия находится в состоянии опьянения.

Особенно грубые нарушения развития плода наступают в случае алкоголизма матери: при этом часто происходят выкидыши или рождение мертвых детей.

Нередко женщины употребляют спиртные напитки, не зная еще, что они беременны. Многие считают, что небольшая доза алкоголя «не повредит». Но это не так. «Безопасных» доз алкоголя не существует. Считается, что от действия 100 г водки погибают 7,5 тыс. активно работающих клеток головного мозга.

Употребление наркотиков. К наркотическим средствам относятся различные вещества, которые по их действию на психику можно условно разделить на следующие группы: действующие успокаивающе, угнетающе, возбуждающе и создающие фантастические переживания, переносящие человека из мира реальности в мир искаженного восприятия.

Наркомания — явление неновое. Издавна во многих, странах мира у многих народов употреблялись разнообразные одурманивающие сознание вещества. Их использовали с целью испытать удовольствие, наслаждение, улучшить физическое или психическое состояние, т.е. тот комплекс ощущений, который объединяется термином *эйфория*. В настоящее время наркотики применяются с той же целью. Они становятся жизненно необходимыми для наркомана, и, чтобы приобрести их, он готов платить любые деньги, идти на любое преступление.

Быстрота развития этой болезни зависит от специфичности воздействия наркотиков на нервную систему, головной мозг. Потребность вновь и вновь испытывать приятные ощущения превращает человека в раба пагубной привычки.

Причины распространения употребления наркотиков. Все более широкое распространение употребления наркотиков с целью достижения состояния эйфории объясняется социальными причинами: стремлением к обогащению, прагматическим отношением к действительности, социальной безысходностью для значительных слоев населения, бездуховностью, чувством одиночества.

Очень большое значение для обращения молодежи к наркотикам имеет ослабление внутрисемейных связей. Специальные исследования показали, что наркотики употребляют преимущественно молодые люди, в семьях которых отсутствует духовное общение, эмоциональная связь родителей с детьми

при хорошем материальном их обеспечении. При этом возрастает и влияние сверстников.

Среди факторов, способствующих распространению наркомании, имеет также значение отсутствие у подростка братьев и сестер или большая разница в возрасте между ними. Побудительным мотивом к приему наркотиков может быть и пьянство одного или обоих родителей.

Наркомания представляет собой серьезную проблему для общества в связи с тем, что эта категория больных неправомерно разрушает свое здоровье, втягивает в злоупотребление все новых людей работоспособного возраста, преимущественно молодежь, и выключает их тем самым из общественно полезного труда, служит источником преступлений с целью добыть средства для приобретения наркотиков.

Длительное употребление наркотиков разрушительно действует на физическое здоровье человека. Как правило, у наркоманов развиваются гастрит, гепатит, слабость сердечной мышцы. Наступает истощение, дефицит массы достигает 7—10 кг. Больные выглядят старше своих лет, на лице появляются обильные морщины, выпадают зубы. Снижается уровень половых гормонов и способность к зачатию. Быстро угасает половое влечение. Только четвертая часть наркоманов имеет детей. Судьба этих детей тяжела, поскольку токсическое действие наркотиков отражается и на потомстве.

Отравление детей наркотиками во *внутриутробном периоде развития* чревато формированием различных пороков и аномалий. Некоторые наркотические средства, в основном вызывающие галлюцинации (ЛСД), могут вызывать разрывы хромосом. Известно, что хромосомные аномалии в половых клетках родителей могут иметь различные, но всегда тяжелые последствия для потомства. Большинство зародышей с нарушениями строения хромосом, как правило, погибает. Значительное число самопроизвольных аборт у женщин-наркоманок обусловлено именно хромосомными нарушениями. В ряде случаев половые клетки с аномалиями строения хромосом принимают участие в оплодотворении и дают начало новому организму. Но у таких эмбрионов нарушаются процессы органогенеза, часто несовместимые с жизнью. Рож-

даются мертвые дети или дети с уродствами, с пониженной жизнеспособностью.

Особую опасность для потомства представляет злоупотребление наркотическими препаратами во время беременности. Отрицательное действие веществ, принимаемых во время беременности, может быть прямым токсическим (через повреждение клеточных структур эмбриона, плода) и косвенным (через изменение гормонального фона женщины и свойств слизистой оболочки матки). Наркотические вещества имеют невысокую молекулярную массу и легко проникают через плаценту. Обезвреживаются они медленно вследствие невысокой ферментативной активности в тканях и длительно циркулируют в организме плода.

Если отравление плода наркотиками в первые 3 месяца беременности сопровождается возникновением разнообразных пороков развития скелетно-мышечной системы, почек, сердца и других органов, то в более поздние сроки беременности наблюдается задержка роста плода. Сниженная масса тела обнаруживается у 30–50% младенцев, рожденных матерями-наркоманками.

Внутриутробное привыкание плода к наркотику приводит к развитию синдрома абстиненции у новорожденного — состояния, возникающего из-за внезапного прекращения поступления наркотика в организм новорожденного из организма матери в связи с родами. Этот синдром у ребенка проявляется возбуждением, нарушением сна, пронзительным криком, частым зеванием, потливостью, чиханием, рвотами, поносом, повышением температуры, повышением или понижением мышечного тонуса, усилением рефлексов и др.

Время появления синдрома абстиненции у новорожденного ребенка зависит от типа и дозы наркотика, времени последнего перед родами приема его будущей матерью. Если она принимала морфин, то признаки абстиненции у ребенка обнаруживаются в первые трое суток после рождения; если принимались снотворные, симптомы абстиненции могут проявиться у ребенка и через 2 недели после рождения. Иными словами, клиническая картина и течение зависят от типа

вещества, дозы и продолжительности его употребления на протяжении беременности.

Повышенная потребность в кислороде, нарушения обмена веществ, замедленность транспорта кислорода через плаценту у таких детей приводят к частому развитию дыхательных расстройств у новорожденного.

Известно, что наркотики, как и другие лекарственные вещества (например, транквилизаторы), могут вызывать у матери иммунологические, эндокринные и биохимические нарушения, которые, в свою очередь, предрасполагают к определенным врожденным или возникающим после рождения заболеваниям. У таких матерей, следовательно, появляются так называемые «слабые» дети.

Не вызывает сомнений недопустимость кормления ребенка матерью наркоманкой, так как наркотики, как и большинство лекарственных препаратов, циркулируют в крови матери и переходят в молоко.

В последнее время все чаще встречаются случаи совместного употребления алкоголя с наркотическими средствами. Причина этого заключается в стремлении больного усилить и удешевить опьянение при невозможности увеличения дозы опийных препаратов. Совместное употребление алкоголя и наркотиков приводит к быстрому утяжелению психического и физического состояния больных.

Отношение общества к употреблению спиртных напитков и наркотиков диктуется уровнем общей культуры, развитием науки, господствующей моралью и в конечном итоге отражает социально-экономические предпосылки общественной жизни. Научные исследования проблемы алкоголизма и наркомании ведутся сегодня во многих странах, однако существенных достижений в этой области пока еще очень мало.

Воздействие ионизирующей радиации в период органогенеза и плацентации приводит к аномалиям развития плода, а часто плод просто погибает. Наибольшей чувствительностью к радиации обладают ЦНС, органы зрения и кроветворная система плода. В первые 2—3 месяца беременности необходимо по возможности полностью отказаться от всяких рентгенологических исследований, особенно связанных с областью

малого таза. В более поздние сроки беременности рентгенологические исследования проводят по строгим показаниям, а лучше их заменить на ультразвуковые.

Влияние химических веществ на плод представляет определенную опасность для беременных женщин и поэтому необходимо строго следить за тем, чтобы концентрации отдельных химических веществ (бензин, фенолы, демитилдиоксан, формальдегид, сероуглерод, ртуть, свинец, мышьяк и некоторые др.), содержащихся в окружающей производственной среде, не превышали предельно допустимые концентрации (ПДК).

Особенностью беременности является воздействие некоторых лекарственных веществ. Так как при беременности изменилась функция печени, концентрация лекарственных препаратов в крови беременной находится на более высоком уровне, чем у небеременных.

Большинство лекарственных препаратов сравнительно свободно проходят через плацентарный барьер, оказывая эмбриотоксическое и тератогенное действие на плод, проявляющееся особенно четко на ранних стадиях развития зародыша (первые 6—8 недель беременности).

Поэтому существует ряд препаратов, которые противопоказаны во время беременности или которые должны применяться с осторожностью (в небольших дозах и в течение короткого времени). Некоторые лекарственные вещества могут даже привести к врожденным уродствам плода. Поэтому применять лекарственные препараты медицинская сестра должна только после назначения врача, записанного в листок назначений.

Ношение обуви на каблуках беременной противопоказано, так как это изменяет наклон таза и усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей.

Питание беременной женщины должно быть полноценным и рациональным, что способствует нормальному развитию плода и не позволяет развиваться разным осложнениям у матери.

Пища должна быть разнообразной, содержащей все основные питательные вещества.

Изменения вкусовых ощущений у беременной в I половине беременности, особенно в первые два месяца, приводят к повышенному потреблению острых и соленых блюд. Но затем на 3-м месяце может возникнуть тошнота и даже рвота по утрам.

В этих случаях рекомендуют принимать пищу лежа в постели, в холодном виде. Особой диеты в I половине беременности не требуется.

Во II половине беременности нужно несколько ограничить прием мясных блюд, преобладать должна молочно-растительная диета, лучше, если будут молочнокислые продукты. Обязательно нужно порекомендовать те продукты, которые содержат кальций (творог, орехи). Очень полезны овощи и фрукты, особенно в сыром виде, так как они содержат большое количество витаминов и микроэлементов (морковь, капуста, яблоки и пр.). Запрещаются острые приправы (перец, уксус, горчица, хрен и др.). Категорически запрещается алкоголь. Учитывая ограничение мясных продуктов, количество белков восполняется рыбой, творогом, сыром, яйцами.

Количество жидкости нужно сократить до 1,5 литра в сутки (учитывается вся жидкость, находящаяся в продуктах), необходимо ограничить соль, так как нарушение водно-солевого режима во II половине беременности способствует развитию отеков.

Беременная женщина должна тщательно следить за чистотой своего тела, так как через кожу выделяются продукты обмена. Купание рекомендуется под душем, в последние месяцы беременности беременной не советуют принимать ванны, чтобы избежать инфицирования через влагалище.

Учитывая усиленную выделительную функцию, беременной женщине необходимо подмывать половые органы с мылом после каждого акта мочеиспускания и дефекации движениями спереди назад, чтобы не занести инфекцию из анального отверстия.

Спринцевания беременной женщине не разрешаются.

Необходимо готовить молочные железы к кормлению ребенка (ежедневное обмывание теплой водой с мылом с по-

следующим обтиранием полотенцем). При наличии вытянутых сосков, их нужно массировать чисто вымытыми руками, оттягивая большим и указательным пальцами кнаружи в течение пяти минут 2—3 раза в день.

Лифчик беременной женщины должен способствовать поддержанию (но не сдавливанию) молочной железы, и он должен быть хлопчатобумажным.

Одежда беременной должна быть свободной, не сдавливать грудь и живот (ношение тугих поясов запрещается). Круглые резинки носить нельзя.

Со II половины беременности рекомендуется носить дородовой пояс, одевая его лежа на спине и шнуруя снизу вверх (на ночь снимать). Ношение пояса перемещает центр тяжести, препятствует растяжению брюшной стенки, не давит на нижний сегмент матки и является профилактикой преждевременных родов.

Потребность витаминов во время беременности резко возрастает. Их недостаток приводит к ряду нарушений, понижая сопротивляемость организма беременной к инфекционным заболеваниям, снижая трудоспособность, нарушая развитие плода, приводя к выкидышам и преждевременным родам.

Питание беременных должно быть частым (4 раза в день) и небольшими порциями.

У беременных наблюдается склонность к запорам, что можно регулировать употреблением свежих овощей и фруктов, кисломолочных продуктов, черного хлеба.

Проводя диспансеризацию беременных женщин при выявлении любых отклонений от нормы, осложненного течения беременности, ее направляют в стационар для уточнения диагноза и проведения необходимой коррекции беременности.

Так как беременная нуждается в улучшении дыхания, кровообращения, обмена веществ и функций нервной системы, ей полезны специальные гимнастические упражнения. Установлено, что у женщин, занимающихся во время беременности физкультурой, роды протекают более физиологично. Поэтому беременным женщинам, у которых беременность протекает без осложнений, нужно рекомендовать специальный комплекс упражнений.



Рис. 18. Комплекс физических упражнений
в различные сроки беременности:

1-12 — в первые 16 недель беременности;
13-26 — с 16-й по 32-ю неделю беременности;
27-30 — с 36-й недели беременности

Условия формирования плода

В настоящее время внимание многих психологов во всем мире привлечено к проблемам раннего детства. Этот интерес далеко не случаен, так как обнаруживается, что первые годы жизни являются периодом наиболее интенсивного и нравственного развития, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. От того, в каких условиях оно будет протекать, во многом зависит будущее ребенка.

Еще не родившийся ребенок — это формирующееся человеческое существо. Влияние отношений матери к еще не родившемуся ребенку исключительно важно для его развития. Так же важны взаимоотношения матери и отца.

Любовь, с которой мать вынашивает ребенка; мысли, связанные с его появлением; богатство общения, которое мать делит с ним, оказывают влияние на развивающуюся психику ребенка.

В июле 1983 года доктор Верни, психиатр из Торонто, провел опрос пятисот женщин, который показал, что почти одна треть из них никогда не думала о вынашиваемом ребенке. У детей, которых они произвели на свет, чаще наблюдались нервные расстройства. В раннем возрасте такие дети плакали намного больше. Они также испытывали определенные трудности в процессе адаптации к окружающим и к жизни.

В период младенчества ребенка также очень важно своевременно создавать условия для формирования тех или иных психологических качеств. Каждый период детства имеет свои особые, неповторимые достоинства, присущие только определенному этапу развития.

Ребенок максимально нуждается во взрослом. Общение должно носить эмоционально-положительный характер. Тем самым у ребенка создается эмоционально-положительный тонус, что служит признаком физического и психического здоровья.

Многие исследователи (Р. Спитц, Дж. Боулби) отмечают, что отрыв ребенка от матери в первые годы жизни вызывает значительные нарушения в психическом развитии

ребенка, что накладывает неизгладимый отпечаток на всю его жизнь. Способность ребенка любить окружающих тесно связана с тем, сколько любви он получил сам и в какой форме она выражалась. Отношение ребенка к миру — зависящая и производная величина от самых непосредственных и конкретных его отношений к взрослому человеку.

Поэтому так важно заложить основу доверительных отношений между ребенком и взрослым, обеспечив эмоционально, физически, духовно и психологически благоприятные условия для гармоничного развития ребенка.

Обычно не придают значения тому факту, желанным или нежеланным появляется на свет ребенок. А наука уже с уверенностью утверждает: **психика нежеланного ребенка травмирована еще до рождения**. При длительных стрессовых состояниях в крови матери образуется избыточное количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющих на формирующийся мозг ребенка. Величина и характер эмоционального контакта между матерью и еще не родившимся ребенком, возможно, являются самым решающим фактором из влияющих на возникающую психику.

Именно неправильное поведение матери, ее излишние эмоциональные реакции на стрессы, которыми насыщена наша тяжелая и напряженная жизнь, служат причиной огромного числа таких послеродовых осложнений, как неврозы, тревожные состояния, отставание в умственном развитии и многие другие патологические состояния.

Однако следует особо подчеркнуть, что все трудности вполне преодолимы, если будущая мать осознает, что только она служит ребенку средством абсолютной защиты, неисчерпаемую энергию для которой дает ее любовь.

Совсем немаловажная роль принадлежит и отцу. Отношение к жене, ее беременности и, конечно, к ожидаемому ребенку — один из главных факторов, формирующих у будущего ребенка ощущения счастья и силы, которые передаются ему через уверенную в себе и спокойную мать.

Пренатальное развитие несет в своей основе мысль о необходимости предоставления эмбриону и затем плоду самых лучших материалов и условий. Это должно стать частью есте-

ственного процесса развития всего потенциала, всех способностей, изначально заложенных в яйцеклетке.

Существует следующая закономерность: все, через что проходит мать, испытывает и ребенок. Мать — это первая вселенная ребенка, его «живая сырьевая база» как с материальной, так и с психической точек зрения.

Мать является так же посредником между внешним миром и ребенком. Формирующееся человеческое существо не воспринимает этот мир напрямую. Однако оно непрерывно улавливает ощущения и чувства, которые вызывает у матери окружающий мир. Это существо регистрирует первые сведения, способные определенным образом окрашивать будущую личность, в тканях клеток, в органической памяти и на уровне зарождающейся психики.

Этот факт, заново открытый недавно наукой, на самом деле стар как мир. Женщина всегда интуитивно ощущала его важность. Для древних цивилизаций значимость периода беременности была абсолютно непреложной истиной. Египтяне, индийцы, кельты, африканцы и многие другие народы разработали свод законов для матерей, супружеских пар и общества в целом, которые обеспечивали ребенку наилучшие условия для жизни и развития.

Более тысячи лет тому назад в Китае существовали пренатальные клиники, где будущие матери проводили период беременности, окруженные покоем и красотой.

Современные научные исследования, проводимые специалистами различных направлений, позволяют выделить важнейшие факторы, играющие роль в развитии плода еще в утробе матери. К ним относятся:

- ▶ сенсорные способности плода (изучаются специалистами разного профиля);
- ▶ эмоциональная связь.

Группа французских специалистов опубликовала результаты исследований, свидетельствующие о наличии у плода активной сенсорной системы. Как известно, органы чувств и соответствующие центры мозга развиваются уже к третьему месяцу беременности. В шесть недель у зародыша фиксируется деятельность мозга. В семь включаются в работу синапсы,

передающие сигналы между волокнами нервной ткани. В этом возрасте у малыша появляются первые рефлексы. Если дотронуться до его носа или рта, он откинёт голову. От прикосновения к руке 9-недельный зародыш совершит хватательное движение, при касании век завращает глазами. Если воздействие на руку окажется болезненным, рука отдернется.

В конце третьего месяца жизни большая часть тела зародыша начинает чувствовать прикосновения, а их бывает достаточно, так как и сам малыш живо ворочается, вступая в контакт с жидкостью, пуповиной, стенками матки, и чувствует движения матки. Осязание развивается раньше других чувств и играет чрезвычайно важную роль в формировании мозга и гармонической деятельности нервной системы ребенка. Дело в том, что органическое вещество мозга формируется не само по себе, а под воздействием сигналов, поступающих в мозг.

Внутреннее ухо формируется в 8 недель, далее развивается наружное ухо, и вся система слуха формируется к 5 месяцам.

Если отец регулярно разговаривает с ребенком во время беременности жены, то почти сразу же после рождения ребенок будет узнавать его голос. Часто родители также отмечают, что дети узнают музыку или песни, услышанные в пренатальном периоде. Причем они действуют на малышей как прекрасное успокоительное средство и могут быть успешно использованы при снятии сильного эмоционального напряжения.

Что касается действия голоса матери, то оно настолько велико, что доктору Томатису удастся снимать напряжение у детей и взрослых и возвращать их в состояние равновесия простым прослушиванием его записи, сделанной через жидкую среду. В этом случае пациенты воспринимают голос так, как воспринимали его, находясь в утробе матери и плавая в амниотической жидкости. Этот возврат к пренатальному периоду, характеризующемуся безопасностью, дает возможность как молодым, так и пожилым пациентам установить новый контакт с первичной энергией и устранить нежелательные явления.

Однако развивающееся существо запоминает не только сенсорную информацию, но и хранит в памяти клеток сведения эмоционального характера, которые поставляет ему мать.

Психологи и психиатры выявили наличие еще одного существенного фактора — качества эмоциональной связи, существующей между матерью и ребенком. Любовь, с которой она вынашивает ребенка; мысли, связанные с его появлением; богатство общения, которые мать делит с ним, оказывают влияние на развивающуюся психику плода.

С конца третьего месяца палец плода нередко оказывается во рту. Причиной сосания пальца может стать затянувшееся грустное или тревожное состояние матери. Радость, волнение, страх или тревога влияют на ритм ее сердцебиения, кровообращение и обмен веществ: когда мать радуется, кровь разносит гормоны радости эндорфины, когда грустит или тревожится, гормоны стресса катехоламины. Соответствующие ощущения (безопасности или опасности) испытывает и ребенок. Маленький зародыш, конечно, еще неосознанно воспринимает эти сигналы, однако всем своим существом уже чувствует, как к нему относятся: с радостью или тревогой, спокойствием или страхом. Отношение матери, место, которое занимает малыш в ее сердце, напрямую влияет на его рост, развитие, ощущение своего места в мире. Причем внешние стресс-факторы не влияют на малыша непосредственно, только мать, пропуская их через себя, допускает или нет их воздействие на ребенка. Сильные эмоции беременной во все не вредят ребенку, наоборот, гормональная перестройка, разнообразие внутренней жизни матери благотворно отражаются на развитии малыша. Хуже, если мать длительно находится во власти негативных переживаний, не может или не хочет освободиться от них.

Таким образом, матери расплатились за незнание того факта, что питательной средой для развития являются собственные чувства и мысли, а потребность в любви возникает еще до рождения.

В июле 1983 года доктор Верни, психиатр из Торонто, организовал проведение Первого американского конгресса по пре- и перинатальному воспитанию, в работе которого участвовали многие специалисты из европейских государств и Канады. Был сделан ряд интересных сообщений о взрослых, причиной страданий которых была сохранившаяся в подсоз-

нании информация о событиях, происходивших с матерью во время беременности.

Сознательное, положительное отношение к плоду во время беременности необходимо для формирования здоровой психики ребенка.

Эмоции и окружающее человека пространство характеризуются очень тесной взаимосвязью. Несчастье, душевная боль вызывают ощущения сжатия сердца, нехватки воздуха. Такие отрицательные эмоции, как страх, ревность, злоба, приводят к появлению чувства тяжести, плохого самочувствия и закрепощения. Радость же вызывает у матери чувство душевного комфорта, что положительно влияет на ребенка.

Уже с первых дней рождения ребенок является не просто «реагирующим аппаратом». У него имеются первичные потребности (в еде, тепле, движении), потребности, связанные с фундаментальным развитием мозга (например, потребность в новых впечатлениях), и, наконец, социальные потребности, появляющиеся и развивающиеся в течение первого года жизни: потребность в другом человеке, в общении с ним, в его внимании и поддержке. Эти потребности в дальнейшем становятся важнейшими для нравственного формирования ребенка. Признание указанных потребностей требует признания у младенца и соответствующих аффективных переживаний. Неудовлетворение какой-либо из них вызывает у ребенка отрицательные переживания, выражающиеся в беспокойстве, крике, а их удовлетворение — радость, повышение общего жизненного тонуса, усиление познавательной и двигательной активности (например, так называемый комплекс оживления) и т.д.

Кормление грудью — это не только питание ребенка, которое обеспечивает ему начало жизни без болезней, хорошее развитие его сил и ума, но и воспитание любовного, доверительного отношения к родной матери, к другим людям.

Чем раньше ребенок будет отлучен от груди, тем больше он будет предрасположен к неконтактности, бесчувственности, одиночеству.

Чем больше взрослые общаются с ребенком, тем интенсивнее идет его физическое и психическое развитие.

События первого года жизни формируют у ребенка «основы доверия» в отношении внешнего мира, некоторую внутреннюю убежденность, что он пришел в мир, который его ждал, который ему рад, который для него уютен, тепл, добр и которому поэтому ребенок может быть открыт.

Важно подчеркнуть, что если не будет сформировано это чувство базового доверия к миру, то место это не останется пусто, его займет чувство «базового недоверия» к миру, боязнь этого мира. Существенно и то, что формирование чувства базового доверия нельзя отложить на потом, потому что если определенная задача развития не решена в отведенное для этого время, то впоследствии это бывает сделать значительно труднее, а порой и невозможно.

Средства для решения этой первой задачи развития и легки, и трудны одновременно. Собственно, средство только одно: мать все время должна быть рядом с ребенком, должна все время любить его, улыбаться, нежно и весело разговаривать с ним; она всегда должна быть готова накормить, напоить, обогреть малыша, руки ее неизменно должны быть теплыми и ласковыми, готовыми сменить мокрую пеленку, покачать. Мать при этом должна быть внутренне уверена в том, что делает очень важное, может быть, самое важное дело. Также необходимо понять, что отрыв новорожденного от материнского организма — колоссальный стресс для него. Ребенок не должен лишаться материнской защиты, поэтому этот период ему необходимо постоянно ощущать биополевую защиту и «подкормку» от матери.

Французский психолог Рене Спитц изучал детей в домах ребенка и в хороших ясельных учреждениях с большим количеством обслуживающего персонала. Дети из домов ребенка сильно отставали в психическом развитии. Несмотря на то, что уход, питание и гигиенические условия в этих учреждениях были хорошими, процент смертности был очень большим. Большинство же из уцелевших в 4-летнем возрасте не умели ходить, одеваться, есть ложкой, самостоятельно справлять нужду, говорить, отставали в росте и весе. Ясельные дети развивались нормально. Оказалось, что самый опасный

и уязвимый возраст — от 6 до 12 месяцев. В это время ребенка ни в коем случае нельзя лишать общения с матерью.

Люди, окружающие младенца, помогают ему с рождения во всем. Они обеспечивают физический уход за организмом ребенка, обучают, воспитывают его, способствуют приобретению человеческих психологических и поведенческих черт, приспособлению к условиям общественного существования. Поддержка ребенка со стороны родителей и взрослых начинается с рождения и продолжается как минимум в течение полутора десятков лет до тех пор, пока ребенок не станет взрослым и не сможет вести независимый, самостоятельный образ жизни. Но и современному взрослому человеку для того, чтобы оставаться человеком и развиваться как человек, нужна постоянная поддержка со стороны других людей.

Установлено, что интенсивное эмоциональное общение взрослого с ребенком способствует, а редкое и бездушное препятствует развитию комплекса оживления и может привести к общей задержке на них (толкать, двигать, переворачивать и тому подобное).

У женщины, стоящей перед проблемой рожать или не рожать ребенка, есть несколько вариантов выбора, и ни один из них нельзя назвать благоприятным. Если есть поддержка родителей и хоть какие-то условия, девушка рождает ребенка, нанося при этом моральную травму себе, родителям и самому малышу, так как все мы живем в обществе, которое не всегда одобряет такие поступки. Но порой она не в состоянии обеспечить полноценное развитие. Если же она делает аборт, то подвергает себя опасности в будущем остаться бесплодной. Даже аборт, произведенный в наиболее благоприятный срок беременности, всегда оставляет те или иные последствия. Он зачастую сопровождается осложнениями, возникающими непосредственно во время операции и после нее. Это повреждение внутренних органов, воспалительные процессы, бесплодие, изменение менструального цикла. Третий путь — женщина, хорошо усвоившая урок о вреде аборта, рождает ребенка и оставляет его в родильном доме. Не так уж редок он, этот третий путь, превращающий малыша в сироту при живых родителях. При всей заботе государства из него вы-

растет морально травмированный человек. И хорошо еще, если ребенок родится от здоровых родителей в результате пылкого, но неудачного романа; хуже, если от алкоголика, психически больного человека или от алкоголички мамы, которая рождает от кого попало и не одного малыша сдает в Дом ребенка. И сколько их, таких брошенных с искалеченной психикой в мире.

Итак, нет сомнения, что наиболее благоприятно рождение ребенка в браке, в семье, ребенка, которого ждут.

Для гармоничного развития ребенка, формирования здоровой психики родителям следует обратить внимание на **создание благоприятных условий еще до рождения ребенка.**

Будущая мать должна культивировать в себе положительные эмоции, стараться избегать стрессов, не давать воли отрицательным, эмоциям; должна не забывать о том, что музыка, пение, поэзия, искусство, общение с природой успокаивают, даруют радость и чувство внутренней свободы, которые благотворно сказываются на ребенке. Отцу нужно относиться с нежностью и вниманием к своей жене, потому что ее тревоги, переживания и обиды обязательно отразятся на физическом и психическом здоровье их ребенка.

Поскольку основной тип деятельности ребенка в младенческом возрасте — эмоциональное общение, первая потребность, которая формируется у ребенка, — это потребность в другом человеке.

На развитие этой потребности надо обратить особое внимание — с ребенком надо говорить, рассказывать ему сказки, не смущаясь тем, что ребенок еще не все понимает из того, что говорит ему взрослый.

Это сформирует у ребенка чувство доверия к миру, будет способствовать поощрению его исследовательской деятельности, что послужит основой для его гармоничного развития.

Социальная ситуация психического развития ребенка младенческого возраста, ситуация неразрывного единства ребенка и взрослого, социальная ситуация комфорта крайне важны для нормального физического и психического развития ребенка. Показателем существования такой социальной ситуации служит положительный эмоциональный фон.

Анализ результатов исследований показал, что обеспечение матерью психологического комфорта ребенка, всяческая поддержка ребенка, поощрение его создают условия для ускоренного гармоничного развития малыша. Общение с близким взрослым, его психологическая поддержка лишает ребенка страха перед неизведанным миром, обеспечивает чувство безопасности, подкрепляет веру в себя, ребенок спокойно начинает вести исследовательскую деятельность, приобретает опыт человеческих отношений.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что желанная беременность и обеспечение ребенку психологической поддержки со стороны взрослого, в первую очередь матери, приводит к более гармоничному психическому и физическому развитию ребенка, получила подтверждение.



Роды как физиологический процесс

Роды являются сложным физиологическим процессом, возникающим в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной женщины и состоящем в изгнании жизнеспособного плода и элементов плодного яйца.

Причины наступления родов до сих пор не полностью выяснены, однако принято считать, что основная роль принадлежит гормональным и нервно-рефлекторным системам матери и плода. К концу беременности резко повышается уровень эстрогенов и снижается содержание прогестерона, что способствует усилению сокращения мышц матки.

С другой стороны, повышается рефлекторная и мышечная возбудимость матки, меняется соотношение процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, поступают импульсы от плода в спинной мозг матери и повышается его возбудимость.

Все это способствует наступлению родовой деятельности.

В последние 1,5–2 недели беременности заканчивается подготовка организма женщины к предстоящим родам. Готовность к родам характеризуется рядом симптомов, которые указывают на возможность начала родов в ближайшее время. За 10–14 дней до наступления родов появляются так называемые *предвестники родов*. К ним относятся:

- 1) прижатие предлежащей части плода ко входу в малый таз, в результате чего дно матки несколько опускается и высота стояния дна матки уменьшается, что облегчает дыхание;
- 2) повышается возбудимость матки, появляются нерегулярные ее сокращения, сопровождающиеся болями. Это ложные схватки. Они не носят регулярного характера и не способствуют открытию шейки матки;
- 3) снижается масса тела беременной женщины;

- 4) из шейки матки выделяется большое количество слизи (выделение слизистой пробки). Часто беременная женщина расценивает это явление как подтекание околоплодных вод.

Сами роды начинаются через 10–14 дней и характеризуются развитием регулярной родовой деятельности.

Роды — безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки. Они наступают тогда, когда процесс созревания шейки матки закончен. «Зрелость» шейки матки определяется при влагиальном исследовании. Шейка матки полностью размягчена, укорочена до 2 см, шейный канал свободно проходим для одного пальца за внутренний зев, через своды отчетливо пальпируется лежащая часть плода. «Зрелая» шейка матки должна строго располагаться по проводной оси таза.

Срочными родами принято считать роды при сроке беременности 38–41 неделя; роды при беременности 28–38 недель считаются преждевременными, а после 41 недели — запоздалыми.

В течение родового акта выделяют 3 периода: I — период раскрытия шейки матки; II — период изгнания плода; III — последовый период.

Женщина с началом родовой деятельности называется *роженицей*, после окончания родов — *родильницей*.

Изгоняющие родовые силы и периоды родов

Изгоняющими родовыми силами в I периоде родов являются схватки, за счет которых происходит раскрытие шейки матки.

Схватки — это непроизвольное периодическое сокращение мышц матки. При развитии регулярной родовой деятельности наблюдаются координированные сокращения наружного и внутреннего мышечных слоев матки. По мере развития родового акта интенсивность и продолжительность схваток постепенно нарастают, а интервалы между ними уменьшаются. В результате схваток повышается внутриматочное давление и плодный пузырь внедряется в цервикальный канал, тем самым способствуя его раскрытию.

Механизм раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящей женщины неодинаков. Так, у первородящей женщины раскрытие шейки матки начинается со стороны внутреннего зева, затем шейка сглаживается и начинает открываться наружный зев. У повторнородящих раскрытие внутреннего и наружного зева происходит одновременно с укорочением шейки матки.

При полном или почти полном открытии шейки матки разрывается плодный пузырь и отходят околоплодные воды. Излитие околоплодных вод при неполном открытии называется ранним, а если воды отходят до начала регулярной родовой деятельности — это преждевременное отхождение околоплодных вод. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. И тогда приходится прибегать к вскрытию околоплодного пузыря.

Полное открытие шейки матки указывает на окончание *I периода родов*.

Начинается *II период родов — период изгнания*, во время которого происходит рождение плода.

После излития околоплодных вод схватки ненадолго прекращаются или ослабевают. Объем полости матки значительно уменьшается и матка более тесно соприкасается с плодом.

Изгоняющими родовыми силами *II периода* являются потуги. Потуга отличается от схватки тем, что к рефлекторному произвольному сокращению мышц матки присоединяется рефлекторное сокращение мышц передней брюшной стенки, диафрагмы, мышц тазового дна. Сила потуг может произвольно регулироваться рождающей женщиной. Можно усилить или уменьшить потугу по желанию самой женщины.

Вслед за рождением предлежащей части рождается туловище плода и изливаются задние воды.

После рождения плода наступает *III период родов — послеродовой период*. В это время происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа.

Признаками отделения последа являются:

- 1) появление легких схваток;
- 2) дно матки несколько поднимается от первоначального уровня и отходит в сторону от срединной линии вправо;

- 3) при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины с зажимом не втягивается в половую щель, а, наоборот, опускается.

Плацента может родиться материнской и плодовой поверхностью.

Плодовая поверхность плаценты блестящая (оболочки), на ней определяется пуповина, в то время как материнская поверхность состоит из отдельных долек, она более матовая.

Методы оценки сократительной активности матки. Сократительная активность матки во время родов характеризуется тонусом, силой (интенсивностью), ее продолжительностью, интервалом между схватками и их ритмом.

Для оценки сократительной деятельности матки во время родов используют пальпаторный контроль и объективную регистрацию сокращений матки с помощью специальной аппаратуры.

При пальпаторном контроле руку кладут на верхний отдел матки, по секундомеру определяют продолжительность сокращения матки и интервалы между ними, а также силу схваток.

Среди объективных методов регистрации сократительной деятельности матки выделяют методы наружной и внутренней гистерографии (токографии).

Методом наружной гистерографии определяют сократимость матки датчиками с передней брюшной стенки.

Этот метод более безопасен и асептичен, но на показатели влияет толщина подкожной жировой клетчатки, напряжение мышц, правильность наложения датчиков.

Внутренняя гистерография (токография) проводится с использованием датчиков, наложенных на шейку матки. По продолжительности родов различают:

I период родов у первородящих — 10–11 часов, у повторнородящих — 6–7 часов;

II период родов у первородящих — 1–2 часа, у повторнородящих — 15 минут — 1 час;

III период родов не должен превышать 30 минут.

Биомеханизм родов

Биомеханизмом родов называется совокупность всех движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

Биомеханизм родов зависит от положения, предлежания, позиции и вида плода, и в каждом отдельном случае он разный.

Наиболее часто встречающимися родами являются роды в переднем виде затылочного предлежания, когда перед развитием родовой деятельности головка находится в состоянии сгибания над входом в малый таз, затылок обращен к лону. Стреловидный шов головки плода располагается обычно в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз (95% всех родов) (рис. 19).



Рис. 19. Расположение плода перед родами

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания складывается из четырех моментов.

Первый момент — сгибание головки. Головка поворачивается вокруг своей оси. Головка при этом вставляется во вход малого таза, стреловидный шов в поперечном или слегка косом размере таза. Внутриматочное давление передается

на позвоночник и на головку плода. Затылок опускается и ведущей точкой уже является малый родничок.

Ведущая точка та, которая первая на предлежащей части проходит через родовые пути и показывается из половой щели.

Второй момент — внутренний поворот головки. Опускаясь ниже, головка одновременно поворачивается вокруг проводящей оси таза. При этом затылок поворачивается кпереди, а лоб — кзади.

Стреловидный шов переходит в косой, а затем — в прямой размер таза, при этом малый родничок обращен к лону. При I позиции головка поворачивается на 45° , а при II — на 135° .

Третий момент — разгибание головки. При достижении тазового дна головка встречает сопротивление мышц тазового дна, которое способствует отклонению головки кпереди и головка разгибается. Это происходит после того, как подзатылочная ямка подходит под лоно. В это время происходит врезывание и прорезывание головки.

При врезывании головки она становится видна в момент потуги, а вне ее — прячется за половую щель, а при прорезывании головка плода зафиксирована в половой щели и видна из нее постоянно (и в момент потуги, и вне ее) (рис. 20 а).

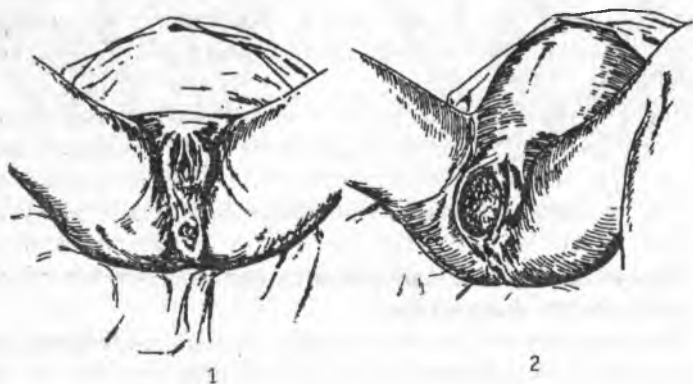


Рис. 20 а. Расположение плода перед родами:

1 — врезывание головки; 2 — прорезывание головки

Четвертый момент — наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Головка при позиции поворачивается личиком к правому, а при II — к левому бедру матери. Одновременно внутри поворачиваются соответственно головке плечики плода.



Рис. 20 б. Рождение головки:

- 1 — родившаяся головка обращена личиком кзади;
2 — поворот головки личиком к бедру матери

Таким образом, плод рождается лицом к противоположному бедру (по отношению к позиции плода) матери. (При I позиции личико обращено вправо, при II — влево) (рис. 20 б).

Проходя через родовые пути (от входа до выхода из малого таза) головка плода все время проходит своим меньшим размером через больший размер малого таза. Это уменьшает возможность родовой травмы. Приспособляемость головки зависит от достаточной смещаемости черепных костей в области швов и родничков. В результате этого изменяется форма головы (конфигурация ее).

При сужении таза и несоответствии его с размерами головки плода, последняя меняет форму значительно, но эти изменения затем бесследно исчезают при нормальных родах.

Кроме изменения конфигурации, на головке в периоде изгнания образуется родовая опухоль, которая представляет собой отек тканей вследствие сдавления головки в родах и

затруднения венозного оттока крови. Обычно родовая опухоль располагается на теменных костях в области малого родничка.

При затрудненном прохождении головки, вследствие несоответствия ее с размерами таза, может образоваться кровоизлияние под надкостницу теменной кости (кефалогематома).

При других положениях и предлежаниях плода развивается другой биомеханизм родов, более сложный, с большим количеством составляющих его моментов. Однако мы рассматриваем только течение нормальных родов и ставим перед собой задачу уметь принять эти роды в необходимых условиях.

Асептика и антисептика в родах

Учитывая, что проникновение инфекции через родовые пути может значительно осложнить родовой процесс, соблюдение асептики и антисептики в родах приобретает особенно важное значение.

Возбудители инфекции нередко попадают в организм беременной и роженицы *экзогенным* путем (из окружающей среды). Инфекция может быть занесена в половые пути через грязные руки, инструменты, перевязочный материал и пр.

Инфекция может быть и *эндогенной* (находящейся у самой женщины). Это микрофлора носа, зева, хроническая инфекция (кариозные зубы, хронические заболевания внутренних органов).

Источником инфекции могут быть и половые сношения.

Борьба с инфекционными осложнениями при беременности и родах проводится осуществлением профилактических мероприятий, начиная с приема роженицы в родильное отделение. Это полное обследование беременной, осмотр и санитарная обработка в санпропускнике, изоляция больных рожениц в обсервационное отделение и т.д.

Все предметы, соприкасающиеся с половыми органами роженицы, должны быть стерильными.

— Исключительно важное значение имеет обеззараживание рук медперсонала, которое проводится по общепринятым методикам. В настоящее время медперсонал обязан работать

и стерильных перчатках. Руки должны обеззараживаться перед влагалищным исследованием рожениц, перед приемом родов, перед акушерскими операциями, перед производством туалета новорожденных.

Перед наружным осмотром необходимо руки вымыть теплой водой с мылом, насухо протереть.

Во время родов каждые 5–6 часов производится туалет наружных половых органов. Перед приемом родов наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер необходимо обмыть теплой кипяченой водой, высушить салфеткой и обработать спиртом или йодом. На роженицу надевают стерильное белье, на ноги — матерчатые чулки (бахилы), под роженицу подстилают стерильную простыню.

Персонал должен быть обследован на бациллоносительство, не должен быть болен инфекционными заболеваниями (гриппом, ангиной, гнойничковыми заболеваниями и пр.). На руках не должно быть ран и ссадин. Одежда персонала должна быть чистой и опрятной. В родильном стационаре строго соблюдается масочный режим. Загрязненные маски складывают в емкость, их стирают и дезинфицируют.

Помещение родильного дома должно быть идеально чистым. Один раз в году роддом закрывается по плану СЭС на генеральную уборку. В палатах проводятся 2–3 раза в день влажная уборка, кварцевание. Родзал работает в течение суток, после этого в нем проводят генеральную уборку. Помещения должны легко мыться, для этого полы и стены должны быть или кафельные, или покрыты масляной краской.

Матрацы должны быть обшиты клеенкой. После каждой роженицы матрацы, одеяла, подушки стерилизуются. Белье родильного стационара стирают отдельно, в барабанах, предназначенных только для роддома. Использованное белье собирают в особые емкости, в мешки и хранят отдельно от чистого.

Постельное и нательное белье родильниц меняют по мере загрязнения, подкладные пеленки не реже 4 раз в сутки. Клеенки моют теплой водой с мылом и щеткой, споласкивают, обмывают дезраствором, высушивают и хранят в стерильном мешке.

Судна перед употреблением моют водой, кипятят 10–15 минут, хранят в мешке. После каждого пользования судна моют проточной водой, ополаскивают дезраствором и кладут на подставку, находящуюся под кроватью родильницы.

В настоящее время в отдельные родильные дома допускаются родственники рожениц и родильниц. Они должны быть тщательно обследованы на наличие инфекции, переодеты в одежду и обувь родильного отделения.

С родильницами должна проводиться санитарно-просветительная работа, им необходимо разъяснить значение асептики и антисептики в предупреждении заболеваний в послеродовом периоде у родильниц и новорожденных детей.

Уход за роженицей

При поступлении роженицы в родильное отделение в комнате-фильтре она снимает верхнюю одежду, получает обеззараженные тапочки и у нее осматривают кожные покровы, измеряют температуру тела, проверяют на педикулез, измеряют АД на обеих руках. Беременная взвешивается, измеряется ее рост.

Санитарная обработка роженицы

Необходимо уметь: произвести санитарную обработку роженицы; произвести дезинфекцию предметов ухода; поставить очистительную клизму.

Оснащение:

Методика выполнения:

белье, клеенки,
корнцанги,
пинцеты,
ножницы,
кружка Эсмарха,
наконечники
для клизм,
жидкое мыло,
бритвы
одноразовые,
лезвия,

1. Обрезать ногти.
2. Сбрить волосы в подмышечных областях одноразовым лезвием.
3. Сбрить волосы на лобке, предварительно намылив лобок жидким мылом при помощи ватного тампона на корнцанге.
4. Поставить очистительную клизму.

Постановка очистительной клизмы:

1. Объяснить необходимость и ход процедуры.
2. Надеть перчатки.

мочалки,
кусочки мыла.

3. Налить 1,5 л воды комнатной температуры в кружку Эсмарха.
4. Подвесить кружку на стойку.
5. Смазать наконечник вазелином.
6. Уложить беременную на кушетку, покрытую клеенкой, на левый бок (ноги согнуты в коленях, приведены к животу).
7. Необходимо объяснить, что воду нужно удерживать в течение 5 минут.
8. Раздвинуть ягодицы двумя пальцами левой руки, а правой ввести не спеша наконечник в анус, продвигая его вначале по направлению к пупку (до 4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8–10 см.
9. Открыть зажим, чтобы вода поступала в кишечник, и если это не произошло, продвинуть его или, наоборот, подтянуть на себя.
10. Ввести весь объем воды в кишечник, закрыть зажим и извлечь наконечник.
11. Через 5–10 минут беременная в туалете опорожняет кишечник (не торопить ее).
12. После процедуры кружку Эсмарха и наконечник замочить в растворе хлорамина (3%-ном) на 1 час.
13. Снять перчатки и вымыть руки.
14. После опорожнения кишечника беременная (роженица) принимает душ, используя индивидуальный кусочек мыла и мочалку (стерильную), вытирает тело полотенцем, надевает стерильное белье.
15. Ногти на руках и ногах обрабатываются 5%-ным раствором йода, а соски на груди — раствором бриллиантового зеленого.

Примечание: очистительная клизма ставится только по назначению врача.

После купания роженица переводится в смотровую комнату для влагалищного исследования. Перед влагалищным исследованием необходимо уточнить с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования положение, предлежание плода, место нахождения предлежащей части, позицию, вид плода.

Измеряется окружность живота, высота стояния дна матки, выслушивается и оценивается сердцебиение плода. Измеряются размеры таза.

После этого медицинская сестра подготавливает роженицу к влагалищному исследованию.

Обработка наружных половых органов перед влагалищным исследованием (рис. 21)

Необходимо уметь провести туалет наружных половых органов.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
кушетка,	1. Объяснить роженице необходимость данного исследования.
корнцанги,	2. Уложить на кушетку, подставив судно, или на акушерское кресло (положение на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, ноги разведены).
стерильный материал,	3. После обработки рук надеть перчатки.
растворы для обработки половых органов, судно.	4. Обработать с помощью ватного стерильного тампона на корнцанге, смоченного раствором для обработки половых органов (перманганат калия 1:6000, 5%-ный раствор йода и т.д.), в следующей последовательности: малые половые губы, большие половые губы, внутренняя поверхность бедер, ягодицы, анальная область.

После этой обработки врач осматривает роженицу влагалищно с помощью двуручного исследования, определяя степень готовности к родам (зрелость шейки матки, ее открытие, ориентиры предлежащей части и т.д.).

Составляется план ведения родов. Родильница переводится в предродовую палату.

Ей необходимо определить группу крови, резус-фактор и свертываемость крови, провести пробу сульфасалициловой кислотой на наличие белка.



Рис. 21. *Обработка наружных половых органов перед влагалищным исследованием*

Определение группы крови при помощи стандартных сывороток

Необходимо уметь определить группу крови с помощью стандартных сывороток.

Оснащение:
маркированная тарелка, 2 серии стандартных сывороток, исследуемая кровь, предмет-

Методика выполнения:

1. Объяснить роженице необходимость и цель процедуры.
2. Усадить к столу, руку ее положить на стол.
3. Нанести на тарелку около надписанных обозначений по 2 капли сывороток раз-

ные стекла,
ватные шарики,
изотонический
раствор хлорида
натрия, палочки
с ватой, 5%-ный
йод, спирт, игла
от шприца.

ных серий по 0,1 мл; I, II и III групп
(для каждой сыворотки берут разные
пипетки).

4. Обработать палец палочкой со спиртом;
проколоть палец иглой у ногтевой фа-
ланги по ее ребру; первую каплю вы-
давить, а вторую нанести на тарелку в
середине ее.
5. Чистым сухим стеклом перемешать кап-
лю крови с сывороткой (каждый раз
меняя угол стекла) до тех пор, пока
смесь не будет равномерно красной, по-
вторя действия в O(I), A(II) и B(III)
группах в обоих рядах сывороток.

Через 5 минут учитывают реакцию (в течение 5 минут не-
обходимо тарелочку слегка покачивать). К той капле, где аг-
глютинация видна нечетко, добавить одну каплю изотони-
ческого раствора хлорида натрия и продолжать наблюдать.

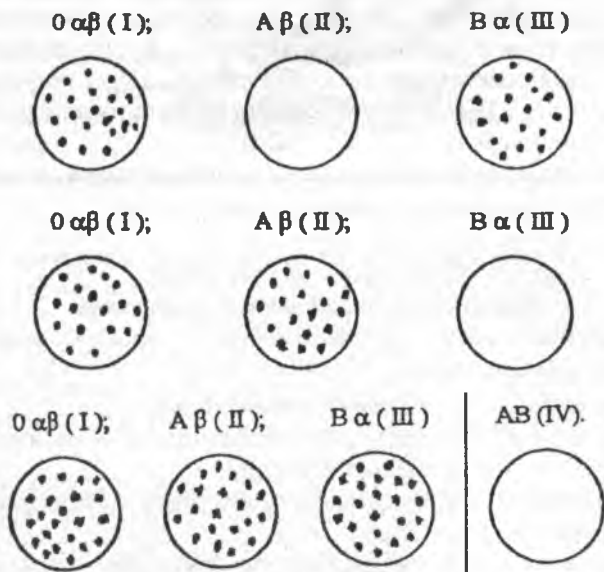


Рис. 22. Определение группы крови

Прочтение результатов (рис. 22)

В случае положительной агглютинации видны в капле мелкие зернышки красного цвета, состоящие из склеенных эритроцитов. Они сливаются между собой, а сыворотка при этом обесцвечивается.

При отрицательной реакции жидкость в капле остается равномерно окрашенной в красный цвет и в ней не обнаруживаются зернышки агглютинатов.

1. Если сыворотки всех трех групп имеют отрицательную реакцию, это O(I) группа крови.
2. Если сыворотки O(I) и B(III) дали положительную реакцию, а сыворотка группы A(II) — отрицательную, это группа A(II).
3. Если сыворотки групп O(I) и A(II) дали положительную реакцию, а сыворотка группы B(III) — отрицательную, то это B(III) группа крови.
4. Если сыворотки всех трех групп дали положительную реакцию, это AB(IV) группа крови. В этом случае необходимо провести дополнительное исследование с сывороткой AB(IV) группы. Для этого к сыворотке AB(IV) добавляют каплю крови (0,01 мл), перемешивают сухим стеклом и через 5 минут наблюдают: если подтверждается AB(IV) группа крови, то агглютинации в этой капле не будет.

Результаты должны совпадать в обеих сериях стандартных сывороток.

Проведение пробы на свертываемость крови

Необходимо уметь определить время свертываемости крови.

Оснащение: *Методика выполнения:*

- | | |
|--|---|
| тарелка,
секундомер,
игла от шприца. | <ol style="list-style-type: none">1. Объяснить роженице значение процедуры. Эту процедуру можно выполнять одновременно с определением группы крови.2. Взяв еще одну каплю крови на отдельную тарелку; поместив каплю крови на тарелку, по секундомеру засечь время, за которое капля превратится в кровяной сгусток. |
|--|---|

Проведение пробы с сульфасалициловой кислотой (проба на белок)

Необходимо уметь провести пробу с сульфасалициловой кислотой и определить наличие белка в моче.

Оснащение:	Методика выполнения:
пробирка,	1. Объяснить роженице необходимость процедуры.
20%-ный раствор сульфасалициловой кислоты.	2. Попросить помочиться в баночку.
	3. Профильтровать 1 мл мочи в пробирку.
	4. Добавить 8–10 капель 20%-ного раствора сульфасалициловой кислоты.

Трактовка полученных данных: при наличии белка в моче образуется хлопьевидный осадок или муть. Оставшуюся мочу направляют в лабораторию для исследования.

После этого переводят роженицу в предродовую палату, где она находится в течение всего I периода родов.

Уход за роженицей в I периоде родов. В предродовой должны быть обычные кровати, шкаф для медикаментов (кровоостанавливающие, обезболивающие, сердечно-сосудистые и др. средства) и инструментов, стол для записи истории родов, столик со стерильным материалом, раковина, щетки, мыло, полотенце.

Роженицу укладывают в постель, если не отошли воды, ей разрешается вставать.

В I периоде родов необходимо тщательно наблюдать за состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, артериальным давлением, частотой пульса.

В течение всего I периода родов многократно проводится наружное акушерское исследование и при физиологическом течении родов, записи делаются через каждые 2–3 часа.

Тщательно регистрируется характер родовой деятельности (частота, сила и продолжительность схваток). Обращают внимание на форму матки, высоту стояния ее дна, нахождение предлежащей части.

По высоте стояния контракционного кольца (плотная пограничная часть над лоном между шейкой и телом матки) можно определить степень раскрытия шейки матки. Так,

к концу I периода это пограничное кольцо прощупывается на высоту 5 поперечных пальцев над лоном, что соответствует 10 см (или полному открытию) шейки матки.

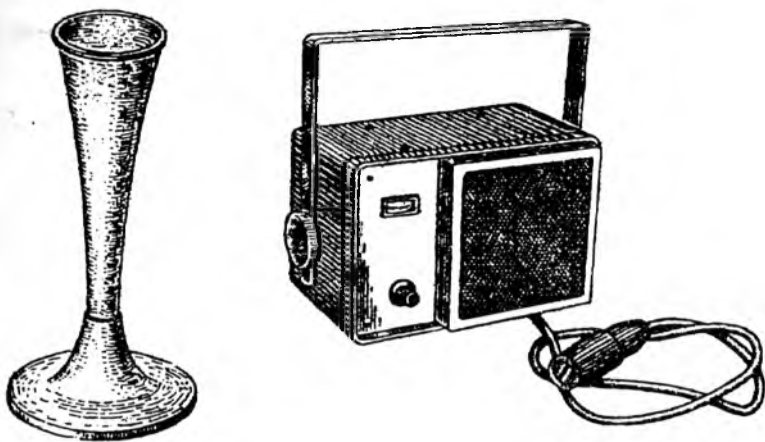


Рис. 23. Выслушивание и регистрация сердцебиений плода

Не менее тщательно, чем за состоянием роженицы, необходимо следить за состоянием плода. Это делается с помощью аускультации или аппаратными методами, о чем упоминалось ранее (рис. 23).

Выслушивание сердцебиения плода до излития околоплодных вод проводится через каждые 15–20 минут, а после отхождения вод — каждые 5–10 минут. Стойкое изменение сердцебиения плода (менее 110 уд. в минуту или свыше 160 уд. в минуту), а также изменение в ритме и четкости ударов сигнализируют об угрожающей внутриутробной гипоксии плода и требуют немедленного вмешательства.

Диета роженицы должна включать легкоусвояемую калорийную пищу: сладкий чай, кофе, протертые супы, кисели, компоты, молочные каши, шоколад.

В родах необходимо следить за опорожнением мочевого пузыря и кишечника, так как их переполнение приводит к ослаблению родовой деятельности. Поэтому роженице

рекомендуют мочиться каждые 2—3 часа, если этого не происходит, производят катетеризацию мочевого пузыря.

При длительности I периода свыше 12 часов ставят повторно очистительную клизму.

Учитывая, что в родах приобретает особое значение соблюдение асептики и антисептики, наружные половые органы роженицы обрабатывают дезраствором каждые 6 часов, после каждого акта мочеиспускания и дефекации и перед влагалищным исследованием, которое проводится при поступлении в родильное отделение, сразу же после отхождения околоплодных вод, а также при необходимости уточнения диагноза. Об отошедших водах, их характере и количестве судят по стерильной подкладной пеленке. Если околоплодные воды окрашены меконием, это свидетельствует о гипоксии плода. Кровянистые выделения появляются при травматизации родовых путей или отслойке плаценты.

Период раскрытия является самым продолжительным, поэтому, учитывая болевые ощущения, проводится обезболивание в этом периоде.

Для ускорения раскрытия шейки матки вводятся спазмолитики.

Обезболивание родов

Обезболивание I периода родов. К обезболиванию в родах предъявляются следующие требования:

1. Обезболивающее средство должно быть абсолютно безвредным не только для матери, но и для плода.

2. Необходимость длительного его применения, учитывая продолжительность I периода родов.

3. Сохранение контакта с роженицей.

В современной акушерской анестезиологии используют комбинированные методы анальгезии с применением нескольких веществ, обладающих определенным направленным действием.

Так, транквилизаторы, нормализуя функциональное состояние коры головного мозга, снижают волнение, беспокойство (триоксазин, мепробомат).

Наряду с этим, при большем открытии шейки матки, вводят внутримышечно промедол (20 мг) и пипольфен (50 мг). Одновременно также внутримышечно вводят спазмолитики (но-шпа, ганглерон).

Можно для обезболивания пользоваться нейролептиками (дроперидол, фентанил).

Для обезболивания родов с успехом применяется сочетание диазепама (седуксен, валиум) и анальгетиков (промедол).

К неингаляционным анестетикам относятся оксибутират натрия (ГОМК) и виадрил.

К современным методам обезболивания родов относится перидуральная анестезия (введение обезболивающих веществ в поясничный отдел спинного мозга). Этот вид обезболивания применяется только при тяжелой акушерской патологии.

Обезболивание может проводиться ингаляционными анестетиками. Преимущество здесь отдается закиси азота. Этот вид обезболивания в силу слабого эффекта можно сочетать с анальгетиками.

Высокий аналгезирующий эффект дает трихлорэтилен (трилен). Вдыхать трилен роженица может самостоятельно через аппарат «Трилан». Его можно также сочетать с закисью азота.

Для обезболивания родов можно использовать митоксифлуран (пентран), который очень активен и обезболивающий эффект достигается при небольших его концентрациях.

Обезболивание родов проводит медицинская сестра под наблюдением врача.

Уход за роженицей во II периоде родов. После отхождения околоплодных вод и полного открытия шейки матки роженицу необходимо на каталке перевезти в родильный зал и уложить на специальную кровать Рахманова, которая состоит из трех частей. Головной конец кровати может быть приподнят или опущен. Ножной конец может быть задвинут. Кровать имеет специальные подставки для ног и «вожжи» для рук. Матрац состоит также из трех частей, обтянутых клеенкой (рис. 24).

Роженица лежит на кровати Рахманова на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и упираются в подставки. Головной конец кровати приподнимают. Этим

достигается полусидячее положение, что способствует более легкому продвижению плода через родовой канал. Для усиления потуг рекомендуют роженице держаться за край кровати или «вожжи».



Рис. 24. Положение роженицы в период изгнания плода

Родзал должен быть оборудован индивидуальными комплектами стерильного белья (одеяло и 3 хлопчатобумажные пеленки) и индивидуальными стерильными комплектами для обработки новорожденного (2 зажима Кохера, скоба Роговина или стерильные маленькие салфетки треугольной формы, щипцы для наложения скобы Роговина, пипетка, ватные шарики, сантиметровая лента, 3 клеенчатых браслета, аппарат для отсоса слизи или баллон с катетером).

Максимальная нагрузка на организм роженицы приходится на II период родов. А так как частые и продолжительные потуги при продвижении через родовой канал приводят к снижению доставки кислорода к плоду, необходимо особенно тщательно наблюдать за состоянием плода в этом периоде родов. Наблюдая за роженицей, нужно следить за ее общим состоянием, частотой пульса, АД, характером родовой деятельности.

При продвижении головки по родовым путям различают следующие положения головки: головка прижата ко входу в малый таз, головка фиксирована малым сегментом во входе в таз, головка фиксирована большим сегментом во входе в

малый таз или головка в широкой части полости малого таза, головка в узкой части полости малого таза и головка на тазовом дне или в плоскости выхода из малого таза. Эти положения головки определяются с помощью 4-го приема наружного акушерского исследования (рис. 25).

Продолжительность стояния головки в одной и той же плоскости не должна превышать 2 часов у первородящей и 1 часа — у повторнородящей. При более длительном стоянии головки она сдавливает окружающие мягкие ткани родовых путей и вследствие нарушения кровообращения могут образоваться свищи.

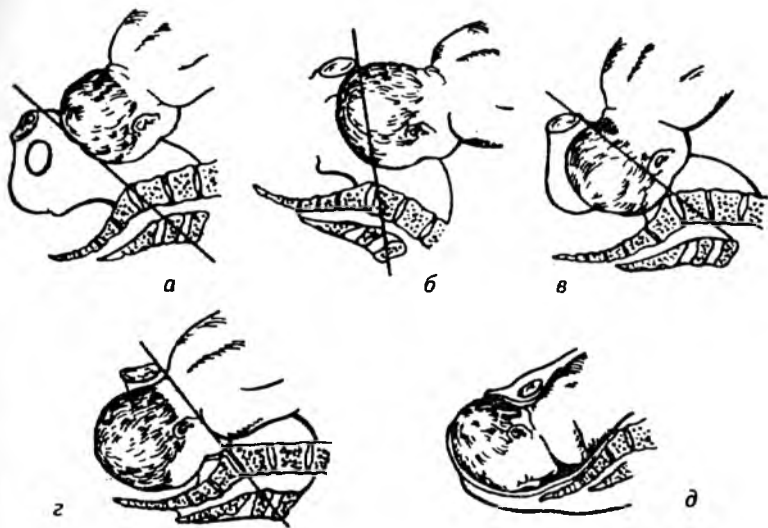


Рис. 25. Отношение головки к полости таза

Учитывая продвижение плода по родовым путям, необходимо следить за сердцебиением плода в этом периоде родов более тщательно, выслушивая его после каждой потуги, так как может наблюдаться обвитие пуповины, плод может претерпевать сопротивление со стороны костного и мышечного кольца таза.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов. Необходимо продезинфицировать наружные

половые органы роженицы, вымыть руки, как перед операцией, надеть стерильный халат и стерильные перчатки.

На ноги роженице надевают бахилы, а заднепроходное отверстие, бедра и голени отгораживают стерильной простыней, подложенной под крестец роженицы.

Во время врезывания головки акушерка наблюдает за состоянием роженицы, характером потуг и сердцебиением плода.

В момент прорезывания головки приступают к приему родов. Роженице оказывают ручное пособие, носящее название «защита промежности». Это пособие направлено на то, чтобы способствовать рождению головки наименьшим размером, не допустить травмирования плода и мягких родовых путей матери (промежности) (рис. 26).

Принимающий роды должен стоять справа от роженицы. Вначале прорезывания головки необходимо препятствовать преждевременному разгибанию головки, способствуя тем самым ее прорезыванию в согнутом состоянии. Для этого кладут ладонь левой руки на лобок, а 4 пальца этой руки располагаются на головке.

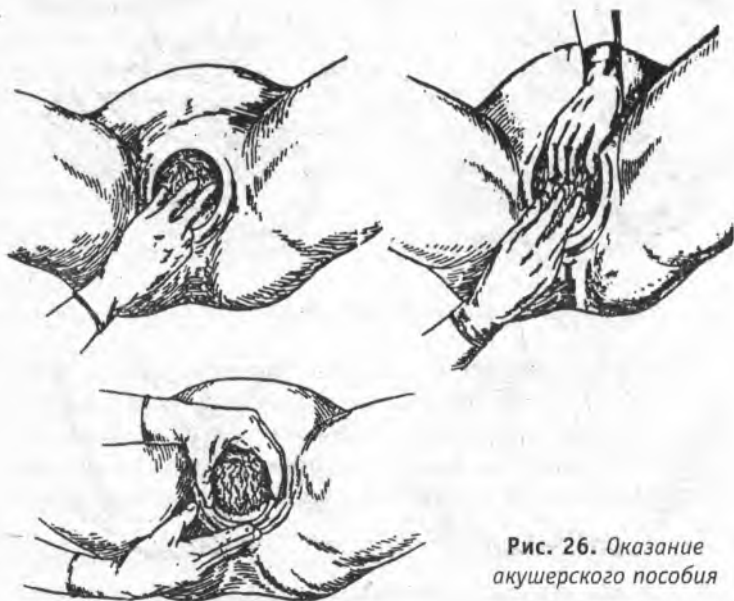


Рис. 26. Оказание акушерского пособия

Когда показываются теменные бугры, головку выводят из половой щели вне потуги. Для этого большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают ткани вульварного кольца над прорезывающейся головкой.

Затем правая рука кладется на промежность так, чтобы 4 пальца плотно прилегали к области левой большой половой губы, а большой палец — к области правой. Складка между большим и указательным пальцами расположена над ямкой преддверия влагалища. Ткани, расположенные вокруг больших половых губ, сдвигают книзу (как бы «занимая» их сверху). При этом уменьшается напряжение промежности и восстанавливается ее кровообращение, что препятствует разрыву тканей.

Левой рукой сверху сдерживают головку от ее стремительного продвижения.

После рождения теменных бугров необходимо регулировать потуги и при стремительном их повторении роженице предлагают глубоко подышать, так как это препятствует новой потуге.

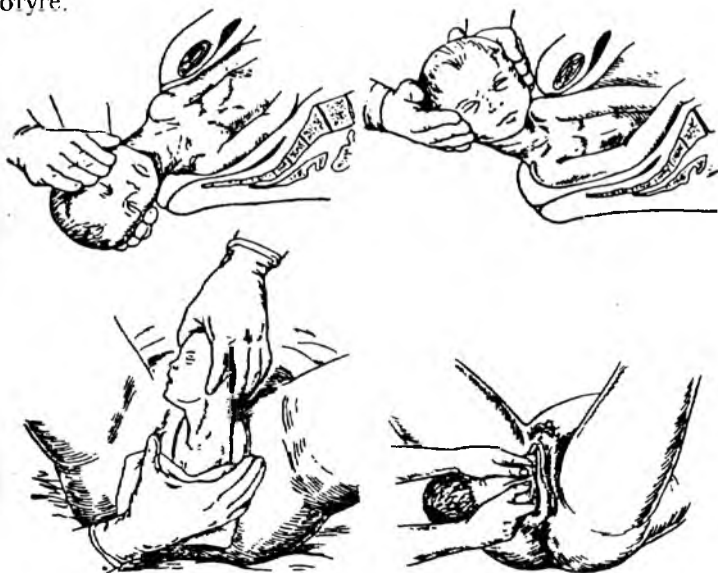


Рис. 27. Выведение плечиков и туловища

Вне потуги, осторожно сводя ткани вульварного кольца, освобождают теменные бугры. Головку приподнимают вверх.

При необходимости роженицу просят потужиться. Над промежностью появляется лоб, затем личико и подбородок.

После рождения головки приступают к освобождению плечевого пояса (рис. 27).

Для этого роженице предлагают потужиться и освобождают переднее и заднее плечико, отклоняя головку вначале кзади, а потом приподнимая ее. Затем рождается туловище плода.

При угрозе разрыва промежности производится перинеотомия (разрез кзади по направлению к анальному отверстию) или эпизиотомия (разрез вбок, по направлению к бедру матери) одно- или двусторонняя.

Во время потужного периода медсестра должна наблюдать не только за общим состоянием роженицы (появление головных болей, ухудшение зрения, чувство нехватки воздуха и др.), но и за показателями АД, пульса, дыхания.

Необходимо также вести контроль за состоянием наружных половых органов (побледнение, упаноз, отек, что свидетельствует об угрозе разрыва промежности), выделениями из половых путей (кровянистые, гнойные, с меконием).

Первый туалет новорожденного

Сразу же после рождения головки производят с помощью электроотсоса или обычной груши отсос слизи из носовых ходов и ротика плода.

После этого новорожденный делает первый вдох, издает крик и начинает активные движения конечностей.

Кожные покровы и видимые слизистые розовеют.

С целью профилактики офтальмобленнореи глазки и половые органы девочки закапывают 30%-ным раствором сульфацил натрия (рис. 28).

После прекращения пульсации сосудов пуповины на нее на расстоянии 10–15 см от пупочного кольца накладывают зажим Кохера, второй зажим — на 2 см выше первого (рис. 29).

Пуповину между зажимами обрабатывают 96%-ным спиртом и пересекают ножницами.

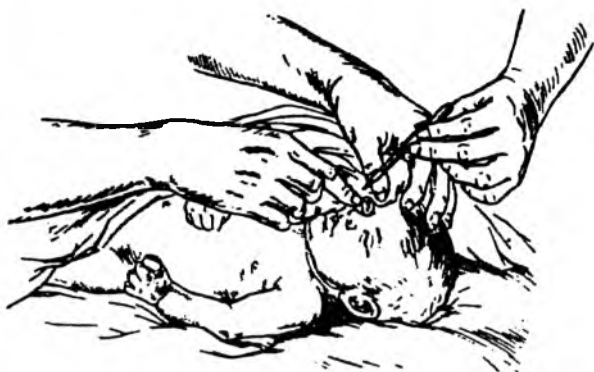


Рис. 28. Профилактика офтальмобленнореи



Рис. 29. Рассечение пуповины между двумя зажимами

Матери сообщают о поле ребенка и показывают его.

Новорожденного обмывают под проточной водой с детским мылом (снимая родовую смазку, кровь), осторожно вытирают пеленкой и кладут на подогреваемый столик.

После этого проводится вторичная обработка пуповины. Участок от пупочного кольца на расстоянии 5 см протирается 96%-ным спиртом (рис. 30). На расстоянии 0,3–0,5 см накладывается зажим Кохера на 1–2 минуты.



Рис. 30. Вторичная обработка пуповины:

а — первый момент; б — второй момент

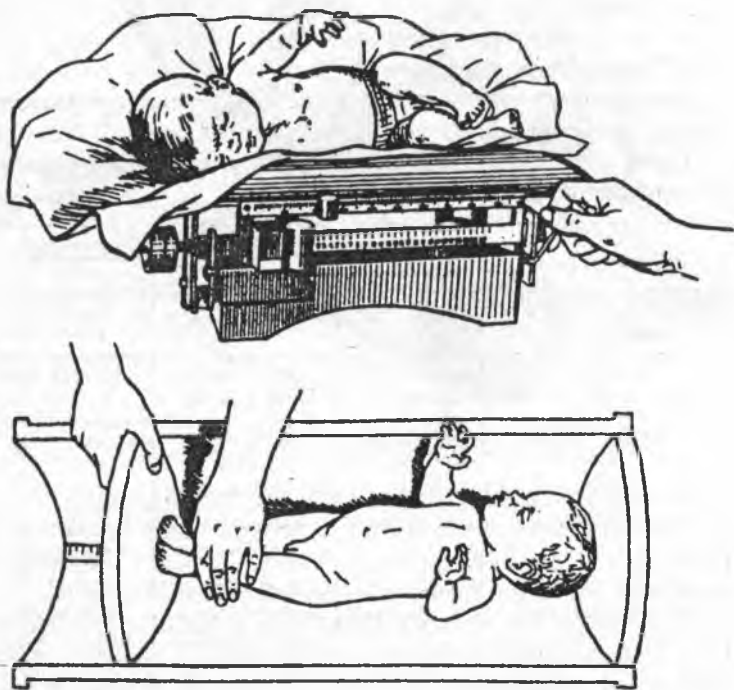


Рис. 31. Взвешивание и измерение новорожденного

Затем его снимают и на это место накладывают металлическую скобку Роговина или туго перевязывают треугольной марлевой салфеточкой.

Обрабатывают культю пуповины 5%-ным раствором калия перманганата и сверху культю накладывают марлевую повязку.

Удаляют тампоном со стерильным подсолнечным маслом остатки родовой смазки.

Затем ребенка взвешивают, измеряют длину, объем головки и плечиков.

На ручки новорожденного надевают браслеты, на которых указаны:

- фамилия, имя, отчество матери;
- дата и час родов;
- пол;
- масса тела;
- длина;
- номер истории родов матери;
- номер новорожденного.

Ребенка пеленают и сверху на него надевают третью клееночку с теми же данными.

Сразу же после родов и через 5 минут проводится оценка новорожденного по шкале Апгар.

Параметры	Оценка в баллах		
	0	1	2
Частота сердцебиений (уд./мин)	отсутствует	менее 100	более 100
Дыхание	отсутствует	замедленное, неритмичное	громкий крик
Окраска кожи	бледная или цианоз	розовая или цианоз на конечностях	розовая
Мышечный тонус	отсутствует	конечности слегка сгибаются	движения активные
Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из дых. путей, подошвенный рефлекс)	отсутствует	не выраженные изменения на лице (гримаса)	реагирует активно (держит ножку, активно морщится, кричит)

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Оценка 1—3 балла свидетельствует о крайне тяжелом состоянии новорожденного (белая асфиксия), 4—6 баллов — состояние средней тяжести (синяя асфиксия), 7—10 баллов — состояние удовлетворительное. Однако в большинстве случаев в первую минуту новорожденных оценивают в 7—8 баллов за счет сниженного мышечного тонуса и акроцианоза, а через 5 минут та оценка возрастает до 8—10 баллов.

Первичная обработка новорожденного

Необходимо уметь принять новорожденного при нормальных родах и провести его обработку.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
электроотсос	1. Сразу же после наружного поворота головки с помощью электроотсоса или баллончика произвести отсасывание слизи из носовых ходов и ротика плода.
или стерильный баллончик	2. После рождения ребенка глазки протереть стерильными ватными тампонами (отдельно для каждого глаза) от наружного угла глаза к внутреннему.
с катетером,	3. Оттянуть нижнее веко каждого глаза и нанести на вывернутые веки по 1 капле 30%-ного раствора сульфацила натрия.
30%-ный раствор сульфацила натрия,	4. Нанести в преддверие влагалища, осторожно двумя пальцами раздвигая большие половые губы.
ватные шарики, пипетка,	5. После прекращения пульсации пуповины на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца на нее наложить 2 зажима Кохера на расстоянии 2 см друг от друга.
зажимы Кохера (3—4), 96%-ный спирт,	6. Расстояние между зажимами обработать шариком с 96%-ным спиртом.
скоба Роговина или треугольные салфетки,	7. Стерильными ножницами перерезать пуповину между зажимами.
5%-ный раствор перманганата калия, стерильное постное масло, весы для новорожденных, сантиметровая лента,	8. Обмыть под проточной теплой водой новорожденного, вытереть стерильной пеленкой.
3 стерильные клееночки	

- для браслетов,
стерильный
химический
карандаш,
пеленки, одеяла.
9. Поменяв перчатки (стерильные), на пуповину новорожденного на расстоянии 0,3—0,5 см от пупочного кольца (предварительно протерев ее шариком со спиртом 96%-ным) наложить зажим Кохера.
 10. Через 1—2 минуты снять зажим и на культю наложить металлическую скобу Роговина или перевязать марлевой стерильной треугольной салфеткой (туго), культю пуповины обработать 5%-ным р-ром калия перманганата.
 11. На культю со скобой или салфеткой наложить марлевую стерильную повязку.
 12. Ватным тампоном, смоченным стерильным подсолнечным маслом, с кожи новорожденного, особенно в естественных складках (паховые, подмышечные), удалить остатки родовой (провидной) смазки.
 13. Взвесить новорожденного на весах, с помощью стерильной сантиметровой ленты измерить длину новорожденного от макушки до пяток.
 14. С помощью сантиметровой ленты измерить окружность головки по наибольшей ее поверхности (прямой размер) и окружность плечевого пояса.
 15. На 3 клеенках написать с помощью карандаша следующие данные:
 - а) фамилия, имя, отчество матери;
 - б) дата, час родов;
 - в) пол ребенка;
 - г) масса тела;
 - д) длина новорожденного;
 - е) номер истории родов матери;
 - ж) номер новорожденного.

16. Привязать 2 клееночки (браслетки) на запястья обеих рук новорожденного с помощью стерильных поворозок.
17. Запеленать новорожденного в стерильные пеленки (легкую и фланелевую), а при необходимости и в одеяло; поверх пеленок, на шею надеть третью клеенку с надписями.
18. После этого новорожденный в течение 2 часов находится на столике с подогревом, после чего его переводят в отделение новорожденных.
19. Акушерка снимает перчатки и моет руки.

Примечание: все, что соприкасается с новорожденным, должно быть стерильным.

Уход за роженицей в III периоде родов

III период родов является самым коротким, но именно в этом периоде может возникнуть кровотечение из матки.

Ведется III период активно-выжидательно. Сразу же после рождения ребенка на живот женщине необходимо положить груз и холод.

В этом периоде наблюдают за состоянием женщины: окраской кожных и слизистых покровов, считают пульс, измеряют АД. Нужно обращать внимание на жалобы роженицы (появление головной боли, ухудшение зрения, головокружение, слабость, боли в животе и др.).

Сразу же после родов необходимо опорожнить мочевой пузырь, и после катетеризации его под ягодицы женщины поставить стерильный лоток для учета кровопотери. В него опускают оставшийся отрезок пуповины. Выжидают 30 минут.

К признакам отделения последа относятся:

- 1) появление вновь легких схваток у роженицы;
- 2) матка из срединного положения на уровне пупка сразу же после родов несколько поднимается над этим уровнем и отклоняется вправо, иногда приобретая вид песочных часов;

- 3) при надавливании краем ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается внутрь (рис. 32).



Рис. 32. Признаки отделения последа

После отделения последа у роженицы появляется желание потужиться, и послед рождается самостоятельно.

Если послед самостоятельно не родился, то его можно выделить несколькими ручными приемами. Из них наиболее часто прибегают к трем (рис. 33):

- 1) *способ Абуладзе*: после опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в продольную складку, плотно обхватывая мышцы живота, и предлагают потужиться, вследствие чего послед рождается;
- 2) *способ Креде-Лазаревича*: после опорожнения мочевого пузыря матку приводят в срединное положение, делают легкий наружный массаж ее дна, а затем обхватывают правой рукой так, чтобы большой палец лежал на передней



Рис. 33. Методы ручного отделения и выделения последа

поверхности матки, а ладонь — на дне ее; 4 остальных пальца помещают по задней поверхности матки. После этого движениями сверху вниз надавливают на матку и добиваются рождения последа;

- 3) *способ Геншера*: спускают мочу катетером; стать рядом с роженицей, обе руки, сжатые в кулак, тыльной стороной фаланг кладут на дно матки в области трубных углов. Надавливая и постепенно увеличивая силу этого давления, доводят до рождения последа. Если все эти наружные способы не приводят к рождению последа, то, несмотря на отсутствие кровотечения, во избежание возможных осложнений прибегают к ручному отделению и выделению последа.

К активному ведению последового периода прибегают и в тех случаях, когда кровопотеря достигает 250–300 мл, а признаков отделения последа нет, а также при ухудшении общего состояния роженицы.

После рождения последа необходимо его осмотреть на целостность: с материнской стороны (поверхности) должны быть целы все дольки (рис. 34). Все оболочки должны быть гладкими, серовато-синего цвета, целыми. Нарушение целостности последа свидетельствует об остатках плаценты или ее оболочек в полости матки, что в дальнейшем может привести к кровотечению. В этом случае проводится ручной контроль полости матки с целью удаления остатков плацентарной ткани и оболочек.

Плаценту после осмотра измеряют и взвешивают.

Если медицинская сестра при наблюдении за роженицей в III периоде



Рис. 34. Осмотр плаценты

родов замечает ухудшение общего состояния (побледнение, головокружение, головная боль, падение АД, изменения в дыхании, отклонения в пульсе или кровотечение из половых путей), она должна немедленно вызвать врача, сообщив ему об этих изменениях. До прихода врача она должна уметь оказать неотложную помощь: дать холод, определить повторно группу крови, подготовить систему для переливания крови, вызвать лаборанта и анестезиолога.

В течение 2 часов родильница должна находиться в родзале под наблюдением.

При патологической кровопотере (более 300 мл) ее необходимо восполнить на 100%.

В родзале после родов проводится ревизия родовых путей и при необходимости (разрывы шейки матки, влагалища, промежности, перинеотомия, эпизиотомия) восстанавливается целостность их с помощью наложения кетгутовых и шелковых швов. Медсестра должна подготовить все необходимое для осмотра родовых путей, накрыть стерильный стол и ассистировать врачу при этих манипуляциях.

Все акушерские операции проводятся под местным или общим обезболиванием.

После проведенной ревизии родовых путей у родильницы измеряют кровопотерю, считают пульс, измеряют температуру и АД на обеих руках и после туалета (обмываются внутренние поверхности бедер, меняется стерильная рубашка, дается стерильная подкладная) родильница осторожно перекладывается на каталку на чистую простыню и перевозится в послеродовую палату. Там ее перекладывают на кровать и в течение 30 минут оставляют холод на животе, а при швах на промежности кладут пузырь со льдом к промежности и стерильную подкладную.



Изменения в организме рожильницы

Послеродовым периодом считается период в течение первых 6–8 недель после рождения ребенка. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменениям во время беременности и родов.

Наиболее выраженные изменения происходят в половых органах, особенно в матке.

Исключением являются *молочные железы*, их функция достигает расцвета именно в послеродовом периоде. Под действием гормонов в этом периоде в молочных железах вначале продуцируется молозиво, а затем — молоко. Их состав несколько отличается друг от друга, однако там содержатся все необходимые для ребенка компоненты (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, иммунные вещества), обеспечивающие новорожденному невосприимчивость к ряду инфекционных заболеваний в течение первого года жизни. По калорийности молозиво и молоко также различны. Так, калорийность молозива в 1-е сутки послеродового периода составляет 150 ккал/100 мл, а калорийность молока — 70 ккал/100 мл.

Обмен веществ в первые недели послеродового периода несколько повышен, а затем становится нормальным. Основной обмен нормализуется на 3–4-й неделе.

Восстанавливается состояние **брюшной стенки** к концу 6-й недели. Однако нередко остается растяжение прямых мышц живота, а также белесоватые пятна на коже (рубцы беременности).

Дыхательная система. Частота дыхания снижается до нормы (14–16 дых./мин) в связи с восстановлением положения диафрагмы.

Сердечно-сосудистая система. Сердце занимает первоначальное положение, АД может быть вначале несколько пониженным, а затем нормализуется, частота сердечных сокращений возвращается к норме.

В составе крови в первое время может снизиться количество эритроцитов, а лейкоцитов не измениться, но затем все эти показатели нормализуются.

Органы пищеварения. Может наблюдаться некоторая атония кишечника, что приводит к запорам в первые дни.

Мочевыделительная система. Вследствие длительного сдавления мочевого пузыря родильница в первые дни послеродового периода может испытывать затруднения при мочеиспускании и отсутствие позывов к мочеиспусканию. Затем это нормализуется.

Половые органы. В послеродовом периоде мышцы матки начинают сокращаться, и она уменьшается в размере, сосуды сжимаются, это способствует остановке кровотечения. При нормальном течении послеродового периода матка каждые сутки уменьшается в высоту на 2 см и на 10-е сутки прощупать через переднюю брюшную стенку ее не удастся, так как она прячется за лонное сочленение. Из нее выделяются обрывки децидуальной ткани, кровь и прочие тканевые элементы. Все это называется *лохиями*, которые вначале имеют ярко-красное окрашивание, а затем постепенно светлеют и становятся серозными. При физиологическом течении послеродового периода количество их умеренное, они не имеют запаха.

Маточные трубы вновь опускаются в малый таз и приходят в горизонтальное положение.

В яичниках начинается созревание фолликулов и у большинства не кормящих женщин на 6–8-й неделе (редко позже) восстанавливается менструальный цикл, а при кормлении ребенка грудью — после окончания кормления. Однако у некоторых женщин наступление беременности возможно уже в первые месяцы после родов.

Постепенно восстанавливаются мышцы тазового дна. Половая щель смыкается. Эластичность влагалища восстанавливается.

Уход за родильницей

Через 2 часа родильницу перевозят в палату. Те процессы, которые происходят в организме женщины при нормальном течении послеродового периода, являются естественными, физиологическими и поэтому родильница считается здоровой женщиной. Но имеется ряд особенностей, таких, как наличие раневой поверхности в матке, необходимость кормления ребенка грудью, снижение защитных сил организма матери. Поэтому приходится особенно строго соблюдать правила асептики и антисептики.

Температура у родильницы измеряется 2 раза в сутки (утром и вечером), считается пульс и обращают внимание на его соответствие с температурой, измеряется АД.

Осматриваются кожные покровы и слизистые. Внимательно выслушиваются все жалобы родильницы.

Особое внимание обращают на молочные железы (форму, состояние сосков и околососковой области, на наличие трещин, нагрубание).

Обычно нагрубание молочных желез приходится на 3-й сутки послеродового периода.

Затем пальпируют живот, он должен быть безболезненным и мягким. Измеряют высоту стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты (от верхнего края лона до дна матки по средней линии). Если матка сокращается замедленно (менее чем на 2 см в сутки), врач назначает препараты, усиливающие ее сокращение (хинин, окситоцин и т.д.). При болезненных сокращениях матки назначается но-шпа.

Необходимо охарактеризовать лохии (количество, цвет, запах). Лохии прекращают выделяться к 2-3-й неделе послеродового периода.

Осматривают состояние наружных половых органов (отек, гиперемия).

Учитывая, что при задержке мочеиспускания и дефекации матка сокращается замедленно, следят за физиологическими отправлениями. Так, мочеиспускание должно быть не менее 5-6 раз в сутки, а дефекация — ежедневно.

При задержке мочеиспускания назначаются прозерин, питуитрин, а при задержке стула ставится очистительная клизма.

Если на промежности имеются швы, женщине рекомендуется диета, задерживающая стул (исключаются овощи, фрукты в сыром виде, хлеб и т.д.), так как клизму можно ставить только перед снятием швов (на 4–5 сутки).

Учитывая, что раннее вставание способствует ускорению сокращения матки, восстанавливает кровообращение, нормализует функцию мочевого пузыря и кишечника, при физиологическом течении послеродового периода родильнице разрешается вставать через 2 часа (после осмотра врача). При наличии швов на промежности сидеть женщине не разрешают до их снятия и заживления.

Кормление детей в родильном отделении осуществляется каждые 3 часа (6 раз в сутки с ночным перерывом с 24.00 до 6.00 утра). К груди здоровые дети прикладываются через 2 часа после родов.

Подготовка к кормлению и кормление ребенка

Необходимо уметь объяснить женщине правила подготовки и процесс кормления и сцеживания молока (рис. 35).

Оснащение:

раковина
с теплой водой,
мыло, бикс
со стерильным
материалом,
скамеечка
под ногу,
стерильная
баночка
для сцеженного
молока,
молокоотсос,
1%-ный раствор
бриллиантового
зеленого.

Методика выполнения:

1. Объяснить женщине порядок кормления и сцеживания молока.
2. Женщина должна вымыть руки теплой водой с мылом.
3. Обмыть грудь.
4. Просушить руки и грудь стерильной салфеткой из бикса.
5. Соски и околососковую область обработать 1%-ным раствором бриллиантовой зелени.
6. Сесть на стул или кровать.
7. Подставить скамеечку под ногу.
8. Сцедить первую каплю молока.
9. Приложить ребенка к груди так, чтобы он взял в рот сосок и часть околососковой области.
10. Одной рукой придерживать грудь, чтобы не закрыть носовые ходы ребенку.

11. Кормить в течение —15–20 минут.
12. Положить ребенка на стерильную пеленку на кровать.
13. Из той груди, которой кормила, сцедить осторожными массирующими движениями остатки молока в стерильную баночку (это же действие можно провести с помощью молокоотсоса).
14. Обмыть грудь теплой водой.
15. Промокнуть стерильной салфеткой.
16. В течение 15–20 минут принять воздушную ванну.



Рис. 35. Кормление ребенка

Молоко из стерильных баночек в молочной комнате разливают в бутылочки по 30–50 мл, закрывают их и стерилизуют на водяной бане в течение 5–7 минут, остуживают до комнатной температуры и хранят в холодильнике не более 12 часов. Сцеженное молоко используется для докармливания де-

тей. Перед кормлением бутылочку достают из холодильника, доводят до комнатной температуры, подогревают до температуры тела, заменяют пробку на рожок и кормят новорожденного.

В тех случаях, когда по каким-то причинам (смерть ребенка, отказ от новорожденного) необходимо прекратить лактацию, проводят следующие мероприятия:

1. Сцеживают и перевязывают молочные железы.
2. Ограничивают жидкость.
3. Дают солевое слабительное.
4. При нарастающем молокообразовании кратковременно назначают большие дозы эстрогенов (синестрол, парладел).

Примечание: молоко собирают для кормления лишь у тех женщин, которые находятся в физиологическом отделении, не имеют трещин сосков и другой патологии молочных желез.

Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано. Пищевой рацион должен быть увеличен на $\frac{1}{3}$ по сравнению с обычным, так как родильница затрачивает дополнительную энергию. Калорийность пищи должна быть 3200 ккал (белки — 112 г, жиры — 88 г, углеводы — 310—324 г).

Жидкость кормящей матери требуется в количестве 2000 мл в сутки. Обязательное включение в рацион витаминов А, В₁₂, Е, С и др., а также минеральных солей (кальций, фосфор, магний, железо).

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде имеет большое значение выполнение правил личной гигиены и соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Обычно в палате находятся родильницы, родившие в один и тот же день.

В некоторых родильных домах родильница находится вместе с ребенком, что позволяет ей активно участвовать в уходе за ним, и ограничивает контакт с медицинский персоналом, снижая, таким образом, возможность инфицирования.

Палаты послеродового отделения должны быть просторными и светлыми. В течение суток в палате 2—3 раза про-

водится влажная уборка и 6 раз в сутки — кварцевание и проветривание. После выписки всех родильниц (1 раз в 6–7 дней) палату моют и дезинфицируют. Затем проветривают, облучают ртутно-кварцевой лампой, мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Ежедневно родильницы принимают душ и меняют нательное стерильное белье. Подкладные меняют не менее 4 раз в день. Смену постельного белья производят 1 раз в 3 дня.

На ночь на соски кладут марлевые прокладки с солкосерилом или актовегином. При наличии втянутых сосков рекомендуется кормить через накладку на сосок.

Родильница должна подмываться в комнате гигиены самостоятельно после каждого акта мочеиспускания и дефекации.

При наличии швов их обрабатывают 3%-ным р-ром перекиси водорода или йодлироном. Наружные половые органы припудривают ксероформом. Во влагалище вводят присыпки, содержащие фурацилин, борную кислоту, стрептоцид.

Лежачим родильницам производят туалет на месте не реже, чем 2–3 раза в сутки. Это осуществляет медсестра вместе с санитаркой.

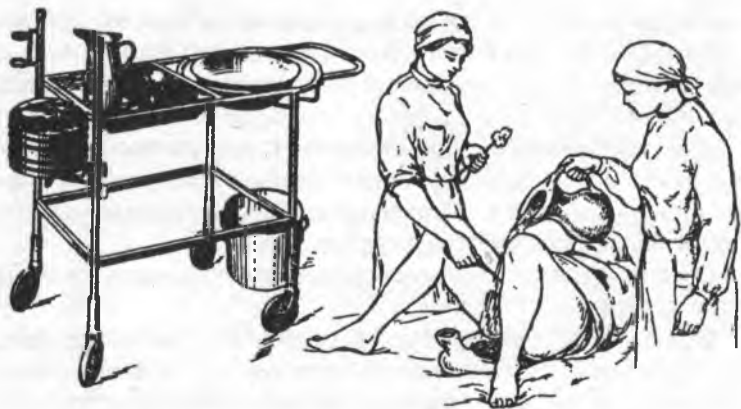


Рис. 36. Туалет лежачей родильницы

Туалет родильницы в палате

Необходимо уметь провести туалет лежачей родильницы и обработать швы.

Оснащение:
 лухъярусный столик накрывается следующим образом: на нижней полке находится емкость с р-ром фурацилина 1:5000, на верхней полке стол накрыт стерильно. На нем: корнцанги, пинцеты, стерильные шарики, 3%-ный р-р перекиси водорода, 5%-ная настойка йода, перчатки, подкладки.

Методика выполнения:

1. Предупредить родильницу о предстоящей процедуре.
2. Санитарка снимает с родильницы одеяло и укладывает ее на судно (подстелив клеенку) на спину в положение с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах.
3. Санитарка из емкости поливает на промежность раствор фурацилина.
4. Медсестра в стерильных перчатках шариком на корнцанге обмывает половые органы движениями от лобка к анальному отверстию. Затем обмывает внутреннюю поверхность бедер.
5. Санитарка убирает судно и меняет клеенку.
6. Медсестра подстилает под родильницу стерильную подкладную, попросив ее приподнять таз (не касаясь женщины).
7. Медсестра просушивает промежность и внутреннюю поверхность бедер сухой салфеткой или шариками на корнцанге.
8. При наличии швов на промежности медсестра обрабатывает швы 3%-ным раствором перекиси водорода.
9. Просушивает стерильной салфеткой.
10. Обрабатывает швы 5%-ной настойкой йода.
11. Если есть изменения в состоянии швов: покраснение, отек, необходимо немедленно сообщить об этом врачу.
12. После обработки медсестра снимает перчатки и моет руки.

Накануне снятия швов и утром в день их снятия ставят родильнице очистительную клизму. После этого перевозят в перевязочную и снимают швы.

Техника снятия швов

Необходимо уметь снять швы на промежности.

Оснащение:

Методика выполнения:

стерильный

материал

(шарики,

салфетки),

корнцанг,

ножницы,

5%-ная настойка

йода, йодонат,

лоток, перекись

водорода 3%-ная.

1. Объяснить родильнице ход процедуры.
2. Провести санобработку наружных половых органов (см. выше).
3. Обработать швы 3%-ным раствором перекиси водорода, высушить.
4. Захватить пинцетом узелок шва и подтянуть его слегка вверх и к краю раны.
5. Ножницами подрезать нить ниже узелка; пинцетом удалить нитку и положить ее на салфетку; в этом же порядке снять остальные швы.
6. Линию швов обработать йодонатом.
7. Использованный материал сбросить в лоток.
8. Снять перчатки и вымыть руки.

После снятия швов родильнице не разрешают сидеть до полного их заживления (профилактика расхождения послеоперационных швов).

Родильница уже в родильном доме начинает заниматься дыхательной гимнастикой.

Выписывают родильницу при физиологическом течении послеродового периода на 5–6-е сутки. Перед выпиской ей необходимо дать рекомендации по гигиене, питанию, уходу за ребенком.

При любом осложнении в течении послеродового периода родильница должна быть немедленно переведена в отделение наблюдения.



ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ

Отделение новорожденных

Периодом новорожденности принято считать первые 30 дней после рождения ребенка.

Доношенный ребенок родится при сроке беременности свыше 38 недель, его масса тела более — 2500 г, рост более 45 см. Обычно доношенные мальчики имеют несколько большую массу тела и больший рост.

Недоношенным плод считают, когда он родится при беременности менее 38 недель и по показателям роста и веса он не соответствует норме.

Признаками незрелости плода считают, когда у него:

- 1) кожа и видимые слизистые синюшные;
- 2) крик слабый;
- 3) движения не очень активные;
- 4) подкожный жировой слой плохо развит;
- 5) кости черепа мягкие, роднички и швы больше нормы;
- 6) ушные раковины мягкие;
- 7) пупочное кольцо смещено к мечевидному отростку;
- 8) ногти не прикрывают ногтевые фаланги;
- 9) у девочек большие половые губы не прикрывают малые, у мальчиков яички не опущены в мошонку.

После рождения ребенок попадает в новую для него среду и должен адаптироваться к ней. Это приводит к изменениям во всех функциональных системах организма.

К моменту рождения у новорожденного не полностью закончено развитие многих органов и систем. Так, у них несовершенная терморегуляция и дети легко подвергаются как переохлаждению, так и перегреванию.

Новорожденные дети очень восприимчивы к инфекции, которая может проникнуть через пупочное кольцо, кожу, слизистые (особенно поврежденные), носоглотку, желудочно-

кишечный тракт. Инфекция через «входные ворота», через кровеносную и лимфатическую системы распространяется по всему организму.

При благоприятных условиях период новорожденности протекает без осложнений и ребенок сравнительно легко приспосабливается к условиям внешней среды, а при неблагоприятных условиях у новорожденных могут возникнуть те или иные заболевания, особенно инфекционного характера.

Уход за новорожденными в родильном доме

В отделении для новорожденных помещения должны быть светлыми, просторными, сухими, хорошо проветриваемыми. На детскую койку должно быть отведено 2,5 м² площади. Температура воздуха +22° С. В палатах находится только необходимое оборудование. Все предметы должны хорошо дезинфицироваться (легко мыться). В палате должны быть: пеленальный столик, весы, шкафчик для хранения инструментов, медикаментов, чистого белья, бачок для сбрасывания использованного белья и материалов, раковина с холодной и горячей водой, столик для записей истории новорожденных, кровати, стоящие на определенном расстоянии друг от друга.

В кровать кладут матрац, покрытый клеенкой и простыней, очень низкую подушку (можно без нее). Пеленки и распашонки должны быть из хлопчатобумажной ткани, на распашонках не должно быть грубых швов и пуговиц. Должно быть 3 смены белья. В палатах проводится влажная уборка с последующим проветриванием и кварцеванием (не менее 5–6 раз в сутки). Убирают и проветривают палату во время кормления детей.

Белье должно стираться отдельно от материнского без стиральных порошков, мылом, его проглаживают горячим утюгом с обеих сторон. Желательно пользоваться при возможности стерильным бельем.

Персонал, работающий в отделении новорожденных, должен соблюдать массовый режим, а также должен соблюдать строго правила личной гигиены, асептики и антисептики.

Перед тем как приступить к работе, персонал моет руки, как перед операцией. После пеленания и работы с каждым ребенком руки вновь надо вымыть и протереть дезинфицирующим раствором.

Белье, которое соприкасается с ребенком, должно быть согрето.

Уход за новорожденными

При уходе за новорожденным необходимо после каждого акта мочеиспускания и дефекации обмыть его теплой водой под краном (следя, чтобы вода не попадала на пупочное кольцо), промокнуть стерильной пеленкой (не протирать!).

Складки естественные (паховые, шея, подмышечные) протирают ватным тампоном со стерильным маслом. Если имеются мацерация кожи или покраснение, рекомендуется протереть ее 3%-ным раствором марганцовокислого калия и припудрить специальным порошком.

Глазки ребенку промывают шариком, смоченным 2%-ным раствором борной кислоты. Каждый глаз протирается отдельной ваткой от наружного угла глаза к внутреннему.

Ушные раковины протирают утром сухими ватными шариками.

Если дыхание затруднено, носовые ходы протирают ватными жгутиками (мягкими), смоченными стерильным вазелиновым маслом.

При наличии молочницы слизистую полости рта осторожно смазывают 10%-ным раствором боракса.

При пеленании ручки оставляют открытыми. Распашонки тонкие запахиваются сзади, а теплые (фланелевые) — спереди. Нижнюю часть тела заворачивают в подгузник, проложенный между ножек ребенка, и пеленки, вначале тонкую, а сверху — во фланелевую. Головку ребенка после 3—4 дней можно не заворачивать, если температура воздуха в комнате +22° С.

Для недоношенных детей существуют специальные палаты с кюветами, где дети находятся.

Существуют также отдельные палаты для травмированных детей, перенесших родовую травму.

После выписки из роддома ребенок передается под наблюдение в детскую поликлинику.

Гипоксия плода и асфиксия новорожденного

При недостаточном поступлении кислорода через плаценту от матери к плоду, у последнего развивается *гипоксия*, которая может быть зафиксирована как при обычной аускультации через переднюю брюшную стенку с помощью специального акушерского стетоскопа, так и с помощью специальных современных методов — электрокардиографии и фонографии плода, а также эхолокатором.

Гипоксия плода может возникнуть при различных заболеваниях матери, при воздействии вредных внешних факторов на беременную, а также при патологических родах, когда нарушается маточно-плацентарное кровообращение. Признаком гипоксии плода является нарушение сердцебиения плода в частоте (менее ПО уд./мин или свыше 160 уд./мин), ритме и четкости сердечных ударов. Нередко об угрожающей внутриутробной гипоксии плода свидетельствует чрезмерная его подвижность.

В родах о гипоксии плода может сигнализировать и примесь мекония к водам, что можно установить с помощью методов амниоскопии и амниоцентеза (исследование околоплодной жидкости).

При диагностике угрожающей внутриутробной гипоксии плода проводят следующие мероприятия:

1. Дают дышать кислородом.
2. Внутривенно вводят корглюкон с глюкозой (можно заменить кордиамином или коразолом).

В родах при диагностике гипоксии роженице вводят ситегин (улучшающий маточно-плацентарное кровообращение), а также глюкозу с аскорбиновой кислотой, хлорид кальция, витамин В.

Об *асфиксии новорожденного* говорят тогда, когда после рождения у ребенка имеются нарушения в дыхании при нормальной работе сердца. Различают синюю и белую асфиксию.

При **синей асфиксии** кожа и видимые слизистые синюшные, сердцебиение несколько замедленно, рефлексы снижены, тонус мышц удовлетворительный.

При **белой асфиксии** кожа и слизистые бледные, сердечная деятельность ослаблена, рефлексы снижены или отсутствуют, мышечный тонус почти отсутствует.

Определяется клиническая форма асфиксии новорожденного с помощью оценки по Апгар.

При рождении ребенка в тяжелой асфиксии необходимо сразу же приступить к методам реанимации.

При отсутствии эффекта от введения медикаментозных средств приступают к реанимации применением аппаратов искусственной вентиляции легких различной конструкции, а при их отсутствии нужно предпринять метод механического воздействия на грудную клетку: вдувание воздуха методом «рот в рот» ритмично (20–30 раз в 1 минуту) через увлажненную стерильную салфетку.

Новорожденные после выведения из состояния асфиксии нуждаются в особенно тщательном наблюдении.

Дети с родовой травмой и уход за ними

Новорожденные, перенесшие нарушения внутричерепного кровообращения и имеющие *родовую травму*, относятся к очень тяжелым и требуют особого ухода. Гораздо реже наблюдаются вывихи, переломы костей, гематомы, парезы и параличи.

Проявления родовой внутричерепной травмы обращают на себя внимание уже в первые же часы после родов. У новорожденных проявляется некоторое возбуждение, беспокойство, наблюдается повторная асфиксия. Крик такого ребенка носит своеобразный пронзительный, монотонный характер («мозговой» крик), иногда он, наоборот, слабый. У ребенка

глаза открыты и устремлены в одну точку (симптом «открытых глаз»).

После возбуждения новорожденные становятся вялыми, сонливыми, малоподвижными. Ребенок вяло сосет из рожка, слабо, но часто дышит, пульс замедлен (80–100 уд./мин), часто отмечается расстройство терморегуляции. У таких детей частая зевота и икота, вздутие живота, запоры, задержка мочеиспускания или, наоборот, недержание мочи.

Так как у таких детей имеется расстройство мозгового кровообращения, за ребенком немедленно должно быть установлено тщательное наблюдение и режим максимального покоя и щажения организма больного ребенка: пеленание, кормление, осмотр, туалет нужно проводить, не снимая его из кровати.

В палате должен быть чистый свежий воздух (проветривание не менее 7 раз в сутки), температура воздуха не более +22 °С для доношенных и +24...+25 °С для недоношенных детей, должна соблюдаться тишина, так как травмированный ребенок болезненно реагирует на звуки. Кормят детей грудным сцеженным молоком из рожка, а если ребенок плохо сосет, то через зонд, введенный в желудок.

В первые сутки после родов к изголовью кровати подвешивают пузырь со льдом в пеленке на расстоянии 1 см от головки ребенка на 30 минут. Затем делают перерыв 10–50 минут и так в течение суток.

Увлажненный кислород подают в течение суток каждые полчаса на 3–5 минут, если нет приступов цианоза. Такие дети получают интенсивную медикаментозную терапию по назначению врача.

В дальнейшем дети, перенесшие внутричерепную родовую травму, должны находиться под систематическим наблюдением педиатра и невропатолога.

Недоношенные дети и уход за ними

В особом уходе нуждаются *недоношенные дети*. Степень недоношенности определяется анатомо-физиологическими особенностями и антропометрическими данными.

Недоношенные дети вялые, сонливые, крик слабый, дыхание поверхностное, неритмичное, рефлексы снижены. При высокой степени недоношенности может отсутствовать сосательный и глотательный рефлексы. У недоношенных детей резко снижена терморегуляция, они легко переохлаждаются и перегреваются.

Ввиду того, что у этих новорожденных резко снижен иммунитет, они очень восприимчивы к инфекционным заболеваниям, таким как грипп, пневмония, пиодермия, сепсис.

Исходя из вышесказанного, недоношенные дети нуждаются в особом уходе и при глубоком знании анатомо-физиологических особенностей недоношенных детей, создании оптимальных условий внешней среды для их развития и правильном уходе и вскармливании, можно говорить о сохранении жизни самым малым из них и вырастить полноценных детей, которые нередко в первые 2—3 года жизни достигают уровня развития своих доношенных сверстников.

Во избежание охлаждения недоношенного в родзале необходимо поддерживать температуру $+23...+24^{\circ}\text{C}$, роды и первый туалет ребенка проводить при дополнительном нагреве тепловой лампой.

Комплект белья для ребенка должен быть согрет, и такого ребенка нужно заворачивать в сухое, подогретое стерильное белье.

В детских палатах температура поддерживается $+24...+25^{\circ}\text{C}$, здесь должны быть электрические кровати-грелки (кюезы) открытого и закрытого типа с дозированной подачей кислорода, регулируемой влажностью воздуха, температурой, с вмонтированными внутри кюез весами, кварцевой установкой. В кюезе предусмотрен доступ к ребенку (отверстия для рук).

Ребенок в кюезе лежит открытый.

Сроки пользования кюезом очень индивидуальны и связаны со степенью зрелости ребенка, его первоначальным весом, выраженностью гипоксии, динамикой веса, стабильностью температуры.

При переводе ребенка из кюеза в кроватку в первое время пользуются грелками.

В первые сутки ребенка пеленают в стерильное белье, в последующем — в хорошо отглаженные пеленки. Пеленать ребенка надо быстро, свободно, не сдавливая его грудную клетку и живот. На него надевают 2 распашонки (тонкую и фланелевую, последняя должна иметь капюшон и зашитые у свободного края рукава).

Для предохранения кожи от высыхания и шелушения ее поверхность смазывают стерильным растительным маслом, особенно в области естественных складок.

Гигиеническая ванна с температурой воды $+37...+38^{\circ}\text{C}$ проводится через день, а после заживления пупочной ранки — ежедневно в течение 3–4 минут, после чего ребенка заворачивают в стерильное подогретое белье.

Глазки промывают ежедневно с помощью двух отдельных для каждого глаза тампонов, смоченных в слабом растворе марганцовокислого калия (1:5000) или 2%-ном растворе борной кислоты. Сосуды с жидкостью ежедневно кипятят.

Слизистую ротовой полости необходимо осматривать перед каждым кормлением для своевременного распознавания молочницы. Для профилактики молочницы необходимо тщательно стерилизовать весь инвентарь, используемый для кормления и своевременно изолировать заболевших.

Слизистую рта заболевшим молочницей детям смазывают два раза в день 1%-ным водным (!) раствором метиленового синего, генцианвиолета (пиоктанин) или бриллиантового зеленого. Бляшки можно очень осторожно снимать 2%-ным содовым раствором на сахарном сиропе или 10%-ным бораксом.

Носовые ходы при наличии слизи и корок очищают двумя мягкими тампонами, смоченными в теплой воде или теплом жире.

Пуповинная культя у недоношенных детей отпадает позже, чем у доношенных; ее ежедневно обрабатывают 70%-ным спиртом, спиртовым раствором бриллиантового зеленого и покрывают сухой стерильной повязкой.

Недоношенные дети выписываются домой после нормализации всех основных жизненных показателей.

Инфекционные (гнойно-септические) заболевания новорожденных. Уход за детьми

Инфицирование ребенка в периоде новорожденности происходит через руки персонала, матери или при непосредственном контакте с источником инфекции в окружающей среде (оборудование, белье, системы, растворы, питательные смеси и т.д.). Чаще всего инфицирующими агентами являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, вульгарный протей, синегнойная палочка.

Бактериальная инфекция в отделениях новорожденных обычно наблюдается в виде вспышек, дети заболевают на 5–6-й день после родов.

Сначала появляются малые формы: гнойные конъюнктивиты, везикулопустулез, панариции, катаральный омфалит, ринит; они продолжаются 3–7 дней без выраженной симптоматики, интоксикации, с непродолжительным субфебрилитетом или без температуры.

При *пиодермии* на коже появляются один или несколько пузырей размером с булавочную головку. При их вскрытии язвочка в течение 1–2 дней эпителизируется. Необходим местный туалет кожи, купание в ванне с 0,005%-ным раствором калия перманганата с последующей обработкой 70%-ным спиртом и раствором бриллиантового зеленого.

Более сложной формой кожного поражения является *пузырчатка*, которая начинается остро появлением пузырей величиной с горошину на неизменной коже. Содержимое пузыря вначале прозрачное, затем быстро мутнеет. После вскрытия пузырей остаются язвочки с остатками эпидермиса. Рубцуются язвочки в течение 7–10 дней.

При *эксфолиативном дерматите* кожа поражается диффузно, нередко очень распространенно. Ухудшается общее состояние, повышается температура, начиная с верхней части лица (туловища).

Появляется резкое покраснение кожи, которое распространяется в течение 1–2 дней по голове, туловищу, конечностям.

У новорожденного вид обожженного, так как появляются участки, мокнущие и отторгающиеся при любом прикосновении.

При *гнойном омфалите* пупочная ранка мокнет, появляется гноемое отделяемое с воспалением тканей вокруг (кожа отекает, краснеет). Ребенок беспокоен, дыхание, пульс учащены, температура повышена.

Самым тяжким инфекционным осложнением у новорожденных является *сепсис*. При нем постоянно или периодически бактерии из инфекционного очага поступают в кровь. Проникая во все органы и системы, они не обезвреживаются, так как у новорожденного ребенка снижен иммунитет. Среди недоношенных детей сепсис возникает гораздо чаще (в 10 раз).

Обычно клинические проявления сепсиса проявляются на 2–3-й неделе жизни. У ребенка резко ухудшается общее состояние, повышается температура, кожа приобретает сероватый оттенок, появляется тахикардия, нарастает одышка. Может развиваться коматозное состояние и ребенок погибает.

При уходе за новорожденными с инфекционными послеродовыми осложнениями требуется очень серьезное соблюдение всех мер асептики и антисептики и тщательный уход. Сопrotивляемость организма у таких детей резко снижена.

Если при пиодермии достаточно местной обработки гнойничковых образований, то при пузырчатке необходимо уже назначать общее лечение (антибиотики, общеукрепляющее лечение).

Лечение пупочной ранки (омфалита) также состоит из местного и общего. На фоне антибактериального и общеукрепляющего лечения нужно обрабатывать пупочную ранку 70%-ным спиртом, 5%-ным раствором марганцовокислого калия.

При сепсисе проводятся массивная инфузионная терапия, включающая антибиотики, с учетом чувствительности к ним бактериальной флоры, витаминотерапия (витамины С, В₁, В₂, В₆), введение сердечно-сосудистых средств, а также средств, повышающих иммунитет.

Большое значение имеют организация ухода и вскармливания ребенка материнским молоком.

Профилактика инфекционных осложнений у детей заключается в своевременном и неукоснительном выполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в родильном доме, направленных на выявление и ликвидацию источника инфекции и путей ее передачи, на повышение устойчивости плода к инфекции новорожденного, раннее прикладывание к груди матери, своевременное выявление новорожденных группы риска и санация очагов инфекции.

При выявлении у новорожденного инфекционного осложнения он должен быть немедленно изолирован.

При уходе за инфицированным новорожденным должен быть выделен отдельный персонал.



ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. УХОД ЗА БОЛЬНОЙ РОДИЛЬНИЦЕЙ

Инфекционные заболевания половых органов нередко осложняют течение послеродового периода. Разные их формы встречаются в 2–10% родов.

В послеродовом периоде внутренняя поверхность матки представляет собой рану после отделения последа. «Входными воротами» инфекции у родильницы могут быть поврежденные родовые пути (разрывы шейки матки, влагалища, промежности и сама матка).

Инфекционные послеродовые осложнения

В качестве возбудителей инфекции могут быть: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, хламидии, микоплазменная инфекция, грибы и прочие возбудители.

Предрасполагающим фактором к развитию инфекционного процесса является патологическое течение беременности и родов.

Инфекционное послеродовое осложнение может ограничиваться и локализоваться в месте «входных ворот», но может распространяться как по продолжению на рядом лежащие органы, а также по кровеносной и лимфатической системе в другие органы и ткани.

Такие родильницы должны быть изолированы в наблюдательное отделение, режим которого отличается от режима работы физиологического отделения. Там родильницы обслуживаются отдельным персоналом, ввиду возможности передачи инфекции от одной родильницы к другой, а также не разрешается контакт между родильницами, нет мест общего пользования (туалет, душевые, перевязочные комнаты отдельные для каждого вида инфекции).

Питание проводится в палатах. Осуществляется более частая смена белья, сцеженное молоко не собирают для докармливания.

Послеродовая язва. Возникает в месте «входных ворот» вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки вульвы и влагалища. Общее состояние роженицы не страдает. В месте появления язвочки ткань гиперимирована, отечна, могут быть гнойные выделения.

Проводится местное лечение: обработка язвочки 3%-ной перекисью водорода, спиртом 70%-ным, 1%-ным раствором бриллиантового зеленого.

То же самое наблюдается при нагноении швов на промежности. В этом случае иногда швы распускают и проводят местную обработку.

Послеродовый эндометрит. Это наиболее частое инфекционное осложнение послеродового периода. Он может быть в острой и стертой форме.

При острой форме на 2—5-й день послеродового периода повышается температура, появляются озноб, боли внизу живота и лохии приобретают гнилостный вид и запах. Общее состояние зависит от степени интоксикации. Матка медленно сокращается, она болезненная при пальпации.

При лечении необходимо ограничить как можно скорее локализацию процесса. С этой целью назначают холод на низ живота. Режим постельный. Проводится антибактериальная терапия с учетом чувствительности к препаратам. Обычно используют полусинтетические пенициллины и цефалоспорины с метронидазолом. При выраженной интоксикации проводят инфузионную (кровезаменительную) и десенсибилизирующую терапию. Вводят средства, сокращающие матку, витамины.

Стертая форма эндометрита может не давать выраженной симптоматики и основным ее показателем является замедленное сокращение матки. Лечение проводится в том же объеме.

В послеродовом периоде может развиваться **тромбофлебит поверхностных и глубоких вен голени и вен малого таза.** В первом случае клиника более ясная, так как у роженицы в послеродовом периоде появляются боли в ноге по ходу вены (чаще — голень, реже — бедро); конечность отечна (увеличе-

на в объеме), по ходу вены имеются уплотнение, гиперимия и болезненность. Общее состояние не страдает.

При тромбофлебите вен таза ухудшается общее состояние: повышается температура, появляются озноб, боли в области малого таза.

Очень редко при глубокой пальпации можно определить плотные болезненные шнуры вен.

Родильнице назначается строгий постельный режим с приподнятым ножным концом. Существенной частью лечения является применение антикоагулянтов (гепарин, в легких случаях — аспирин, троксевазин). Одновременно проводится общеукрепляющее лечение.

Послеродовой лактационный мастит — одно из наиболее частых осложнений послеродового периода. Он встречается в 3—5% случаев. Инфекция проникает через трещины сосков и молочные ходы. При лактостазе (застое молока) мастит встречается чаще.

При серозном мастите начало острое. На 2—4-й неделе послеродового периода повышается температура, появляются озноб, боль в молочной железе, слабость, головная боль, разбитость. Молочная железа увеличивается, кожа в месте развивающегося процесса гиперимируется.

При недостаточном лечении процесс может перейти в инфильтративную форму — локализуется плотный болезненный инфильтрат.

При неадекватной терапии, в свою очередь, инфильтрат нагнаивается и происходит его расплавление.

Лечение заключается в назначении антибактериальной терапии, ликвидации застойных явлений в молочной железе, повышении защитных сил родильницы, детоксикации и десенсибилизации.

Молочную железу необходимо опорожнить, поднять специально наложенной повязкой, кормить этой грудью запрещается.

Для снижения лактации назначается парлодел. При гнойных формах проводится хирургическое лечение (вскрытие гнояника, промывание, антибиотики).

К профилактическим мероприятиям относятся: строгое соблюдение санитарно-эпидемического режима в роддоме, предупреждение и своевременное лечение трещин сосков и застоя молока у родильниц. Во время беременности для создания активного иммунитета к золотистому стафилококку проводят прививки с использованием адсорбированного стафилококкового анатоксина.

Сепсис. Это довольно редко встречающееся в настоящее время инфекционное послеродовое осложнение, связанное с попаданием инфекции в кровь.

Начало заболевания может быть острым (с вовлечением в процесс многих органов) и заканчиваться летальным исходом в течение нескольких суток, или же процесс может начинаться постепенно, когда клинические симптомы мало выражены и тогда процесс может протекать довольно длительно.

Наиболее выраженным симптомом являются повышение температуры, нередко до 39–40 °С, резкий озноб. Иногда процесс может протекать при субфебрильной температуре (обычно это наблюдается у ослабленных, истощенных женщин, или же на фоне применения антибиотиков). Нередко появляются судороги, менингеальные симптомы, бред.

Кожа и видимые слизистые у таких женщин цианотичные, с сероватым оттенком или желтушные. Может появиться сыпь.

Развиваются нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем: появляется тахикардия, снижается АД, затрудняется и учащается дыхание.

Со стороны желудочно-кишечного тракта изменения проявляются поносом или запорами, развитием язв в желудке, поджелудочной железе.

Течение сепсиса волнообразно и по продолжительности различное. Оно зависит от исходного состояния, степени распространения процесса, активности лечения, вида возбудителя и др. факторов.

Грозным осложнением сепсиса является эндотоксинный шок, из которого вывести родильницу чрезвычайно сложно.

Перед тем как приступить к лечению сепсиса, необходимо выявить причину его возникновения и вид микробной инфекции. Лечение проводится с применением антибакте-

риальных, общеукрепляющих, сердечно-сосудистых средств, витаминов, средств, повышающих сопротивляемость организма, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной терапии.

К сожалению, не только стертые, но и типичные проявления послеродового сепсиса не всегда диагностируются своевременно. Это связано с разнообразием симптомов, а также значительной трудностью разграничения гнойного процесса, условно принятого как «местный», от генерализованной инфекции.

Профилактика септической инфекции должна заключаться, прежде всего, в сохранении должной сопротивляемости организма беременной (санация очагов инфекции, лечение анемии, питание).

Своевременная диагностика и изоляция заболевших родильниц так же важны, как и соблюдение асептики и антисептики в родильном стационаре.

При длительном безводном периоде, кровотечении в родах и послеродовом периоде, длительных родах нужно соблюдать меры профилактики проникновения инфекции в родовые пути женщины.

Акушерский перитонит. Наиболее частой причиной возникновения этого грозного осложнения является операция кесарева сечения. Частота их возникновения 0,5–1,0% случаев. В возникновении этого перитонита ведущая роль принадлежит кишечной палочке.

При акушерском перитоните довольно рано возникает эндогенная интоксикация. Симптомы могут возникнуть рано (к концу первых или вторых суток): высокая температура, вздутие живота, рвота, тахикардия. Клиника быстро развивается.

В других случаях после операции состояние остается удовлетворительным, но развивается парез кишечника (плохо отходят газы, каловые массы). Через 3–4 дня резко ухудшается состояние, и картина перитонита становится явной.

В исключительном варианте перитонит развивается в виде болей в нижних отделах живота с первых же суток послеродового периода, и появляются симптомы раздражения брюшины.

При диагностике акушерского перитонита лечение проходит в 3 этапа: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Уход за роженицами с осложненным течением послеродового периода

Особенно важное значение придается выхаживанию послеоперационных больных; необходимо следить за их общим состоянием, окраской кожных и слизистых покровов, пульсом, АД, температурой, физиологическими отправлениями (мочеиспусканием, дефекацией), состоянием послеоперационной раны, выделениями из половых органов. Питание таких женщин должно быть строго сбалансированным, рациональным, содержащим определенное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов.

От выхаживания в послеоперационном периоде зависит конечный исход, а также дальнейшая репродуктивная функция женщины.

Очень большая роль в выхаживании таких тяжелых больных отводится медицинской сестре, от квалификации и добросовестности в выполнении всех назначений врача зависит результативность всего лечения.

При выписке из стационара роженице дается ряд рекомендаций по соблюдению личной гигиены, рационального режима, ухода за молочными железами и т.д.

Проведение внутрикожной инъекции

Необходимо уметь сделать внутрикожную инъекцию.

Оснащение: *Методика выполнения:*

шприц,
стерильные
шарики,
спирт,
препарат,
стерильные
перчатки.

1. Объяснить роженице необходимость процедуры.
2. Вымыть руки и надеть перчатки.
3. Слегка встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в широкой части.
4. Надпилить ампулу пилочкой, ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу.

5. Отломить узкий конец ампулы; взяв ампулу в левую руку, а шприц — в правую, осторожно ввести иглу в ампулу и набрать нужное количество раствора.
6. Пропустить через иглу раствор до заполнения иглы (держа шприц строго вертикально на уровне глаз).
7. Обработав участок кожи шариком, смоченным спиртом, натянуть кожу и, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее.
8. Зафиксировать иглу указательным пальцем.
9. Ввести лекарственное средство, нажимая на поршень.
10. Быстро извлечь иглу и обработать место инъекции шариком, смоченным спиртом, не придавливая.
11. Снять перчатки, вымыть руки.

Проведение внутримышечной инъекции

Необходимо уметь сделать внутримышечную инъекцию.

Оснащение:

Методика выполнения:

шприц,
стерильные
шарики,
спирт,
стерильные
перчатки,
препарат.

1. Объяснить родильнице необходимость процедуры.
2. Вымыть руки и надеть перчатки.
3. Уложить женщину на живот и определить место инъекции; вскрыть ампулу (см. выше).
4. Обработать место инъекции шариком со спиртом.
5. Фиксировать кожу в месте инъекции.
6. Ввести иглу в мышцу под углом 90° , оставив 2–3 мм иглы под кожей.
7. Надавлив на поршень, ввести лекарственное вещество (масляные растворы подогреваются).

8. Извлечь быстро иглу, придавив шариком со спиртом место инъекции и сделать легкий массаж.
9. Снять перчатки и вымыть руки.

Проведение внутривенной инъекции

Необходимо уметь сделать внутривенную инъекцию; собрать и заполнить систему.

Оснащение:
шприц, система для переливания крови, препараты, стерильные шарики, жгут, подушечка, зажимы.

Методика выполнения:

1. Объяснить родильнице необходимость процедуры.
2. Вымыть руки и надеть перчатки; набрать в шприц лекарственное вещество (подготовка к вскрытию ампулы и набор лекарственного вещества см. выше).
3. Усадить женщину удобно (или уложить).
4. Под локоть положить подушечку; положить на плечо передней трети резиновый жгут (на рубашку или салфетку).
5. Зажать жгут; попросить женщину «поработать» кулаком.
6. Обработать область локтевого сгиба ваткой, смоченной спиртом.
7. Найти наиболее наполненную вену.
8. Натянуть рукой кожу в области локтевого сгиба, фиксируя вену.
9. Держа иглу срезом вверх, ввести ее на $\frac{1}{3}$ длины в вену так, чтобы она была параллельна вене.
10. Подтянув поршень на себя, убедиться, что игла в вене (в шприце появится кровь).
11. Развязать жгут левой рукой и попросить разжать кулак.
12. Медленно надавливая на поршень левой рукой, ввести лекарственное вещество, оставив в шприце 1 мл.

13. Прижать иглу к месту инъекции шариком, смоченным спиртом, и быстро извлечь ее другой рукой.
14. Заменить шарик на чистый.
15. Снять перчатки, вымыть руки.

Сбор системы:

- ▶ проверить герметичность упаковочного материала и срок годности системы;
- ▶ вскрыть нестерильным пинцетом центральную часть флакона с лекарственным веществом;
- ▶ обработать резиновую пробку шариком со спиртом;
- ▶ вскрыть упаковочный пакет; надеть маску;
- ▶ обработать руки, надеть перчатки и достать систему из пакета и положить на стерильную салфетку;
- ▶ на открытом стерильном столе в лоток положить шарики со спиртом, салфетки, 2–3 иглы, шприц, пинцет; все это накрыть стерильной салфеткой;
- ▶ снять колпачок с иглы воздуховода и ввести иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепить на флаконе аптечной резинкой;
- ▶ закрыть винтовой зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести эту иглу до упора в пробку флакона;
- ▶ перевернуть флакон и закрепить его на штативе; повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины обычной;
- ▶ закрыть зажим и вернуть капельницу в исходное положение: фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания;
- ▶ открыть зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекции;
- ▶ проверить отсутствие пузырьков воздуха в длинной трубке системы.

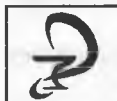
Система заполнена.

Венепункция проводится так же, как и внутривенная инъекция.

В обсервационном отделении противоэпидемический режим должен соблюдаться особенно тщательно.

При переходе в обсервационное отделение медицинский персонал обязан сменить халаты, надеть бахилы.

Прием родов у ВИЧ-инфицированных и их нахождение в послеродовом периоде должно осуществляться в специализированном родильном отделении, а при его отсутствии выделяется палата в отделении обсервации, где родильница с ребенком находятся до выписки. При манипуляциях у ВИЧ-инфицированных пациенток используются инструменты и другие медицинские изделия однократного применения. Персонал, осуществляющий уход за ВИЧ-инфицированными родильницами и новорожденными, должен соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при всех манипуляциях). При повреждении рук необходимо обработать поврежденную поверхность 70%-ным спиртом или 5%-ной спиртовой йодной настойкой и «заклеить» лейкопластырем или лифузолем.



ОСНОВНЫЕ ВИДЫ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ. НЕОТДОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НИХ. УХОД ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

При нормально протекающей беременности женщина чувствует себя удовлетворительно и отклонений в работе отдельных органов и систем не наблюдается.

Однако при определенных условиях в организме беременной женщины происходят те или иные патологические изменения, которые отражаются как на общем самочувствии, так и на отдельных показателях работы органов и систем. В этих случаях течение беременности принято считать патологическим.

Гестозы беременности (токсикозы)

К наиболее часто встречающейся патологии беременности относятся гестозы беременности. Гестозы беременности — это патологическое состояние, возникающее во время беременности и связанное с развитием плодного яйца.

Различают ранние и поздние гестозы.

Ранние гестозы обычно наблюдаются с момента наступления беременности и длятся до 12, реже — 16 недель беременности.

Поздние гестозы осложняют течение беременности во второй ее половине и могут продолжаться до наступления родов.

Ранние гестозы беременных

Наиболее часто в этом сроке беременности встречаются слюнотечение, тошнота и рвота беременной, реже — дерматозы, бронхиальная астма и др.

Слюнотечение может наблюдаться как самостоятельный гестоз, а может сочетаться со рвотой беременной. Слюно-

течение вызывает раздражение на лице в углах рта (мацерацию), обезвоживает организм, так как беременная может терять до 1 литра жидкости в день. Беременная становится раздражительной.

Беременной рекомендуют полоскание полости рта настоем коры дуба, шалфея, ромашки. При сильном обезвоживании вводится внутривенно раствор Рингера-Локка, 5%-ный раствор глюкозы. Рекомендуют смазывать углы рта цинковой пастой или пастой Лассара.

В исключительных случаях, когда все перечисленные методы не помогают, можно провести курс атропинотерапии (в течение 7–10 дней).

Тошнота почти всегда сочетается *со рвотой*. Этот вид гестоза встречается чаще всего. Различают 3 степени тяжести рвоты беременной.

I степень — легкая форма рвоты беременных. Частота рвоты не превышает 5 раз в сутки и состояние остается удовлетворительным. Рвота почти всегда связана с приемом пищи или с неприятными запахами. Масса тела уменьшается незначительно (2–3 кг). Пульс, АД не изменяются. При лабораторных исследованиях отклонений от нормы нет.

II степень — рвота средней тяжести, когда она повторяется от 6 до 10 раз в сутки и не всегда связана с приемом пищи, потеря в массе тела более 3 кг, пульс учащается до 300 уд./мин. АД несколько снижается. В моче появляется ацетон.

III степень — тяжелая (чрезмерная, неукротимая) рвота беременных, когда она повторяется до 20–25 раз в сутки, независимо от приема пищи, при любом движении беременной женщины. Происходит резкое снижение массы тела (на 8–10 кг и более). Беременная не удерживает даже жидкость, организм резко обезвоживается. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Может повышаться температура тела до 38 °С. Пульс учащается до 120 уд./мин, АД резко снижено, диурез уменьшен. В моче резко выражен ацетон, есть белок. Нарушается водно-солевой баланс.

Лечение I степени рвоты можно проводить в домашних условиях, регулируя питание, лечебно-охранительный режим, влияя на ЦНС.

Пищу рекомендуют принимать лежа, небольшими порциями, в холодном виде, считаясь с индивидуальными вкусами беременной женщины. Пища должна содержать большое количество витаминов. Беременной необходимо отдыхать, ей удлиняют сон.

II и III степень рвоты лучше лечить стационарно. Для воздействия на ЦНС используют электросон или электроаналгезию.

Чрезвычайно важным является отсутствие в палате других беременных с таким же заболеванием.

Палата должна хорошо проветриваться, не иметь посторонних запахов.

Беременная нуждается в поддержании гигиенического состояния кожи, полости рта, в частой смене белья.

Для борьбы с обезвоживанием организма применяют инфузионную терапию. В течение 5–7 дней вводят раствор Рингера-Локка (1000–1500 мл), 5%-ный раствор глюкозы (500–1000 мл) с аскорбиновой кислотой (5%-ный раствор 3–5 мл) и инсулином (1 ЕД на 4,0 г глюкозы). Одновременно вводят альбумин, плазму, 5%-ный раствор натрия гидрокарбоната.

Для подавления рвотного центра используют церукал, торекан, дроперидол.

Одновременно вводятся витамины группы В (B_1 , B_6 , B_{12}), кокарбоксилаза.

Используют антигистаминные препараты (диазолин, супрастин, тавегил). Используют питательные клизмы в течение 5–7 дней.

Нередко беременная с чрезмерной рвотой не способна удерживать пищу и даже жидкость. Таким беременным, кроме интенсивной терапии назначают питательные клизмы (перед питательной необходимо поставить очистительную клизму). Вводить питательную смесь нужно в подогретом виде (39–40 °С), медленно, для улучшения всасывания смеси слизистой оболочкой прямой кишки. Ректально можно вводить и лекарственные вещества. Очень важно контролировать суточный диурез, а также следить за характером и количеством рвотных масс.

При стойком эффекте в течение 5–7 дней инфузионную терапию можно заменить на инъекции спленина (по 2 мл внутримышечно 10–12 дней).

Поздние гестозы беременных

Частота возникновения этих гестозов 2–14%. Они, как правило, развиваются у женщин, страдающих соматическими заболеваниями (желудка, почек, печени, гипертоническая болезнь, ожирение и т.д.).

По классификации, гестозы II половины делятся на:

- 1) водянку (отеки) беременных;
- 2) нефропатию (легкая, средней тяжести, тяжелая);
- 3) преэклампсию;
- 4) эклампсию.

Несмотря на множество теорий (до 30), объяснения возникновения позднего гестоза до сих пор не очень убедительны. И ясно лишь, что он связан с беременностью и возникает у женщин, изначально страдающих теми или иными заболеваниями (гипертония, заболевания сердца, почек и пр.).

Все 4 формы позднего гестоза являются продолжением один другого, когда этот гестоз или несвоевременно выявлен, или же лечится недостаточно эффективно и переходит в более тяжелую форму.

Водянка беременной. Беременная женщина прибавляет в весе больше положенной нормы (более 350–400 г в неделю), у нее появляются выраженные отеки на нижних конечностях. Отеки могут быть скрытыми и выявляться только путем контроля за весом и измерением суточного диуреза.

Для того чтобы не пропустить поздний гестоз, при каждом посещении беременной женской консультации ей необходимо:

- 1) измерить АД на обеих руках;
- 2) взвесить;
- 3) осмотреть на наличие отеков;
- 4) исследовать анализ мочи.

В запущенных случаях отеки могут распространиться на брюшную стенку, верхнюю половину туловища и даже на лицо (аносарка).

Следующей степенью тяжести позднего гестоза является *нефропатия* (ее частота — 60% от всех поздних гестозов).

Различают 3 степени тяжести нефропатии:

I степень — небольшие отеки на нижних конечностях, следы белка в моче, АД до 150/90 мм рт. ст.

II степень — распространение отеков на переднюю брюшную стенку и верхние конечности, белок в моче до 3 г/л, АД — до 170/100 мм рт. ст., изменения на глазном дне.

III степень — отеки на лице (анасарка), белок в моче более 3 г/л, АД выше 170/100 мм рт. ст., кровоизлияния на глазном дне.

Преэклампсия — следующий по степени тяжести поздний токсикоз. У беременных, как правило, на фоне имеющейся триады симптомов (отеки, повышенное АД, белок в моче) появляются новые жалобы: на стойкую головную боль, боли в эпигастрии и ухудшение зрения («мушки» в глазах). Это состояние может длиться недолго и переходит в следующее, более грозное осложнение.

Эклампсия — редко встречающееся в последнее время крайне тяжелое состояние. Оно может развиваться как во время беременности, так и в родах, и в послеродовом периоде.

Приступ эклампсии начинается с фибриллярных подергиваний мимических мышц лица, затем развиваются тонические (непродолжительные) и клонические судороги (до 2 минут), дыхание при этом нарушено, развивается цианоз, изо рта вытекает слюна с пеной и кровью (прикус языка). Все это развивается на фоне потери сознания. Затем дыхание углубляется, восстанавливается, но сознание может длительно еще отсутствовать (беременная в состоянии комы).

В момент приступа может произойти кровоизлияние в мозг, что, в свою очередь, может привести женщину к смерти.

Приступы могут неоднократно повторяться. Это приводит к нарушению маточно-плацентарного кровообращения, плод страдает и может погибнуть внутриутробно в результате отслойки плаценты.

Лечение водянки беременных заключается в диетотерапии: ограничение соли (до 2–3 г в сутки), молочно-растительная диета, разгрузочные дни (творог — 500 г, яблоки — 1,5 кг). Назначают мочегонные средства (почечный чай, толокнянка).

При более выраженных отеках лечение проводят стационарно.

Лечение нефропатии лучше проводить стационарно. Такой больной необходимо организовать лечебно-охранительный режим. Назначают седативные и антигистаминные препараты (нозепам, супрастин). Наряду с этим применяют диуретики, средства гипотензивного характера (лучший эффект дает применение магния сульфата (по методу Д.П. Бровкина: внутримышечно вводится 24 мл 25%-ного раствора каждые 4 часа № 3, потом — через 6 часов, затем — поддерживающие дозировки)). В тяжелых случаях применяется инфузионная терапия, витаминотерапия, улучшается маточно-плацентарное кровообращение. Вводятся сердечные средства (коргликон), гепатропные препараты (эссенциале, мелдронат и др.).

В последние годы с целью улучшения маточно-плацентарного кровообращения стали применять гипербарическую оксигенацию (кислород под высоким давлением).

Для лечения преэклампсии применяется проведение комплексной интенсивной терапии наряду с седативными средствами (как при тяжелой нефропатии). Если эффекта от лечения нет, ставится вопрос о срочном родоразрешении беременной.

Лечение эклампсии складывается из оказания неотложной помощи и интенсивной терапии, направленной на предупреждение дальнейших приступов.

Оказание неотложной помощи при приступе эклампсии

Необходимо уметь оказать неотложную помощь при приступе:

- а) предотвратить прикус языка;
- б) предупредить асфиксию рвотными массами.

Оснащение: Методика выполнения:

- | | |
|---|---|
| кровать или стол, 1. | Уложить женщину на твердое (кровать, или кушетка, кушетка или стол) в положении «на спине». |
| языкодержатель, роторасширитель, салфетки. 2. | Повернуть беременной голову набок. |
| 3. | Осторожно салфеткой открыть рот, вложить пальцы между верхней и нижней |

челюстями в том месте, где нет зубов, протереть рот от рвотных масс салфеткой.

4. Ввести в рот роторасширитель.
5. Языкодержателем, наложенным на $1/3$ языка, вывести язык.
6. Языкодержатель закрепить на одежде.
7. Срочно вызывать врача, лаборанта.
8. Приготовить систему для внутривенного вливания.

Лечение состоит в инфузионной терапии одновременно с искусственной вентиляцией легких; вводятся седуксен, дроперидол или пипольфен, начинают капельное внутривенное введение магния сульфата. Можно применять регулируемую гипотонию введением арфонада или гинофорта. Одновременно следят за АД, диурезом.

Одним из главных моментов в лечении является немедленное родоразрешение, характер которого регулируется состоянием беременной, подготовленностью родовых путей и состоянием плода.

Уход за беременными с гестозами

Беременные, страдающие гестозами, особенно поздними, нуждаются в особом уходе. Необходимо следить за их питанием, весом, АД (измерять не реже 2 раз в сутки), суточным диурезом, наличием белка в моче. В палате должна быть спокойная обстановка и она должна быть затемнена.

В особом уходе нуждаются женщины при приступе эклампсии. Это наблюдение за почасовым диурезом, капельницами, своевременной сменой белья, введенными во время приступа роторасширителем и языкодержателем, контроль АД, своевременной дачей лекарственных веществ. От ухода за такими женщинами зависят их состояние, исход беременности, жизнь ребенка.

Профилактикой поздних токсикозов беременности предусмотрено тщательное наблюдение за течением беременности в женской консультации, своевременное выявление малейших проявлений токсикоза, госпитализация этих беременных в отделение патологии беременности.

Кровотечения во время беременности

Кровотечения могут возникать как в I, так и во II половине беременности.

В I половине беременности кровотечения связаны с самопроизвольным прерыванием беременности или с внематочной беременностью.

Самопроизвольный аборт. Самопроизвольным абортом (выкидышем) считают прерывание беременности в сроке до 28 недель.

Причины самопроизвольного прерывания беременности разнообразны. Это может быть эндокринная патология, инфекция, психогенные факторы, иммунные нарушения, патология матки и пр.

Различают стадии выкидыша: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт «в ходу», полный и неполный аборт.

При *угрожающем выкидыше* плодное яйцо еще прикреплено к матке, но усиленные ее сокращения вызывают ноющие боли в низу живота. Кровотечения нет.

В этом случае лечение направлено на сохранение беременности и проводится в стационарных условиях. Оно заключается в создании строгого постельного режима, в сбалансированной диете и назначении средств, снижающих сокращения матки (туринал, прогестерон).

При *начавшемся выкидыше* боли усиливаются и приобретают характер схваток. Кровянистые выделения бывают не всегда при этом. Плодное яйцо частично отслоилось.

В этом случае можно иногда еще сохранить беременность и лечение проводится в том же объеме.

При *аборте «в ходу»* отслоившееся плодное яйцо опускается в нижний ее отдел или в шейку матки. Обильное кровотечение.

Если часть плода вышла, а в матке есть его остатки, то принято говорить о *неполном выкидыше*, он сопровождается кровотечением.

При *полном выкидыше* плодное яйцо отторгается целиком, и в матке могут оставаться лишь оболочки. Эта форма встречается очень редко.

В таких случаях необходимо произвести выскабливание полости матки с последующим тщательным обследованием женщины для выяснения причины невынашивания и проведение соответствующего лечения, так как повторяющиеся выкидыши приводят к привычному невынашиванию беременности. При полном самоаборте выскабливание может не производиться.

Вторая причина кровотечений в I половине беременности — это **внематочная (эктопическая) беременность**. Чаще всего она развивается в маточной трубе, но может развиваться в яичнике или в брюшной полости. Трубная беременность может прерываться по типу трубного аборта или же в виде разрыва маточной трубы.

При прерывании беременности по типу *трубного аборта* характерно достаточно длительное отсутствие симптоматики, но затем плодное яйцо начинает в трубе отслаиваться и женщина жалуется на боли в низу живота (справа или слева), отдающие в область прямой кишки с последующим выделением из половых путей темных кровяных сгустков (при самопроизвольном аборте выделения жидкие, ярко-красного цвета). Приступы болей повторяются. При осмотре — матка увеличена, но не соответствует сроку беременности (меньше, чем задержка месячных), пальпируются увеличенные придатки с одной стороны, имеется болезненность в заднем своде (скопление крови).

При **разрыве маточной трубы** диагноз поставить не представляет трудностей. На фоне полного благополучия (но при задержке менструаций) внезапно появляются резкие боли в нижних отделах живота (слева или справа), отдающие в задний проход, плечо, лопатку, подреберье. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, головокружением, потерей сознания. Кожа и слизистые бледные, тахикардия, слабый нитевидный пульс, низкое АД, живот вздут. При влагалищном исследовании выпирает задний свод, матка легко смещается, как бы плавает. Уточнить диагноз можно с помощью пункции заднего свода, при которой в шприце появляется темная кровь со сгустками.

Как только установлен диагноз «внематочная беременность», больную необходимо срочно оперировать обычным методом, но если это прогрессирующая трубная беременность малого срока операцию можно провести эндоскопическим способом.

К операции больную необходимо подготовить: определить группу крови, резус-принадлежность, сделать пробы на совместимость крови донора и реципиента.

В послеоперационном периоде большое значение имеет медицинский уход за больной, включающий наблюдения за общим состоянием женщины, изменениями температуры, пульса, артериального давления, характером выделений из половых путей, состоянием послеоперационной раны, а также за физиологическими отправлениями (мочеиспускание, дефекация). Медицинская сестра должна проводить у послеоперационной больной туалет послеоперационной раны, своевременно перевязывать больную, следить за режимом ее питания, своевременно менять нательное и постельное белье, участвовать в снятии послеоперационных швов.

Профилактикой трубной беременности являются своевременное предупреждение и лечение воспалительных заболеваний, борьба с абортами.

Причиной кровотечения во II половине беременности могут быть:

- 1) самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды);
- 2) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- 3) предлежание плаценты.

Клиника **самопроизвольного прерывания беременности** во II половине аналогична таковой в ее I половине и для сохранения беременности применяются те же методики (постельный режим, седативные препараты, применение средств, снижающих сократительную деятельность матки).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возникает по различным причинам. Это может возникать при травме живота, многоводии, многоплодии или круп-

ном плоде, короткой пуповине, а также при изменениях в эндометрии.

Основными симптомами этой патологии являются боль и кровотечение. Боли могут быть незначительными, но они могут носить и сильный характер, приводя к ухудшению общего состояния (пульс, дыхание учащаются, АД падает, кожные покровы бледнеют).

Наружное кровотечение бывает в тех случаях, когда плацента начинает отслаиваться по краю. Если же она отслаивается в середине, то между нею и стенкой матки образуется ретроплацентарная гематома и наружного кровотечения не будет, но по симптоматике, говорящей о нарастающей анемии у беременной, и болям, можно поставить диагноз отслойка плаценты.

При этом в обоих случаях уменьшается соприкосновение плаценты со стенкой матки и нарушается маточно-плацентарное кровообращение, а, следовательно, у плода нарастает гипоксия (изменения сердцебиения плода).

При прогрессирующей отслойке плаценты главной задачей является бережное и быстрое родоразрешение. Единственно, что может остановить отслойку плаценты, это опорожнение матки. Родоразрешение осуществляется чаще всего путем кесарева сечения.

Однако при готовых родовых путях этого можно добиться и через естественные родовые пути путем наложений щипцов или вакуум-эпетрактора с последующим ручным отделением плаценты с целью контроля целостности стенок матки.

Предлежанием плаценты называется ее расположение в нижнем сегменте. Если плацента закрывает внутренний зев, говорят о центральном предлежании плаценты. Это наблюдают в тех случаях, когда из-за изменений в эндометрии или вследствие других причин плодное яйцо прикрепляется не в теле матки, а ниже, ближе к нижнему сегменту, и плацента, соответственно, располагается низко.

Чаще всего в этих случаях кровотечение (основной симптом) развивается с началом родовой деятельности, когда вместе с открытием шейки матки (и ее сглаживанием) плацента начинает интенсивно отслаиваться. Кровотечение бы-

вает разной степени выраженности и зависит от степени предлежания плаценты. Так, при полном предлежании плаценты оно бывает очень обильным, что сразу же приводит к гипоксии плода.

Беременные с предлежанием и даже с низким расположением плаценты относятся к группе повышенного «риска». Современные методы диагностики (ультразвуковое сканирование) позволяют своевременно диагностировать этот вид патологии. Методом выбора срочного родоразрешения при полном предлежании плаценты является операция кесарева сечения. Быстрота подготовки к операции и срок ее проведения определяют исход (течение послеоперационного периода и жизнеспособность плода).

В порядке подготовки к операции кесарева сечения необходимо строго соблюдать постельный режим, следить за состоянием подкладной (возможность кровотечения), а также в срочном порядке определить группу крови, провести пробу на совместимость, подготовить систему и кровь для переливания, провести катетеризацию мочевого пузыря, поставить очистительную клизму, а также следить за пульсом и показаниями АД, кожными покровами беременной.

В послеоперационном периоде также следят за общим состоянием женщины (пульс, АД, температура), физиологическими отправлениями (при необходимости подать судно), режимом питания, соблюдением гигиенических норм.

При необходимости вводится газоотводная трубка, проводится катетеризация мочевого пузыря, лежащим больным постельное белье меняется, не поднимая их, а осторожно перекладывая.

Катетеризация мочевого пузыря

Необходимо уметь вывести мочу резиновым катетером (рис. 37).

Оснащение:
стерильный
катетер,
салфетки,
лотки,

Методика выполнения:

1. Объяснить больной необходимость процедуры.
2. Подстелить под таз и бедра клеенку и пеленку.

перчатки,
клеенка,
пеленка,
шарики,
глицерин,
дезраствор.

3. Вымыть руки и надеть перчатки.
4. I и II пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.
5. Салфеткой, смоченной дезраствором, обработать большие и малые половые губы и отверстие мочеиспускательного канала.
6. Закрывать влагалище и анальное отверстие стерильными шариками.
7. Сменить перчатки.
8. Взять катетер I и II пальцами правой руки, а свободный конец его придержать IV и V пальцами.



Рис. 37. Катеризация мочевого пузыря

9. Конец катетера с зауженного конца смазать глицерином.
10. I и II пальцами левой руки развести малые губы.
11. Вести катетер в отверстие мочеиспускательного канала на глубину 3—5 см.
12. Вывести мочу в стерильный лоток.
13. Извлечь катетер и поместить его в 3%-ный раствор хлорамина.
14. Снять перчатки, вымыть руки.
15. При необходимости собрать мочу в емкость и направить в лабораторию для исследования.

Подача судна

Необходимо уметь подать судно тяжелобольной.

Оснащение: *Методика выполнения:*

судно,
перчатки,
клеенка,
корнцанг,
ватные шарики,
дезраствор.

1. Объяснить больной ход процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Подложить под таз клеенку.
4. Подвести осторожно сбоку судно под ягодицы больной и уложить ее на него так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
5. Сменить перчатки; после акта дефекации убрать осторожно судно, слегка повернув больную на бок.
6. Обработать половые органы и анальное отверстие салфеткой, смоченной дезраствором; протереть или сменить клеенку.
7. Постелить на нее чистую подкладную.
8. Залить содержимое судна хлорной известью и вылить в унитаз.
9. Судно поместить в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час.
10. Ополоснуть и высушить.
11. Снять перчатки и вымыть руки.

Введение газоотводной трубки

Необходимо уметь ввести трубку в анальное отверстие (рис. 38).

Оснащение:
стерильная
газоотводная
трубка,
шпатель,
вазелин,
перчатки,
клеенка, судно.

- Методика выполнения:**
1. Объяснить больной необходимость процедуры.
 2. Надеть перчатки, уложить больную на левый бок, подложив под нее клеенку.
 3. Судно поставить рядом с больной, налив в него немного воды.
 4. Смазать закругленный конец трубки вазелином с помощью шпателя.
 5. I и II пальцами левой руки раздвинуть ягодицы и ввести трубку правой рукой на 20–30 см в анальное отверстие (по направлению к пупку, а потом вдоль позвоночника).

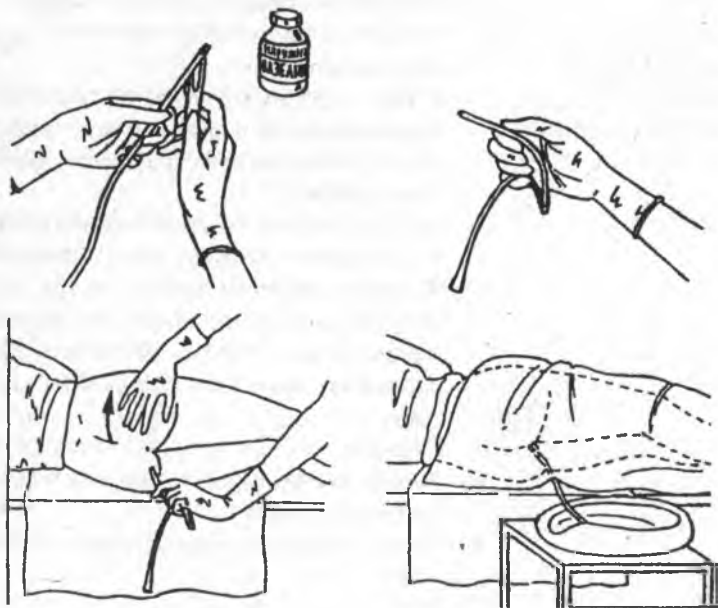


Рис. 38. Введение газоотводной трубки

6. Свободный конец трубки опустить в судно под воду.
7. Через 1 час осторожно извлечь трубку и погрузить ее в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час.
8. Вытереть анальное отверстие шариками или салфеткой насухо.
9. Снять перчатки и вымыть руки.

Смена постельного белья

Необходимо уметь сменить белье лежачей больной (рис. 39).

- | | |
|---|--|
| <i>Оснащение:</i> | <i>Методика выполнения:</i> |
| комплект чистого постельного белья, перчатки. | <ol style="list-style-type: none">1. Объяснить больной необходимость процедуры.2. Вымыть руки и надеть перчатки.3. Чистую простыню скатать, как бинт, в поперечном направлении.4. Осторожно приподнять верхнюю часть туловища больной и убрать подушку, сменив наволочку.5. Скатать грязную простыню со стороны изголовья до половины и положить на освободившуюся часть постели чистую простыню.6. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову больной.7. Приподнять таз и ноги больной, сдвинуть грязную простыню, одновременно продолжая расправлять чистую.8. Положить ноги и таз больной на место.9. Заправить края чистой простыни под матрац.10. Грязную простыню и наволочку поместить в мешок.11. Снять перчатки, вымыть руки. |

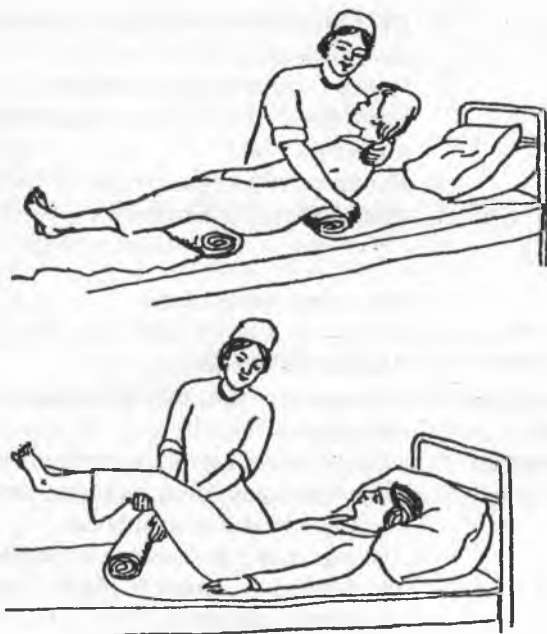


Рис. 39. Смена постельного белья

Смена повязки на послеоперационной ране

Необходимо уметь произвести смену послеоперационной повязки.

Оснащение:

перчатки,
стерильный
перевязочный
материал,
пинцет,
корнцанг,
ножницы,
лоток,
лейкопластырь,
клеенка, йодонат
изотонический,

Методика выполнения:

1. Объяснить больной необходимость процедуры.
2. Вымыть руки и надеть перчатки.
3. Осторожно снять старую повязку, отклеивая ее по краям (а при необходимости отмочить слабым раствором марганцовокислого калия).
4. Сбросить материал в лоток и поменять перчатки.
5. Стерильной салфеткой, смоченной изотоническим раствором, с помощью пинцета вымыть послеоперационную рану.

- раствор хлорида натрия.
6. Осушить рану сухой салфеткой; обработать рану салфеткой, смоченной йодонатом, с помощью пинцета.
 7. Закрыть рану сухой стерильной салфеткой и заклеить сверху лейкопластырем.
 8. Использованный материал поместить в лоток.
 9. Снять перчатки и вымыть руки.

Многоплодная беременность

Многоплодная беременность — это одновременное развитие двух или большего числа плодов (близнецов). Причиной многоплодной беременности является оплодотворение двух или большего числа одновременно созревших яйцеклеток, или развитие двух (или более) эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки. В первом случае — это дву- или многояйцовые близнецы, во втором — однояйцовые близнецы. Чаще всего это явление встречается у матери с увеличением возраста, в котором наступает беременность. В последние годы частота многоплодной беременности увеличилась в связи с применением препаратов, стимулирующих овуляцию и с искусственным оплодотворением (рис. 40).

Течение многоплодной беременности отличается рядом особенностей. Беременные жалуются на утомляемость, одышку, частое мочеиспускание, запоры. Чаще развиваются гестозы, многоводие. Одним из неблагоприятных исходов является преждевременное прерывание беременности, раннее и преждевременное отхождение вод.

Диагностика в начале беременности сложна, но в более поздних сроках (после 10 недель) можно с помощью УЗИ, ЭКГ плода уточнить диагноз. При наружном акушерском исследовании определяется более двух крупных частей плода, выслушивается сердцебиение двух плодов (в разном ритме).

Такие беременные берутся на особый учет, их нередко госпитализируют в отделение патологии беременности и проводят лечение, направленное на предупреждение преждевременных родов.

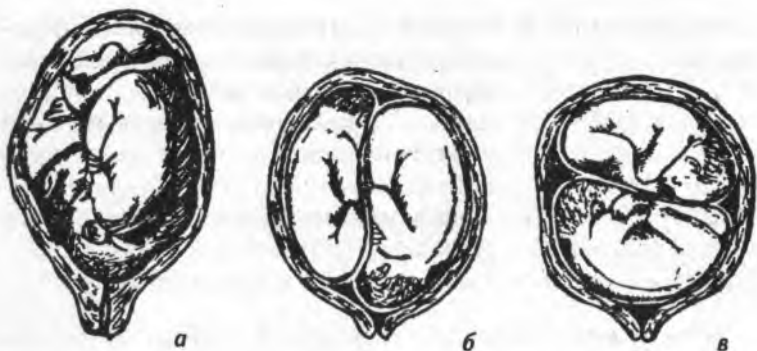


Рис. 40. Многоплодная беременность:

- а — оба плода предлежат головкой;
 б — один плод предлежит головкой, другой — тазовым концом;
 в — оба плода в поперечном положении

При родоразрешении чаще всего применяется консервативный метод родоразрешения через естественные родовые пути и только в исключительных, осложненных случаях родоразрешают путем кесарева сечения.

Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность

В ряде случаев беременность наступает у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией и, в частности, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Среди сердечно-сосудистой патологии чаще всего встречаются пороки сердца. Они могут быть врожденными и приобретенными.

Так как при беременности к сердечно-сосудистой системе предъявляются повышенные требования, то даже у здоровых беременных наблюдаются физиологическая тахикардия и другие изменения в работе сердца.

Из приобретенных пороков чаще всего встречаются пороки ревматического происхождения, которые могут поражать митральный и аортальный клапаны в виде стеноза и недостаточности.

Обычно у таких беременных течение беременности осложнено угрозой прерывания, гестозами, кровотечениями. Все это приводит к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и гипоксии плода. В послеродовом периоде могут развиваться кровотечения.

Но самыми грозными осложнениями этой патологии являются отек легкого и тромбоэмболические осложнения. Реже встречаются острая сосудистая недостаточность, синдром сдавления нижней полой вены.

Отек легких развивается в результате острой сердечной недостаточности. У беременной внезапно возникает удушье, чувство «страха смерти», возбуждение. Развивается цианоз, дыхание и пульс учащаются, изо рта появляется пенная жидкость с примесью крови, мокроты, хрипы слышны на расстоянии. Сознание сохраняется, АД может не изменяться.

Оказание неотложной помощи при отеке легкого

Необходимо уметь оказать помощь до прихода врача.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
стерильные салфетки, аппарат для измерения АД, система для переливания, кислород в системе или подушке, 5%-ный раствор глюкозы.	<ol style="list-style-type: none">1. Придать беременной полусидячее положение в кровати (высоко поднять изголовье, подушки).2. Измерить АД.3. Сосчитать пульс.4. Начать ингаляцию увлажненного кислорода.5. Удалить стерильной салфеткой изо рта слизь, пену.6. Срочно вызвать врача; приготовить систему для внутривенного вливания, заполнив ее 5%-ным раствором глюкозы,7. Приготовить лекарственные препараты (по назначению врача).

Среди **тромбоэмболических осложнений** часто встречается тромбоэмболия легочной артерии. При этом внезапно появляются боли в грудной клетке, удушье, цианоз верхней половины туловища, тахикардия, снижение АД, кровохарканье.

Оказание неотложной помощи при тромбоэмболии

Необходимо уметь оказать помощь до прихода врача.

Оснащение:

Методика выполнения:

кислород,
система,
лекарственные
препараты.

1. Обеспечить строгий постельный режим (уложить в постель).
2. Дать увлажненный кислород.
3. Срочно вызывать врача.
4. Приготовить систему для переливания, заполнив ее 5%-ным раствором глюкозы.
5. Приготовить необходимые лекарственные вещества по назначению врача.

Острая сосудистая недостаточность (коллапс) у беременных, рожениц и родильниц развивается при пороках сердца довольно часто, особенно на фоне гипотонии. Причиной его развития могут быть боль, кровопотеря, интоксикация, психическая травма, аллергия и т.д. Кожные покровы резко бледнеют, потоотделение выражено, АД падает (иногда вообще не определяется), дыхание частое, пульс нитевидный, сознание или отсутствует, или неясное.

Оказание неотложной помощи**при острой сосудистой недостаточности**

Необходимо уметь до прихода врача оказать неотложную помощь.

Оснащение:

Методика выполнения:

кислород,
аппарат для
измерения АД,
система,
сыворотки
для определения
крови, 5%-ный
раствор глюкозы,
донорская кровь.

1. Уложить беременную в горизонтальное положение на спине (можно на боку).
2. Открыть окно для обеспечения притока свежего воздуха.
3. Дать увлажненный кислород.
4. Измерить АД, посчитать пульс.
5. Срочно вызвать врача.
6. Приготовить систему для внутривенного вливания.
7. Определить группу крови и заказать кровь.
8. Систему заполнить 5%-ным раствором глюкозы.

9. Приготовить кровь для переливания (определив, под наблюдением врача, группу крови донора).
10. Приготовить и вводить по назначению врача лекарственные препараты.

Появление острой сосудистой недостаточности может быть **синдромом нижней полой вены**. Он возникает в результате сдавливания нижней полой вены увеличенной маткой у беременных во II половине беременности в положении на спине (особенно на жесткой поверхности). Беременная нередко теряет сознание, урежается резко пульс, снижается АД.

Для оказания неотложной помощи достаточно повернуть или уложить беременную на левый бок. Состояние при этом сразу же нормализуется.

Осложненное течение родов

Нередко в процессе родов возникают те или иные осложнения, которые приводят к отклонениям в течение родов.

К этим осложнениям относятся неправильные предлежания и положение плода.

Тазовые предлежания. Учитывая, что перинатальная смертность при тазовых предлежаниях возрастает в 4–5 раз, их принято относить к патологическим предлежаниям плода (в отличие от головного предлежания). Различают чистое ягодичное предлежание (только таз); смешанное (таз и ножки) и ножное (только ножки) (рис. 41).

Диагностика тазового предлежания довольно проста и заключается в том, что при пальпации в дне матки определяется подвижная округлая головка плода, а у входа в малый таз — крупная мягкая часть, не имеющая четких контуров. Сердцебиение плода прослушивается выше пупка.

С помощью дополнительных методов исследования (УЗИ, ЭКГ и ФКГ) можно уточнить диагноз тазового предлежания.

Биомеханизм родов при тазовом предлежании более сложен, чем при головном, и состоит из 7 моментов. Роды часто



Рис. 41. Тазовое предлежание плода

осложняются ранним отхождением околоплодных вод, кровотечением, выпадением пуповины и мягких частей плода. Иногда роды заканчиваются мертворождением плода.

При чисто ягодичном предлежании применяется пособие по Цовьянову. Оно обеспечивает благоприятный результат только при хорошей родовой деятельности. Оказание пособия начинается с момента прорезывания ягодиц. Акушерка располагает руки так, что большие пальцы охватывают бедра плода и прижимают их к туловищу, не давая разогнуться. Остальные пальцы располагаются на крестце плода. Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы передвигаются вдоль туловища вверх. Затем туловище направляют на себя вниз и в сторону бедра роженицы. После этого туловище поднимают вверх, на живот. После рождения туловища головка рождается самостоятельно.

Роды при косом и поперечном положении плода. Если ось плода не совпадает с осью матки, то такое положение называется неправильным. В тех случаях, когда от плода и матки образуется угол 90° , то положение считается косым. Причинами неправильного положения и предлежания плода могут быть: патология со стороны матки, несоответствие размеров плода и матки, многоводие, многоплодие, узкий таз, дряблость передней брюшной стенки.

Диагностика поперечного и косого положения плода не сложна. При этом матка имеет или косую форму, или она вытянута в поперечнике; окружность живота больше, чем при продольном положении плода, высота дна матки, наоборот,

меньше. Крупные части пальпируются по бокам, предлежащая часть матки не определяется.

Так как роды при косом и поперечном положении плода самостоятельно невозможны, то при диагностировании в сроке 32 недель беременной назначают корригирующую гимнастику. Возможен наружный поворот плода (при отсутствии повышенной сократимости матки) с последующей наружной фиксацией плода в продольном положении мягкими валиками из простыней по бокам.

При запущенном поперечном или косом плоде во время родов и отошедших водах создается ситуация, при которой роды возможны только путем кесарева сечения, так как возможен разрыв матки при дальнейшем развитии родовой деятельности, гибель плода.

Если же матка неплотно охватила плод, то возможен поворот плода на ножку и извлечение плода.

Если плод погиб, делают плодоразрушающую операцию.

Во всех случаях после рождения плода рекомендуется ручное отделение и выделение последа под наркозом.

Роды при разгибательных предлежаниях плода. К разгибательным предлежаниям головки относятся переднеголовное, лобное и лицевое предлежание. К этому могут привести узкий таз, многоводие, крупный плод и др. Чаще всего определяются разгибательные предлежания во время родов при влагалищном исследовании по положению швов и родничков. Если ведущей точкой является большой родничок, это переднеголовное предлежание. При пальпации лобного шва, надбровных дуг — лобное предлежание. При лицевом предлежании пальпируется подбородок у симфиза, определяются рот или нос плода, как ведущая точка.

Самопроизвольные роды возможны только при переднеголовном и переднем виде лицевого предлежания, а при лобном и заднем виде лицевого предлежания роды заканчиваются операцией кесарева сечения.

В запущенных, поздно диагностированных случаях роды могут закончиться разрывом матки, гибелью плода и самой роженицы.

В запущенных длительных родах прибегают к плодоразрушающей операции.

Роды при узком тазе. Различают анатомически узкий таз (если размеры таза меньше на 1,5 см и более) и клинически узкий таз (несоответствие размеров таза и плода).

Анатомически узкий таз делится на:

- 1) общеравномерносуженный таз (все размеры равномерно уменьшены);
- 2) простой плоский таз (один или несколько размеров прямых уменьшены — при нормальных поперечных и косых размерах);
- 3) плоскорихитический таз — уменьшен только прямой размер входа в малый таз;
- 4) поперечно-суженный таз — анатомически узкий таз, все поперечные размеры одинаково уменьшены.

Все эти тазы имеют определенную степень сужения, которая определяется при измерении наружных размеров таза формой ромба Михаэлиса, лучезапястным индексом Соловьева (в норме он в пределах 14 см).

Для измерения индекса Соловьева с помощью сантиметровой ленты измеряется окружность предплечья на уровне запястья. При размерах 14 см и меньше можно считать, что индекс Соловьева нормальный, что свидетельствует о физиологической толщине кости и нормальных размерах плода.

При слабой степени выраженности сужения таза (I и II степени сужения) роды возможны через естественные родовые пути, при сужении таза III и IV степени родоразрешают путем кесарева сечения. При узком тазе во время беременности и в родах может возникнуть ряд осложнений: преждевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности и другие осложнения.

Чтобы избежать осложнений во время родов, необходимо их проводить под строгим контролем врача, наблюдая за продвижением и состоянием плода, состоянием матки, характером родовой деятельности, своевременно решая вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

При склонности у беременной к развитию крупного плода и клинического несоответствия его с размерами таза нужно строго контролировать питание беременной и ее образ жизни, которые могут привести к крупному плоду.

При ведении беременности, родов у беременных с узким тазом необходимо особенно внимательно следить за сердцебиением плода. При преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод проводится профилактика гипоксии плода.

Ведение родов при узком тазе требует высокой квалификации медперсонала, хорошего ухода, чуткого отношения к роженице, благоприятного воздействия на ее психику, уверенности в благоприятном исходе.

Кровотечение в последовом периоде. Кровотечение в последовом периоде наблюдается при более плотном прикреплении плаценты к стенке матки.

Различают *плотное прикрепление* и *приращение* плаценты. Это бывает в тех случаях, когда внутренний слой матки (эндометрий) поврежден либо воспалительным процессом, либо в результате перенесенной операции. Иногда это объясняется патологическим расположением плаценты.

В этих случаях в III периоде родов наблюдают кровотечение при отсутствии признаков отделения последа. Кровотечение может быть умеренным или сразу приобретает профузный характер и приводит к патологической кровопотере (более 400 мл). При этом состоянии приступают к ручному отделению и выделению последа. Операция проводится под наркозом. Одновременно приступают к капельному внутривенному вливанию глюкозы или кристаллоидных растворов и введению средств, сокращающих матку.

Перед проведением ручного отделения последа медсестра обрабатывает наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер 5%-ным спиртовым раствором йода. Под наркозом врач вводит правую руку в матку между плацентой и стенкой матки и пилообразными движениями отделяет плаценту.левой рукой через переднюю брюшную стенку в области дна матки помогает отделению, а после удаления плацен-

ты делает наружный массаж матки, не вынимая внутренней руки из матки.

В случае если имеется полное приращение плаценты и удалить ее не удастся от стенки матки, проводят чревосечение и удаление матки на фоне инфузионно-трансфузионной терапии.

Перед вмешательством медсестра должна:

- 1) определить группу крови у донора и реципиента;
- 2) подготовить систему для внутривенного вливания;
- 3) заполнить систему кровезаменителем;
- 4) постоянно наблюдать за состоянием роженицы (окраска кожи и слизистых, пульс, АД);
- 5) по назначению врача вводить лекарственные препараты;
- 6) при проведении операции подготовить к операции по общепринятой методике.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Кровотечение, возникшее в первые 2 часа послеродового периода, называется кровотечением в раннем послеродовом периоде. Оно может быть обусловлено нарушением сократительной способности матки (гипотонией или атонией матки) или же нарушением свертывающей системы крови. К этому приводят различные заболевания матери (ССС, печени, инфекции, ЦНС и др.), анатомическая или функциональная неполноценность матки (миома матки, крупный плод, многоводие, пороки развития матки и т.д.).

Кровотечение в раннем послеродовом периоде может развиться:

- а) сразу же после рождения последа и иметь профузный характер;
- б) кровотечение имеет волнообразный характер; периоды усиления его чередуются с почти полной остановкой (по 100—200 мл) и это связано с периодичностью атонического состояния матки. Этот вариант встречается чаще и если своевременно не оказать помощь родильнице, то это может привести к резкой анемии и даже к гибели родильницы.

Оказание помощи при начавшемся гипотоническом кровотечении заключается в комплексе мероприятий, которые

надо проводить быстро и эффективно. После катетеризации мочевого пузыря производят наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку. Одновременно вводят препараты, сокращающие матку (0,02% — 1,0 метилэргометрина). В задний свод вводят тампон, смоченный эфиром, оттянув пулевыми щипцами шейку матки спереди.

Если кровопотеря достигла 350 мл и эффекта от консервативной терапии нет, приступают к ручному обследованию полости матки (под наркозом). При этом удаляются остатки плацентарной ткани, сгустки крови, проверяется целостность матки.

При отсутствии эффекта от принятых мер в течение 30 минут необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству — выскабливанию полости матки. Если же и это остается безрезультатным, проводится чревосечение — надвлагалищная ампутация матки.

Одновременно со всеми перечисленными мероприятиями ведется борьба с обескровливанием родильницы (инфузионно-трансфузионная терапия).

Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах направлена на борьбу с абортами, своевременную диагностику и лечение воспалительных заболеваний, подготовленность к проведению родов, рациональное ведение родов (введение спазмолитиков, сокращающих матку средств, сокращение послеродового периода до 30 минут и другие мероприятия, направленные на уменьшение кровопотери в родах).

Родовой травматизм матери

К родовому травматизму матери относят разрывы промежности, влагалища, шейки матки, тела матки. Реже повреждаются сочленение таза (лонное), мочевого пузыря и прямая кишка.

Наиболее частый вид травматизма — это разрывы промежности.

Разрывы промежности делят на 3 степени:

- ▶ разрыв *I степени* — травмирована задняя спайка, часть задней стенки влагалища и кожа промежности;
- ▶ разрыв *II степени* — нарушена кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности;
- ▶ разрыв *III степени* — кроме вышеназванных тканей поврежден наружный сфинктер прямой кишки, иногда — передняя стенка прямой кишки. Разрыв III степени — крайне тяжелое повреждение и рассматривается как результат неправильного принятия родов (неумелое оказание акушерского пособия).

Причиной разрыва промежности являются или анатомо-физиологические особенности родовых путей (высокая промежность, старая первородящая), или же к этому приводит неумелое принятие родов.

При ране промежности возникает кровотечение разной степени выраженности. Необходимо помнить, что рана является «входными воротами» для инфекции.

Неправильное ведение этой патологии (расхождение швов на промежности, вторичное заживление) приводит в последующие годы к зиянию половой щели, нарушению физиологической среды во влагалище, расстройству половой функции. Постепенно вследствие несостоятельности тазового дна развиваются опущение и выпадение матки из влагалища. При разрывах промежности III степени возникает недержание газов и кала, женщина становится нетрудоспособной, а жизнь ее — мучительной для себя и окружающих.

Каждый разрыв промежности должен быть диагностирован и ушит сразу же после родов. С этой целью в течение первых 2 часов после родов проводится осмотр родовых путей с помощью стерильных инструментов (зеркал, пинцетов, корнцангов, мягкого перевязочного материала).

Восстановление целостности промежности проводят под обезболиванием (местной анестезией или общим наркозом). На разрывы накладываются послойно отдельные кетгутовые швы, а на кожу — шелковые швы. Линия швов обрабатывается 5%-ным спиртовым йодным раствором.

Профилактика разрыва промежности — это своевременно проведенная *эпизиотомия* или *перинеотомия*. Об угрожающем разрыве промежности свидетельствует резкое натяжение тканей на промежности, ее побеление. Это наблюдается при крупном плоде, высокой промежности.

В этих случаях прибегают к перинеотомии и эпизиотомии. При перинеотомии ткань промежности после обработки ее 5%-ным спиртовым йодовым раствором с помощью стерильных ножниц на высоте потуги разрезается по направлению к анальному отверстию по всей ее толщине (под наркозом).

При эпизиотомии ткань разрезается в сторону бедра (можно делать двустороннюю эпизиотомию).

Показанием к перинео- и эпизиотомии также служит угрожающая внутриутробная асфиксия плода.

Перинеотомия и эпизиотомия предпочтительнее, чем естественный разрыв промежности, так как ткани при резаной ране лучше восстанавливаются и заживают, чем рваной.

Шейку матки также внимательно осматривают в зеркалах и при разрывах на них накладываются отдельные кетгутовые швы. Первый шов кладется на 1 см выше места разрыва.

Лечение разрывов влагалища заключается в ушивании их.

Частота разрыва матки очень низка (0,05% от общего числа родов). Однако эти разрывы являются довольно частой причиной материнской смертности.

Разрыв матки может произойти в родах, а также в послеродовом периоде, когда он чаще всего переходит с разрыва шейки матки на ее тело.

В родах разрыв матки чаще всего встречается при несоответствии размеров плода и таза роженицы, а также при поперечном положении плода. Развивается бурная родовая деятельность, нижний сегмент перерастянут и матка по форме напоминает песочные часы. Роженица ведет себя очень беспокойно, состояние плода ухудшается (гипоксия). Если медсестра фиксирует угрожающий разрыв матки, она немедленно должна вызвать врача и анестезиолога, операционную сестру.

При совершившемся разрыве матки состояние роженицы резко ухудшается, развивается шок: кожные покровы блед-

ные, холодный пот, нитевидный пульс, тошнота, рвота, АД низкое. Родовая деятельность прекращается, сердцебиение плода не выслушивается, форма матки меняется.

Медицинская сестра в этом случае немедленно вызывает врача, анестезиолога, операционную сестру.

Роженицу готовят к срочной операции.

Профилактика разрыва матки в правильном ведении родов.

Оперативное родоразрешение

Среди акушерских операций ведущее место принадлежит кесареву сечению. В последние годы отмечается расширение показаний к операции кесарева сечения в интересах плода. Различают относительные и абсолютные показания.

Абсолютными показаниями следует считать невозможность извлечения плода через естественные родовые пути и осложнения беременности и родов, при которых иной способ родоразрешения более опасен не только для жизни матери, но и для ее трудоспособности.

Относительными показаниями считают такие заболевания и акушерские ситуации, которые неблагоприятно сказываются, главным образом, на состоянии плода и при которых сомнительно получение живого и здорового ребенка при родоразрешении влагалищным путем.

Оправданным считается расширение показаний к оперативному родоразрешению, если при этом достигается снижение перинатальной смертности.

В ряде случаев, при осложненной беременности, угрожающей здоровью матери (тяжелые гестозы, заболевания почек, сердечно-сосудистые и другие заболевания, не поддающиеся терапии), а также плоду (сахарный диабет у матери, гипотрофия плода, перекашивание и т.д.), возникает необходимость искусственного вызывания родовой деятельности до предполагаемого срока родов или при доношенной (переносенной) беременности. Это так называемые *индуцированные роды*.

Операция искусственного прерывания беременности

Искусственный аборт. Это прерывание беременности сроком до 12 недель. Аборт, произведенный в условиях стационара, называется *искусственным*. Аборт, сделанный вне лечебного учреждения, является *криминальным* (незаконным).

Различают искусственные аборты ранние (до 12 недель) и поздние (13–27 недель). Для получения направления на операцию искусственного прерывания беременности женщина обращается к врачу женской консультации. Перед направлением женщины на аборт выполняют анализ крови на RW, СПИД, исследуют влагалищные мазки и у первобеременных резус-принадлежность крови. Другие исследования проводят при наличии показаний.



РАБОТА ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Частью родильного блока является *операционное отделение*. В состав операционного отделения входят: большая и малая операционные, предоперационная, помещения для хранения крови, кровезаменителей, переносной аппаратуры, материальная комната.

В *большой операционной* производятся полостные операции (кесарево сечение, надвлагалищная ампутация матки и др.). Оборудование большой операционной такое же, как во всех современных операционных хирургических отделениях.

В *малой операционной* производят малые операции, необходимые в родах и раннем послеродовом периоде (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, ручное отделение последа, ручной контроль полости матки, ушивание разрывов шейки матки, влагалища и промежности, ушивание мягких тканей после перинеотомии и эпизиотомии).

В малой операционной переливают кровь и кровезаменители.

В предоперационной комнате хирург и операционная медсестра готовятся к операции (моют руки, обрабатывают их, надевают халат, шапочки, маски, перчатки).

В материальной комнате производится подготовка для стерилизации операционного материала (шарики, тампоны, салфетки, тупсфера, шовный материал — кетгут и шелк).

Отдельно, в запасных помещениях хранят в специально отведенных холодильниках донорскую кровь всех групп, кровезаменители, а также переносную аппаратуру.

В операционном блоке, согласно графику, санитарками проводятся текущая и генеральная уборка и дезинфекция, после чего на 2—3 часа включается бактерицидная лампа и помещение проветривается.

Соблюдение асептики и антисептики в родильном блоке приобретает особенно важное значение, так как с ними связан исход всех операций.

Обязанности операционной сестры

Обязанности операционной медицинской сестры регламентируются специальным положением и требуют от нее глубоких знаний и профессиональных навыков в области хирургии, акушерства и гинекологии.

Операционная сестра готовит к стерилизации и операции инструменты, перевязочный материал, операционное белье, шовный материал. Маркировка комплектов белья и перевязочного материала, инструментов проводится с помощью клеенчатых бирок, привязываемых к биксам с бельевым и перевязочным материалом. Сестра следит за стерильностью материала. Она также осуществляет контроль за состоянием помещения операционного блока, твердого инвентаря, обработкой рук хирурга перед операцией.

Данные бактериологического исследования регистрируются в специальном журнале.

Операционная сестра следит за систематичностью и правильностью записей в операционном журнале. Она должна знать устройство и правила пользования операционным столом, светильниками, правилами безопасности, своевременно проводить облучение операционной бактерицидными лампами.

Операционная сестра принимает участие в проведении инфузионной терапии (определение группы крови, подготовка и заполнение системы, проба на совместимость, биологическая проба). Она наблюдает за состоянием женщины после гематрансфузии (общее состояние, температура, диурез, АД).

Так как большинство акушерских операций проводится в экстренном порядке, операционная сестра контролирует и обеспечивает полную готовность операционных (большой и малой) к оказанию неотложной хирургической помощи.

Во время операции операционная сестра помогает хирургу, подавая своевременно необходимые инструменты и оказывая посильную помощь по ходу операции.

Подготовка к акушерским операциям

Акушерские операции могут выполняться как во время беременности, так и в процессе родов или раннем послеродовом периоде.

Учитывая, что большинство этих операций проводится в экстренном порядке, не всегда представляется возможным подготовить женщину к операции заблаговременно.

Подготовка к влагалищной операции

Надо уметь подготовить женщину к влагалищной операции.

Оснащение:
 кровать
 Рахманова или
 операционный
 стол,
 стерильное белье
 и перевязочный
 материал,
 5%-ный йод или
 1%-ный йодонат,
 корнцанги,
 эмалированный
 таз, катетер,
 мыло,
 теплая вода,
 дезраствор, стол
 для наркоза,
 детский столик
 со всем необходи-
 мым для оживле-
 ния ребенка,
 рожденного
 в асфиксии.

Методика выполнения:

Если операция не в срочном порядке:

1. Поставить очистительную клизму.
2. При наличии волосяного покрова на лобке — сбрить волосы.
3. Нижнюю часть живота до пупка, область лобка, внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы, промежность с помощью ватного тампона на корнцанге обмыть теплой водой с мылом.
4. Обработать дезинфицирующим раствором.
5. Высушить сухими тампонами.
6. Спустить мочу мягким катетером.

В случае проведения экстренной операции все эти мероприятия проводятся в необходимом объеме, быстро:

7. Уложить женщину на операционный стол или кровать Рахманова, задвинуть ножной конец.
8. Закрепить ноги к ногодержателям.
9. Надеть на женщину стерильную рубашку и бахилы.
10. Обработать лобок, наружные половые органы, внутреннюю поверхность бе-

дер, промежность, анальную область 5%-ным раствором йода или 1%-ным раствором йодоната.

11. Закрывать анальное отверстие пленкой или клеевой повязкой.
12. Под ягодицы положить стерильную пленку.
13. Живот и бедра также закрыть стерильным бельем.
14. К ножному концу поставить таз. Операционная сестра готовит стерильный стол с инструментами, перевязочным материалом, шприцами и иглами.

Сестра-анестезист готовит столик со всем необходимым для наркоза. Одновременно накрывается детский столик.

Подготовка женщины к полостной акушерской операции осуществляется так же, как и подготовка к любой брюшно-стеночной операции (см. выше).

Перечень набора инструментов для различных манипуляций в акушерстве (рис. 42).

Набор инструментов для осмотра шейки матки:

1. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками (2).
2. Корнцанги (2).
3. Длинные пинцеты (2).
4. Окончатые зажимы или пулевые щипцы (2-3).
5. Зажимы Кохера (2).
6. Длинный иглодержатель (1).
7. Круто изогнутые иглы (2-3).
8. Ножницы (1).
9. Кетгут, шелк, стерильные салфетки, шарики.

Набор инструментов для операции зашивания разрывов вульвы, влагалища, промежности:

1. Иглодержатели (2).
2. Иглы разного калибра и крутизны (4-5).
3. Пинцеты хирургические (2).

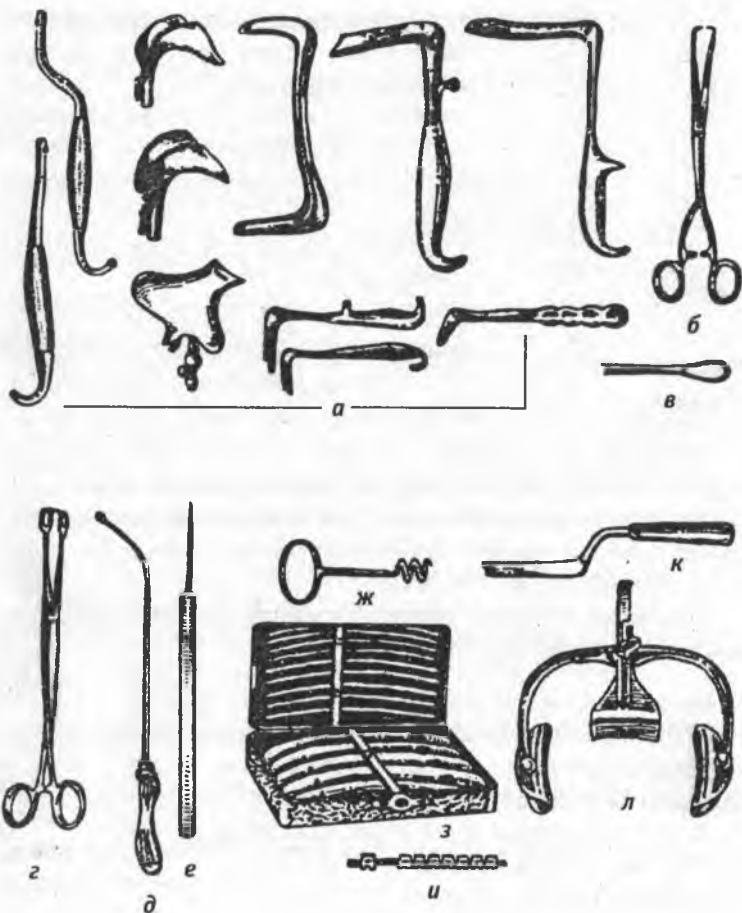


Рис. 42. Набор акушерских инструментов:

- а — различные влагалищные зеркала и подъемники;
 б — пулевые щипцы; в — верхний конец кюретки;
 г — щипцы двузубые, острые; д — маточный зонд;
 е — зонд с насечками (Пфейфера); ж — штопор;
 з — набор расширителей Гегара;
 и — металлические скобки (серфины Мишеля);
 к — шпатель (в форме штыка) для брюшных операций;
 л — трехстворчатое зеркало-расширитель для брюшной раны

4. Пинцеты анатомические (2).
5. Ножницы (2).
6. Кровоостанавливающие зажимы (5–6).
7. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками.
8. Шприцы 1, 2, 10 и 20-граммовые с несколькими иглами различной длины.
9. Кетгут, шелк, шарики, салфетки, пеленки.

Набор инструментов для операции наложения акушерских щипцов:

1. Акушерские щипцы (1).
2. Корнцанги (2).
3. Тупоконечные ножницы (1).
4. Обычные ножницы (1).
5. Зажимы (2).
6. Одновременно готовятся наборы для осмотра шейки матки и влагалища и для ушивания мягких тканей вульвы, промежности и влагалища.

Набор инструментов для операции вакуум-экстракции плода:

1. Вакуум-экстрактор (1) с чашечками различных размеров.
2. Корнцанги (2).
3. Тупоконечные ножницы (1).
4. Остроконечные ножницы (1).
5. Зажимы (2).
6. Одновременно готовятся наборы для ревизии родовых путей и ушивания мягких тканей.

Набор инструментов для плодоразрушающей операции:

1. Перфоратор Феноменова или Бло (1).
2. Широкие влагалищные зеркала с подъемниками (2).
3. Щипцы пулевые (2).
4. Щипцы Мюзе (2).
5. Ложечка для разрушения мозга (1).
6. Костные щипцы (1).
7. Краниокласт (1).
8. Ножницы для рассечения ключицы (1).
9. Зажимы (2).

10. Ножницы для пересечения пуповины (1).
11. Корнцанги (2).
12. Пинцеты хирургический (2) и анатомический (2).
13. Одновременно готовятся наборы для ревизии родовых путей и ушивания мягких тканей.

Набор инструментов для операции кесарева сечения:

1. Скальпели (2-3).
2. Анатомические пинцеты (2).
3. Хирургические пинцеты (2).
4. Корнцанги (5-6).
5. Ножницы непрямые (2).
6. Ножницы изогнутые (2).
7. Крючки тупые Фарабефа (2).
8. Зеркала брюшные (3).
9. Кровоостанавливающие зажимы (10-12).
10. Зажимы Микулича (8-10).
11. Зажимы Бильрота (20).
12. Щипцы пулевые (2).
13. Двухзубые щипцы Мюзе (2).
14. Кюретки большие (1-2).
15. Окончатые зажимы (2).
16. Иглодержатели (4).
17. Иглы хирургические разных размеров (7-8).
18. Лопатка Ревердена (1).
19. Зажимы бельевые (6).
20. Катетер металлический (2).
21. Шприцы с иглами от 1 до 20 мл (5-6).
22. Стерильное белье, салфетки, шарики, тупсфера различных размеров.
23. Шовный материал (кетгут, шелк, лавсан).

Во время проведения операции операционная сестра ведет строгий контроль за количеством использованных инструментов, салфеток, шариков во избежание возможности их оставления в операционной ране.

Уход за послеоперационными больными

Учитывая, что любое вмешательство (малая или большая акушерская операция) создает дополнительную возможность для проникновения инфекции в родовые пути послеоперационной больной, особое значение придается уходу за этими женщинами в послеоперационном периоде. Развитию инфекции также способствует кровопотеря. Если женщина потеряла ребенка во время родов или операции (плодоразрушающие операции и др.), это создает дополнительно психологическую травму.

Поэтому полноценный уход за такими женщинами не только облегчает течение послеоперационного периода, но и обеспечивает в дальнейшем благоприятный исход операции и создает возможность дальнейшей благополучной судьбы женщины, нормальной репродуктивной ее функции.

Оперированным родильницам необходимо обеспечить лечебно-охранительный режим, полноценный сон, рациональное питание в соответствии с характером перенесенной операции и особенностями ее.

Так, если женщина в родах потеряла ребенка, ей необходимо находиться в отдельной палате (где не кормят детей). Ей назначают транквилизаторы (триоксазин, мепробомат, нозепам и др.).

Обязательно строго соблюдать асептику и антисептику при катетеризации, инъекциях, перевязках.

В послеоперационном периоде нужно строго следить за температурой, пульсом, их соответствием друг другу, артериальным давлением. Необходимо регулировать функцию молочных желез, осуществляя за ними тщательный уход (своевременное предупреждение развития трещин сосков), тщательно следят за физиологическими отправлениями (мочеиспусканием, дефекацией).

При выписке из стационара женщине дается справка о характере осложнений в родах, послеродовом периоде и рекомендации.

После выписки из роддома такую родильницу систематически посещают на дому медицинская сестра и врач. Медсестра выполняет на дому все назначения врача.

Женщины, перенесшие патологические роды и акушерские операции, подлежат систематическому обследованию акушером-гинекологом, а при необходимости — и другими специалистами. Они должны пройти курс реабилитации в зависимости от вида перенесенной патологии, так как репродуктивный возраст предъявляет особые требования к женскому организму.



Гинекология изучает физиологию женской половой системы, процессы возникновения, диагностики, течения, лечения и профилактики заболеваний женской половой сферы.

Учитывая тесную взаимосвязь половой функции с другими функциями организма женщины, гинекология тесно связана с другими медицинскими дисциплинами, так как изменения в женской половой сфере нередко приводят к возникновению других заболеваний и, в свою очередь, экстрагенитальные заболевания нарушают не только репродуктивную функцию, но и вызывают ряд патологических изменений в женских половых органах.

Поэтому необходимо знать причины возникновения тех или иных заболеваний и изменений в женской половой сфере и методы их устранения. Для этого изучают методы исследования гинекологических больных, течение заболеваний, основные направления их терапии, а также предупреждения их возникновения.

Общие методы исследования

Сбор анамнеза. Сбор анамнеза начинают с выяснения жалоб больной, сведений об условиях труда, могущих влиять на состояние здоровья, о перенесенных заболеваниях, о развитии данного заболевания, методах его лечения и эффективности этого лечения.

Из жалоб больного особое внимание уделяется наличию болей, белей, кровотечения, бесплодия, а также изменению функций соседних органов (мочевого пузыря и прямой кишки).

Частой причиной болей являются различные механические раздражения тканей, спастические сокращения, сдавление нервных окончаний какими-либо новообразованиями или инфильтратами. Обязательно нужно уточнить характер,

интенсивность и локализацию болей, их иррадиацию (распространение).

По характеру боли могут быть схваткообразные, колющие, ноющие, режущие, стреляющие, тянущие.

Интенсивность болевых ощущений может быть различной, как и продолжительность их.

Локализация болей может быть в низу живота, в левой или правой подвздошной области, крестце или в области наружных половых органов. Боли могут быть «разлитыми» по всему животу.

Чаще всего иррадиация болей при заболеваниях женской половой сферы бывает в крестец, поясницу, бедро, подключичную область.

Наследственность позволяет получить данные о семейных заболеваниях, а, следовательно, о предрасположенности к ним. Нужно обращать особенное внимание на эндокринные (сахарный диабет!), психические заболевания, болезни крови, новообразования, алкоголизм, наркозависимость. Больной необходимо объяснить, что отягощенная наследственность при определенных условиях может усугубить состояние.

Немаловажное влияние на развитие болезни имеют *бытовые условия*. Они оказывают воздействие на формирование женского организма, менструальную и детородную функции. Чрезмерно тяжелые физические и психические нагрузки, наличие вредных факторов (химическая, радиоактивная вредность, вибрация, температурные факторы и пр.) могут привести к ухудшению течения заболевания.

Перенесенные заболевания в детском возрасте и периоде полового созревания влияют на становление менструальной функции, приводят к задержке физического и полового развития, к бесплодию. Перенесенная ранее операция, особенно на органах брюшной полости, может в дальнейшем привести к возникновению спаечного процесса в брюшной полости, воспалению придатков матки, внематочной беременности и другой патологии.

Тщательно выясняется у больной наличие аллергических заболеваний и состояний, а также сведения о перенесенных гемотрансфузиях и возможных осложнениях после них.

Особенно тщательно собирается анамнез по *менструальной функции* женщины. О своевременном становлении менструальной функции свидетельствует возраст наступления менархе (первой менструации). Для разных географических поясов этот возраст различен. Так, для южного региона он составляет 12–13 лет, но не позднее 17 лет для северного региона. Регулярными месячные становятся через 5–6 месяцев, и если этот период затягивается, это свидетельствует о нарушении становления менструальной функции.

Менструальная функция характеризуется регулярностью, продолжительностью, количеством теряемой при этом крови и болезненностью.

Обычно менструации приходят через 21–35 дней, наиболее часто встречающимся является 28-дневный менструальный цикл. **Менструальным циклом** называется продолжительность времени от 1-го дня одной менструации до 1-го дня последующей менструации.

Менструации продолжаются от 3 до 7 дней и в норме сопровождаются легкими болевыми ощущениями в низу живота и в области крестца (эти боли не ухудшают общего состояния женщины).

Количество теряемой крови за дни менструации не должно превышать 150–200 мл. Необходимо выяснить, оставался ли тип менструального цикла в течение жизни постоянным или изменялся после начала половой жизни, родов, абортов, заболеваний.

Следует выяснить, не сопровождается ли менструация нагрубанием молочных желез, их болезненностью, выделениями из сосков.

Если менструальный цикл менял свой характер, нужно уточнить формы этих изменений.

У больной в период менопаузы необходимо выяснить возраст, в котором месячные прекратились, как протекал переходный период, не было ли кровотечений. Обычно возраст наступления менопаузы — 45–50 лет.

В конце проведенного опроса уточняется дата последней менструации.

Секреторная функция. При нормальном состоянии половой системы количество выделений из половых путей незначительно, они не имеют неприятного запаха, прозрачны, не раздражают окружающие ткани. Иногда бели приобретают обильный характер, неприятный запах, появляется зуд в области наружных половых органов; они могут иметь гнилостный вид.

Появление белей свидетельствует о наличии воспалительного процесса в наружных или внутренних половых органах.

Половая функция определяется временем наступления первой беременности после начала регулярной половой жизни без применения контрацептивов. Если при этих условиях беременность не наступает в течение 1 года, говорят о первичном бесплодии.

Детородная функция. При опросе необходимо выяснить, сколько у больной было беременностей и из них родов, абортов, самоабортов, внематочных беременностей.

Немаловажно уточнить, были ли роды срочными, преждевременными или запоздалыми и как они протекали.

Если беременность закончилась абортом или самоабортом, нужно уточнить, как протекали эти процессы, было ли выскабливание полости матки, не осложнилось ли оно воспалительным процессом (температура, кровотечение и пр.).

Разрыв в беременности более одного года без применения контрацептивов свидетельствует о вторичном бесплодии.

О состоянии мочевого пузыря, прямой кишки и других органов, расположенных по соседству с половыми органами, судят по их функции. Иногда это могут быть и самостоятельные заболевания этих органов, и тогда для уточнения существуют специальные методы исследования этих органов.

При сборе анамнеза следует особое внимание уделить перенесенным ранее *гинекологическим заболеваниям*, их характеру, течению, методам лечения и их эффективности.

Опрашивая больную о *данном гинекологическом заболевании*, необходимо уточнить время его возникновения, причины (перенесенное вмешательство, переохлаждение, опе-

рация и т.д.), характер развития, применяемые ранее методики диагностики, лечения и эффект от них.

Тщательно собранный анамнез уже до объективного обследования дает возможность получить представление о характере заболевания, а зачастую позволяет поставить предположительный диагноз. Однако окончательный диагноз может быть установлен только после объективного исследования больной и результатов полученных анализов.

Методы объективного исследования

Общее объективное исследование начинают с общего осмотра, обращая внимание на цвет кожи и слизистых, наличие отеков, новообразований, избыточный вес, оволосение в нетипичных местах, состояние молочных желез и патологические процессы в них (выделения из сосков, уплотнения и пр.).

Ощупываются доступные лимфатические узлы (паховые, подмышечные).

Пальпируется живот, при этом обращают внимание на его форму, наличие рубцов, послеоперационных швов, состояние брюшной стенки.

Гинекологическое исследование — это исследования половой системы женщины. Они включают в себя *основные* методы, применяемые в обязательном порядке, и *дополнительные*, которые применяются по показаниям, для уточнения диагноза.

К *основным методам исследования* относятся:

1. Осмотр наружных половых органов.
2. Осмотр при помощи зеркал.
3. Влагалищное исследование.

Осмотр наружных половых органов проводится после опорожнения мочевого пузыря и, желательнее, после дефекации в положении больной на гинекологическом кресле на спине с полусогнутыми в коленях и тазобедренных суставах ногами.

При осмотре обращают внимание на характер и степень оволосения на лобке и животе, развитие малых и больших половых губ.

При осмотре устанавливают тип роста волос (по женскому, мужскому или интерсексуальному типу), а также степень развития наружных половых органов (гипоплазия половых органов, зияние половой щели), наличие патологических процессов (гиперемия, отечность, новообразования, состояние вульвы, наличие девственной плевы, белей). Наличие или отсутствие этих изменений могут способствовать постановке диагноза.

Методика внутреннего исследования и взятия мазков

Необходимо уметь: провести исследование с помощью зеркала и двуручное исследование, оценив при этом (рис. 43):

- состояние влагалища (емкость, длину, растяжимость, характер слизистой оболочки и выделений);
- состояние влагалищной части шейки матки (длина, наличие повреждений на ней);
- состояние тела матки, ее форма, величина, консистенция, болезненность, подвижность;
- состояние придатков матки (величина, форма, консистенция, подвижность);
- состояние таза (наличие экзостозов, мыс, седалищные ости, крестцовая впадина);
- взять мазки на степень чистоты влагалища и оформить направление в лабораторию.

Оснащение:

Методика выполнения:

- | | |
|--|---|
| <p>кресло,
перчатки,
дезраствор,
зеркало Куско,
анатомический
пинцет,
предметное
стекло,
направление
в лабораторию,
шарики, ложечка
Фолькмана.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить больной цель и значение влагалищного исследования. 2. Сообщить о необходимости опорожнения мочевого пузыря. 3. Уложить больную на гинекологическое кресло в положение «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены. 4. Объяснить, что во время исследования дыхание должно быть свободным. 5. Подготовить к осмотру наружные половые органы, смазав их и внутреннюю поверхность бедер дезраствором. 6. Вымыть руки и надеть перчатки. |
|--|---|

7. I и II пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.
8. Правой рукой ввести во влагалище зеркало Куско вначале в продольном направлении, затем перевести его в поперечное положение и затем раскрыть, не дойдя до шейки матки.
9. Продвинуть в раскрытом виде зеркало к сводам так, чтобы видна была шейка матки, и закрепить его.
10. Осмотреть шейку матки.
11. При необходимости ввести во влагалище анатомический пинцет или ложечку и взять, осторожно прикасаясь к верхнебоковой стенке влагалища, мазок.
12. Нанести мазок на предметное стекло, осторожно, тонким слоем, не раздавливая.
13. Если во влагалище имеются обильные бели, для лучшей видимости протереть шариком на пинцете или корнцанге шейку матки.
14. Удалить зеркало из влагалища, постепенно закрывая его.
15. Поместить зеркало в 3%-ный раствор хлорамин на 1 час.
16. Продолжая разводить с помощью левой руки вход во влагалище, правой рукой (средним и указательным пальцами) войти во влагалище (большой палец обращен к лонному сочленению), а безымянный и мизинец прижаты к ладони, тыльная сторона руки упирается в промежность.
17. Введенными во влагалище пальцами правой руки исследовать состояние влагалища, сводов, а затем, подведя их под матку, исследовать матку с помощью надавливания левой руки, находящейся на животе (пальцы левой и правой руки

- должны быть обращены навстречу друг другу).
18. Обследовав матку (величину, плотность, подвижность и наличие болезненности), пальцы рук переводятся от углов матки к боковым поверхностям таза (исследуются яичники и маточные трубы, величина, форма, болезненность, подвижность).
 19. Пропальпировать с помощью правой (внутренней) руки внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзастазов).

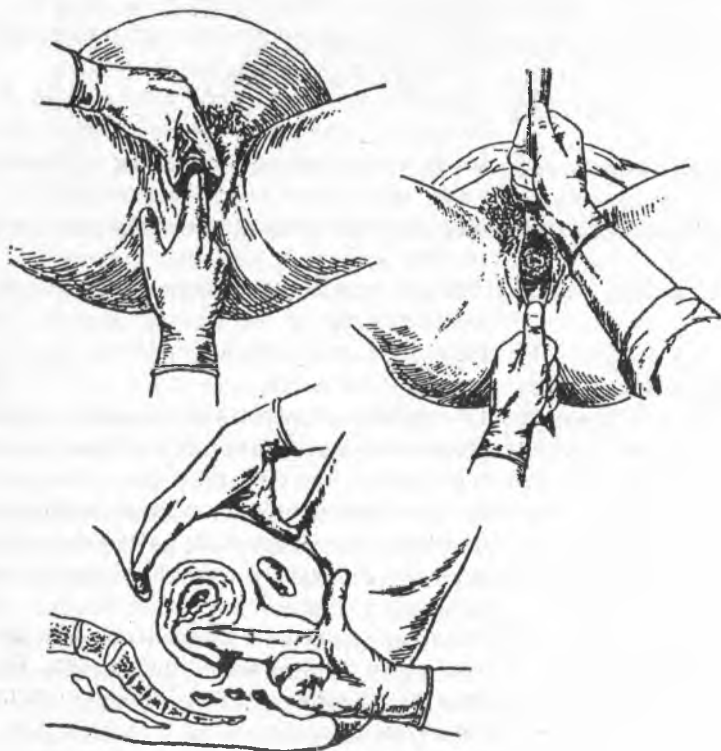


Рис. 43. Методика внутреннего исследования

20. Извлекая правую руку из влагалища, внимательно ее осмотреть на наличие имеющихся выделений и их характер (количество, цвет, запах, наличие кровянистых выделений).
21. Снять перчатки, вымыть руки.
22. Оформить направление в лабораторию на мазок по форме:

**Направление
в бактериологическую лабораторию**

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст.

3. Диагноз.

4. Дата взятия мазка.

Цель: мазок на степень чистоты

Трактовка бактериоскопического исследования степеней чистоты влагалища:

- ▶ I степень чистоты — в мазке определяются плоский эпителий и влагалищные палочки, реакция кислая;
- ▶ II степень чистоты — влагалищных палочек мало, эпителиальные клетки, единичные кокки, лейкоциты, реакция кислая;
- ▶ III степень чистоты — влагалищные палочки или отсутствуют, или единичные, преимущественно другие виды бактерий, очень много лейкоцитов, реакция слабо-щелочная;
- ▶ IV степень чистоты — влагалищных палочек нет, много патогенных микробов (трихомонады, хламидии, гонококки и др.), очень много лейкоцитов, реакция щелочная.

При I и II степенях чистоты влагалища (нормальная флора) разрешаются внутриматочные вмешательства, при III и IV степенях они противопоказаны, и необходимо вначале провести санацию влагалища.

Если по каким-либо причинам провести влагалищное исследование не удастся (у девушек), то исследование про-

водится ректально (через прямую кишку) или ректовагинально, если это позволяют условия (нарушена девственная плева). Предварительно необходимо поставить очистительную клизму.

Дополнительные методы исследования

С целью уточнения диагноза приходится прибегать к дополнительным методам исследования.

Цитологическое исследование. С целью выявления атипических клеток с поверхности шейки матки путем взятия отпечатков берут мазок. Для этого к шейке матки прикладывается пинцетом предметное стекло.

Из цервикального канала материал берется ложечкой Фолькмана или пинцетом и наносится тонким слоем на предметное стекло (не раздавливая клеток). Стекло высушивают и смотрят под микроскопом.

Кольпоскопия. С помощью кольпоскопии также можно выявить ранние формы рака, установить характер клеток при эрозивном повреждении шейки матки, обнаружить патологические изменения во влагалище. Для этого пользуются кольпоскопом, введенным во влагалище (рис. 44).

Кольпоскопы различны по своей конструкции и дают увеличение во много раз (от 10 до 30).

Зондирование матки.

С целью определения длины матки и наличия изменений в ее полости в матку вводят маточный зонд. Он вводится в асептических

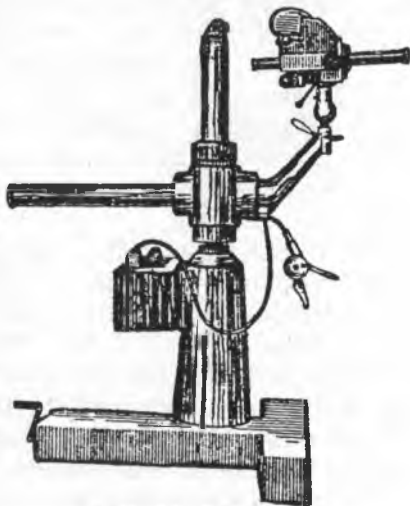


Рис. 44. Кольпоскоп

условиях, после обработки наружных половых органов, промежности и внутренней поверхности бедер и введения зеркала во влагалище. После этого влагалище и шейка матки обрабатываются спиртом и йодом и в полость матки вводится зонд.

Цитологические исследования. Чтобы выявить отклонения в работе яичников, проводятся исследования по тестам функциональной диагностики. К ним относятся:

- 1) измерение ректальной (базальной) температуры;
- 2) симптом «зрачка»;
- 3) симптом «папоротника»;
- 4) цитология влагалищного мазка;
- 5) биопсия эндометрия;
- 6) исследование половых гормонов в плазме, крови или моче;
- 7) гормональные пробы.

Ректальную температуру измеряют в прямой кишке утром, в полном покое, после сна. При нормальном овуляторном цикле она имеет двухфазный характер: в фолликулиновой фазе температура колеблется в пределах между 36 и 37 °С. Накануне овуляции температура несколько снижается, а затем вновь повышается и колеблется в пределах между 37–38 °С, снижаясь вновь перед следующими месячными.

При отсутствии овуляции температурная кривая будет монотонная, однофазная.

Симптом «зрачка» определяют по наличию слизи, продуцируемой шейечным каналом. Наружное отверстие канала на протяжении цикла постепенно расширяется и количество слизи в нем увеличивается. Наибольшее количество слизи скапливается в цервикальном канале в овуляцию и напоминает зрачок. Затем количество слизи вновь уменьшается и к концу лютеиновой фазы наружное отверстие цервикального канала спадается и становится сухим. При отсутствии овуляции симптом «зрачка» или плохо выражен, или отсутствует совсем.

Симптом арборизации («папоротника»). Из цервикального канала на протяжении менструального цикла 1 раз в 3 дня берут слизь с помощью пинцета, наносят ее (не раздавливая)

на предметное стекло, добавляют каплю изотонического раствора и высушивают.

При рассмотрении под микроскопом слизь постепенно, по мере приближения к овуляции, приобретает выраженный рисунок разбросанных листов папоротника. Наиболее всего этот рисунок выражен в овуляцию, а затем он постепенно стирается и накануне очередной менструации исчезает. При отсутствии овуляции этой закономерности не наблюдается.

Для изучения *цитологии* из верхней трети влагалища (из свода) с помощью пинцета или ложечки берут мазок. Наносят тонким слоем на предметное стекло, высушивают, фиксируют спиртом и эфиром и окрашивают.

Под влиянием половых гормонов в эпителии происходят изменения. Так, под действием эстрогенов клетки ороговевают тем больше, чем больше эстрогенов, а при малом их количестве клетки слущиваются. По соотношению этих клеток различают четыре типа (реакции) влагалищного мазка: I, II, III и IV.

При нормальном менструальном цикле, в зависимости от фазы цикла, различают III и IV типы, которые постепенно заменяют друг друга и свидетельствуют о том, что в фолликулиновую фазу преобладают эстрогены, в овуляцию это и эстрогены, и прогестерон, а в лютеиновую фазу — прогестерон. При нарушении двухфазности цикла этой зависимости нет.

Гистологическое исследование эндометрия (соскоб берется в конце II фазы) позволяет судить о готовности эндометрия к отторжению (к менструации) и о насыщенности организма гормонами.

О *гормональном уровне* можно судить по исследованию количества гормонов и их характеру в плазме крови и в суточной моче. При этом в этих субстратах можно определить и гормоны гипоталамуса, гипофиза, коры надпочечников.

Биопсия. Гистологическое исследование тканей позволяет судить об их строении, своевременно выявить патологический процесс, развивающийся в шейке матки, влагалище, наружных половых органах, в матке.

С этой целью из подозреваемой поверхности с помощью биотома берется кусочек ткани. Это же можно сделать с по-

мощью аспирации шприцем или выскабливая полость матки. Взятый кусочек ткани помещают в 40%-ный раствор формалина или 96%-ный спирт и направляют в лабораторию, где ткань после специальной обработки (замораживание, тонкие срезы и пр.) исследуют под микроскопом.

Рентгенологические методы. С целью исследования проходимости маточных труб применяют метод гистеросальпингографии. Для этого, после специальной подготовки, в полость матки шприцем вводится 2–5 мл контрастного вещества (раствор может быть масляным и водным). На шейку матки надеваются пулевые щипцы и делают рентгеновские снимки (сразу же после введения контраста, через 20 минут, через сутки).

При хорошей проходимости маточных труб на моментальном снимке видны контуры матки и маточных труб, через 20 минут контраст выходит в брюшную полость через ампулярные отделы маточной трубы, а через сутки он равномерно «размазывается» по брюшной полости. При непроходимых маточных трубах контраст позволяет судить о месте непроходимости или о наличии спаечного процесса.

С целью получения более четкого рисунка и определения спаечного процесса применяется *пельвиография*, когда перед введением контраста в полость матки в брюшную полость вводят углекислый газ или кислород (перед этим необходимо освободить мочевого пузырь). На фоне газа (пневмоперитонеум) очень четко видно контрастное вещество, которое может заполнять трубы или же быть ограничено наличием спаечного процесса в брюшной полости.

С целью проверки проходимости маточных труб существует и более простой по своему осуществлению метод *пертурбации*. С этой целью в полость матки под давлением с помощью аппарата Рива-Роччи нагнетается воздух (не выше 160 мм рт. ст.). При проходимости труб воздух выходит в свободную брюшную полость, что можно прослушать с помощью стетоскопа через переднюю брюшную стенку. Недостатком метода считается невозможность определить локализацию непроходимости маточной трубы.

Эндоскопические методы. С помощью эндоскопических методов можно осмотреть исследуемый участок. Для этого применяется аппаратура с оптической системой и освещением.

Гистероскопия позволяет обнаружить на слизистой матки патологические изменения в виде опухоли, спаек и т.д. Гистероскоп вводится в матку через шейку матки.

Лапароскопия производится путем прокола передней брюшной стенки и осмотра органов с помощью лапароскопа. Таким образом можно провести дифференциальную диагностику опухолей матки, придатков и других внутренних органов.

Если лапароскопия невозможна (ожирение и др.) проводят *кульдоскопию*. Кульдоскоп вводится через влагалище, в задний свод. Кульдоскопия преследует те же цели, что и лапароскопия.

Все эти операции проводятся под обезболиванием. Так же, как кульдоскопия, проводится *пункция брюшной полости* через задний свод. Эту процедуру применяют при подозрении на внематочную беременность, а также при острых воспалительных заболеваниях придатков матки, парометрия с целью обнаружения крови, гнойного или серозного содержимого и введения лекарственных препаратов в брюшную полость.

С целью диагностики, а иногда и для лечения применяется метод *гидратубации*. Этот метод предусматривает введение лекарственных веществ в полость матки и через нее — в маточные трубы. Так, для лечения непроходимости или частичной проходимости маточных труб в полость матки и маточные трубы шприцем вводится лекарственная смесь: лидаз, гидрокортизон, антибиотики на физиологическом растворе. Процедуры проводятся через день в межменструальном промежутке.

Компьютерная томография помогает получить с помощью рентгеновского излучателя изображение исследуемой области и дает представление об исследуемом органе путем исследования тонких продольных срезов. Основным преимуществом компьютерной томографии является то, что полученные срезы не накладываются друг на друга, изображение

дает возможность получить информацию о плотности определенного слоя, что позволяет судить о характере поражения и, следовательно, о виде патологии.

Радионуклидное исследование эндометрия дает ориентировочное представление о степени пролиферативного процесса в эндометрии и локализации патологического процесса при его очаговом характере. Проводится методика при помощи введения в организм изотопа фосфора, который накапливается в активно делящихся клетках тканей опухоли, особенно злокачественных.

Медико-генетические исследования позволяют выявить патологию на генном уровне и заранее прогнозировать возможность той или иной врожденной патологии.

УЗИ (ультразвуковая диагностика) на данном этапе развития медицины является одним из ведущих методов исследования в гинекологии благодаря высокой эффективности, безвредности и относительной простоте проведения. Метод основан на том, что разные ткани имеют различную эхоплотность и поэтому по-разному поглощают и отражают ультразвуковые волны. При патологическом процессе меняются толщина ткани, ее консистенция и структура. Проводить методику можно трансабдоминально (через переднюю брюшную стенку) и трансвагинально (через влагалище). С помощью этой методики диагностируются различные патологические процессы, имеющиеся в организме больной.

Диагностическое выскабливание полости матки. Показанием к диагностическому выскабливанию полости матки чаще всего являются ациклические кровотечения, связанные с различными причинами (нарушение менструального цикла, рак, полипоз, прервавшаяся беременность и т.д.). Для этого после предварительной подготовки (обработка половых органов), введения зеркал, обработки влагалища и шейки матки последняя фиксируется с помощью пулевых щипцов. Кюреткой небольшого размера выскабливается полость матки, соскоб во флаконе со спиртом или формалином направляется на гистологическое исследование с сопровождающим направлением, на котором указаны фамилия, имя, отчество, возраст больной, диагноз и место, откуда взят материал.

Медицинская сестра обязана знать ход всех перечисленных процедур и подготовить необходимые инструменты, материал для проводимого исследования, уложить больную на кресло, обработать половые органы, накрыть стерильный столик и проассистировать врачу при проведении процедуры по дополнительному обследованию больной. После этого медсестра оформляет направление в лабораторию, записывает в журнал процедуру, замачивает инструменты в дезрастворе, а затем стерилизует их.

При любом осложнении во время проведения процедуры медицинская сестра должна уметь оказать неотложную помощь и выполнять любое распоряжение врача.



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место и составляют 60–70% гинекологических больных, которые обращаются в женские консультации. Чаще всего это неспецифические воспалительные процессы, причиной которых, в основном, являются стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, вирусы, а также различные микробные ассоциации. Иногда воспалительный процесс связан с внедрением гриба молочницы, лучистого гриба и других возбудителей. Чаще всего в очагах воспаления инфекция бывает смешанной.

Диагностика осуществляется с помощью бактериологического исследования влагалищных мазков, посева гноя, полученного путем пункции или вскрытия гнойных образований.

Воспалительные заболевания не только влияют на общее состояние больной и снижают трудоспособность, но и вызывают бесплодие, нарушения менструальной функции, могут даже привести к летальному исходу.

Различные заболевания женщины со стороны внутренних органов, переохлаждение, снижение иммунитета, перегрузки организма могут осложнить течение воспалительных заболеваний женских половых органов.

Воспаление выражается изменениями в тканях в виде нарушения кровообращения, отека местных лейкоцитоза и лимфоцитоза, в результате чего изменяется общее состояние организма; повышается температура, появляются боли, ухудшается самочувствие, изменяется состав крови.

Очень часто воспалительные процессы провоцируют различные оперативные вмешательства на женских половых органах (выскабливания полости матки, пункции, взятие биопсии и т.д.).

Все воспалительные процессы могут протекать в острой, подострой и хронической форме.

Исход зависит от полноты проведенной терапии и соблюдения общего и полового режима.

Для современного течения воспалительного процесса характерно отсутствие четко выраженной клинической картины и склонность к длительному хроническому течению с частыми обострениями. Лишь у части больных наблюдается выраженная острая стадия, у остальных заболевание начинается и протекает без четких симптомов с преобладанием болевого синдрома. Преимущественно воспалительными процессами поражаются придатки матки (82–86%).

Все воспалительные процессы половых органов делятся:

- 1) на воспаления наружных половых органов;
- 2) воспаления внутренних половых органов.

Воспаления наружных половых органов

Вульвит

Вульвит — это воспаление преддверия влагалища. Он может быть первичным и вторичным.

Первичный вульвит чаще возникает у девочек при травме или же при нарушении гигиены содержания половых органов (девочку не подмывают после мочеиспускания, дефекации, или же она пользуется общими предметами гигиены (мыло, мочалка, полотенце, общая постель). Способствуют возникновению вульвита перенесенные инфекционные заболевания, нежный эпителиальный покров.

Вторичным вульвитом чаще страдают женщины, переболевшие воспалительными процессами внутренних половых органов.

Вульвит протекает в острой и хронической формах. При *остром вульвите* появляются покраснение половых губ, клитора, гнойные выделения, отек тканей, зуд. Иногда это сопровождается появлением острых кондилом (разрастание тканей).

Хронический вульвит сопровождается гиперемией, зудом, жжением, иногда — гипертрофией губ.

Диагноз вульвита ставится на основании анамнеза, жалоб и данных гинекологического осмотра.

Лечение острого вульвита заключается в постельном режиме, туалете наружных половых органов — подмывание и ванночки в растворе перманганата калия (1:10000) или ромашки 2–3 раза в день с последующим смазыванием 2–3%-ным раствором борной кислоты. Можно применять примочки с раствором фурацилина (1:5000) или отвара и настоя эвкалипта (10,0:200,0), по 1 чайной ложке на стакан воды, меняя салфетки 3–4 раза в день (3–4 дня).

При сильном зуде вульву смазывают 5%-ной анестезиновой мазью.

При вульвите, вызванном специфической микрофлорой, назначают фуразолидон с антибиотиками, снотворные средства.

При сочетании вульвита с воспалительным заболеванием внутренних органов проводится одновременно и лечение основного заболевания. У девочек необходимо поднимать сопротивляемость организма путем назначения общеукрепляющего лечения.

Профилактика вульвитов заключается в соблюдении гигиенических мероприятий, своевременном и полноценном лечении экстрагенитальной и генитальной патологии.

Бартолинит

Воспаление большой железы преддверия называется *бартолинитом*. При воспалении микробы проникают в выводные протоки большой железы преддверия, вызывая в ней воспалительные процессы. Вокруг наружного отверстия выводного протока (в верхней трети складки между большой и малой половой губой) отмечается гиперемия, окруженная воспалительным валиком. В результате закупорки выводного протока образуется ложный абсцесс. Больная жалуется на резкую болезненность при пальпации и раскрытии половой щели. Кожа гиперемирована, синюшна, отечна. Температура субфебрильная. Абсцесс может вскрываться самостоятельно в области половой губы или же, при закупорке протока, продолжает развиваться. Тогда состояние больной ухудшается, температура нарастает, болезненность и отек в области

половой губы увеличиваются. Ближайшие лимфатические узлы болезненные и увеличенные. В этих случаях прибегают к хирургическому лечению — вскрытию абсцесса.

В начальной стадии показано применение холода с целью ограничения воспалительного процесса, антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

При самостоятельном вскрытии абсцесса раневую поверхность промывают 3%-ным раствором перекиси водорода и местно применяют повязки с мазью Вишневского.

В редких случаях при рецидивирующих бартолинитах прибегают к вылушиванию бартолиниевой железы оперативным способом.

Медицинская сестра должна уметь не только выполнить любую из перечисленных процедур, но и объяснить больной порядок их выполнения в домашних условиях.

Воспалительные заболевания внутренних половых органов

Кольпит

Кольпит — это воспаление слизистой оболочки влагалища. Он вызывается смешанной флорой. Больные жалуются на резкую болезненность при половом сношении, чувство жжения во влагалище, обильные бели. Слизистая влагалища гиперемирована, отделяемое серозно-гнойное.

Выделяют *старческий* кольпит, возникающий в периоде менопаузы, когда на фоне снижения эстрогенов в организме слизистая атрофируется, складки сглаживаются, появляется гиперемия; слизистая легко травмируется, инфицируется. В результате этих изменений возникают боль, бели, язвочки.

С целью лечения неспецифического кольпита назначают спринцевания или ванночки растворами фурацилина, перманганата калия (1:6000) с последующим введением тампонов со стрептоцидовой или синтомициновой эмульсией или влагалищных свечей (бетадин). Процедура делается на ночь в течение 15–20 дней. Утром тампон извлекается.

При кольпитах специфической этиологии (грибки) с успехом применяются: гинопеварил, овидон, противогриб-

ковые антибиотики (нистатин, леворин), боракс, 1%-ный раствор метиленового синего, канестен. Лечение проводят в течение 2–3 менструальных циклов.

При старческих кольпитах после спринцевания стенки влагалища смазывают 3%-й перекисью водорода и ставят тампоны с рыбьим жиром, преднизолоновой мазью или мазью Вишневского.

Постановка влагалищных ванночек

Необходимо уметь поставить влагалищную ванночку.

Оснащение: *Методика выполнения:*

- | | |
|---|---|
| гинекологическое кресло,
влагалищные зеркала,
перчатки,
стерильный материал,
лекарственные средства,
применяемые для влагалищных ванночек,
корнцанги,
3%-ный раствор хлорамина,
дезраствор. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить больной смысл процедуры. 2. Уложить больную на гинекологическое кресло. 3. Обмыть наружные половые органы дезинфицирующим раствором. 4. Сменить перчатки. 5. Ввести во влагалище зеркало Куско, марлевым тампоном на корнцанге очистить влагалище от выделений. 6. Влить во влагалище подогретый до 37 °С лекарственный раствор (20–25 мл) на 15–20 минут. 7. Через 15–30 минут осушить влагалище сухими тампонами. 8. Извлечь зеркало. 9. Вложить между малыми половыми губами стерильную сухую салфетку на 20 минут. 10. Снять перчатки, вымыть руки. 11. Зеркало замочить в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час. |
|---|---|

Введение во влагалище тампонов и присыпок

Необходимо уметь приготовить и ввести во влагалище тампон или присыпку.

Оснащение: *Методика выполнения:*

- | | |
|----------------------------------|---|
| гинекологическое кресло, зеркала | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить больной смысл процедуры. 2. Уложить больную на гинекологическое кресло. |
|----------------------------------|---|

- с подъемниками, стерильный материал, перчатки, корнцанги, лекарственные средства, применяемые для влагалищных тампонов и присыпок, порошковдуватели, 3%-ный раствор хлорамина, дезраствор.
3. Надеть перчатки.
 4. Обмыть половые органы дезраствором.
 5. Сменить перчатки.
 6. Ввести во влагалище зеркало с подъемником, отдав его ассистенту.
 7. Обнажить шейку матки и протереть стенки, своды и шейку матки сухим тампоном на корнцанге. С помощью длинного пинцета ввести во влагалище тампон, смоченный или смазанный лекарственным веществом (в задний свод влагалища).
 8. Осторожно извлечь из влагалища зеркало и подъемник, придерживая тампон пинцетом.
 9. Удалить пинцет и срезать тампон, оставив снаружи 2–3 см его конца.
 10. Зеркало и пинцет замочить в 3%-ном растворе хлорамина.
 11. Снять перчатки и вымыть руки.

При введении присыпки:

1. Ввести зеркало Кусто.
2. Прделав те же процедуры, что перед введением тампона, с помощью специального порошковдувателя ввести присыпку во влагалище.
3. Припудрить этим же порошком наружные половые органы и анальное отверстие.
4. Прикрыть влагалище снаружи сухим шариком.

Проведение спринцевания влагалища

Необходимо уметь: подготовить инструменты и провести спринцевание; объяснить женщине, как самостоятельно спринцеваться (рис. 45).

Оснащение:
кресло или
кушетка,

Методика выполнения:

1. Объяснить больной цель процедуры.

- кружка Эсмарха с гинекологическим наконечником, корнцанги, перчатки, дезраствор, стерильный материал, лекарственные препараты для спринцевания, 3%-ный раствор хлорамина.
2. Уложить больную на гинекологическое кресло.
 3. Поместить кружку для спринцевания на специальный штатив не выше, чем на 50 см над уровнем тела больной.
 4. Надеть перчатки.
 5. Обработать наружные половые органы раствором перманганата калия (1:6000).
 6. Налить в кружку лекарственный раствор, подогретый до 36–37 °С.
 7. Сменить перчатки.
 8. Развести большие и малые половые губы больной указательным и большим пальцами левой руки.
 9. Правой рукой опустить трубку с наконечником ниже кружки, выпустить небольшое количество лекарственного вещества (для удаления воздуха и холодного раствора).
 10. Ввести правой рукой наконечник для спринцевания во влагалище по задней стенке на глубину 5–6 см.
 11. Проспринцевать влагалище всем количеством жидкости, перемещая наконечник во влагалище.

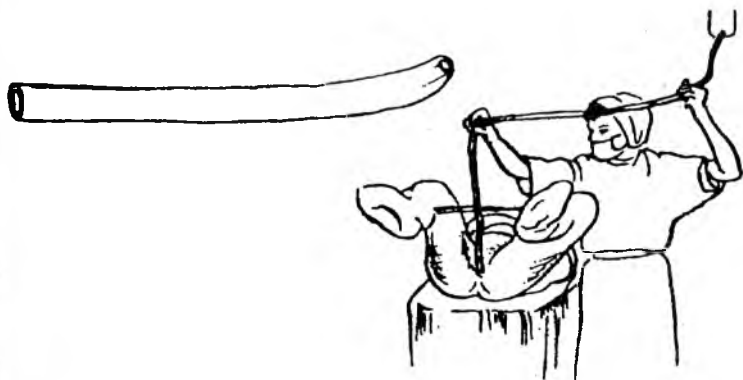


Рис. 45. Процедура спринцевания

12. Извлечь наконечник.
13. Поместить наконечник в 3%-ный раствор хлорамина.
14. Осушить влагалище сухим шариком на 1 час в области преддверия.
15. Снять перчатки и вымыть руки.

Если женщина спринцуется в домашних условиях, ей надо объяснить, что всю эту процедуру нужно проделать на кушетке, подставив с краю таз, или же лежа на краю ванной, свесив ноги в ванну.

Воспалительные заболевания матки

Эндоцервицит возникает в результате поражения стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, энтерококками, микоплазмой и другими возбудителями. Способствуют эндоцервициту разрывы шейки матки во время родов, аборт и прочих вмешательств.

Жалоб больная почти никогда не предъявляет, но при осмотре отмечаются гиперемия вокруг наружного зева, шейка матки утолщается. При раскрытии цервикального канала с помощью зеркала в нем также обнаруживают гиперемии и обильные выделения слизи.

В острой стадии назначают спринцевания теплым раствором 30%-ного натрия хлорида или 2–3%-ным раствором натрия гидрокарбоната и сульфаниламидные препараты. Хороший эффект дает применение свечей с бетадином.

В хронической стадии назначают ванночки из протаргола или колларгола, электрофорез с цинком.

Эндоцервицит, сопровождающийся обильными белями, нередко приводит к развитию *эрозии шейки матки*, которая часто также не вызывает жалоб у больной, но иногда могут быть жалобы на контактное кровомазание (при половом сношении). При осмотре в зеркалах видна гиперемированная шейка матки в каком-либо месте. Диагноз уточняется с помощью кольпоскопии, когда удастся увидеть ярко-красное пятно с четкими границами. Характер патологии определяется состоянием эпителия. При гистологическом исследова-

нии ткани, взятой путем биопсии из эрозированной поверхности, выявляется ткань слизистой без эпителия. При подозрении на атипические клетки проводят цитологическое исследование. Лечение эрозии шейки матки проводится в течение двух недель консервативными методами аналогично лечению эндоцервицита. Рекомендуют тампоны с мазью каланхоэ, облепиховым маслом, рыбьим жиром, маслом шиповника. Если в течение двух недель нет эффекта от консервативной терапии, из эрозированной поверхности берут биопсию и при отсутствии атипических (раковых) клеток проводят электрокоагуляцию шейки матки. При сочетании эрозии шейки матки с разрывами ее (энтропион) показана пластическая операция шейки матки.

Метроэндометрит — воспаление слизистого и мышечного слоев матки. Способствуют метроэндометриту внутриматочные вмешательства (выскабливания матки, послеродовые осложнения, полипэктомия и пр.). При этом поражается функциональный и базальный слои эндометрия и тесно связанный с ними мышечный слой.

Больная жалуется на боли в низу живота, повышается температура, ухудшается общее состояние. При влагалищном исследовании матка несколько увеличена, очень болезненна при пальпации и смещении. При исследовании общего анализа крови отмечается лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Лечение проводится с применением холода в острой стадии, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, метронидазола, болеутоляющих и десенсибилизирующих средств, витаминотерапии.

Аднексит (сальпингоофорит) — воспаление маточных труб и яичников. Возбудителями этого заболевания может быть как неспецифическая, так и специфическая микрофлора. Чаще всего процесс распространяется восходящим путем из матки, реже — переходит из соседних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, червеобразный отросток).

Процесс может быть острым, подострым и хроническим, одно- и двусторонним. Как правило, маточные трубы и яичники поражаются вместе. При развитии гнойного процесса в маточной трубе и запаивания выхода из нее образуется

опухоль трубы (пиосальпинкс). Может образоваться гнойник в яичнике (пиовариум).

При остром аднексите симптоматика очень разнообразна. Нарушается общее самочувствие больной: повышается температура, появляются озноб, недомогание, головная боль, сухость во рту, тошнота, рвота. Из местной симптоматики отмечаются боли нарастающего характера и интенсивности, которые локализуются в подвздошных областях и иррадиируют в крестец, поясницу, бедро. Выделения из влагалища могут быть различными — от серозных до гнойных и кровянистых. Может наблюдаться нарушение менструального цикла.

Нередко при недостаточном лечении процесс может перейти в хронический. В этих случаях маточные трубы становятся непроходимыми и жалобы больной сводятся к бесплодию.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза и объективных данных. При гинекологическом исследовании сбоку от матки пальпируются увеличенные болезненные придатки. Для уточнения диагноза необходимо выявить возбудителя заболевания и определить его чувствительность к антибиотикам.

Лечение при острых и подострых воспалительных процессах придатков матки проводится только в стационарных условиях, так как это единственный способ предупредить переход в хроническую стадию, которая может привести к развитию бесплодия, невынашиванию, внематочной беременности. Лечение должно быть направлено на восстановление всех жизненных функций организма, особенно на повышение защитных и адаптационных механизмов.

Для ликвидации воспалительного процесса, с учетом чувствительности, успешно применяют антибиотики (цеприн, цепролет, таривид и др.). Хороший эффект дает чередование аутогемотерапии с внутривенным введением 10%-ного раствора хлористого кальция или глюконата кальция, а также пирогенала и биохинола с витамином В₆ и В₁.

В более спокойной стадии назначаются физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия.

Для повышения реактивности организма назначают помимо аутогемотерапии инъекции алоэ, ФИБСа, поливитамины, по показаниям — дезинтоксикационную терапию.

В дальнейшем лечение больных с гинекологическими заболеваниями проводится на грязевых и бальнеологических курортах.

При гнойных сальпингитах прибегают к хирургическому лечению.

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки, чаще всего возникает в послеродовом периоде, реже — при заболеваниях матки и придатков или после гинекологических операций.

Учитывая анатомические особенности тазовой клетчатки, процесс приобретает разлитой характер, без четких границ. Чаще всего параметрит развивается в результате воздействия стафилококков и стрептококков. Образовавшийся инфильтрат может нагнаиваться и самостоятельно прорываться как во влагалище и прямую кишку (наиболее благоприятный исход), так и в брюшную полость, что может привести к развитию пельвиоперитонита и перитонита.

Симптомы параметрита разнообразны — от нарушения общего состояния (недомогание, повышение температуры, озноб) до выраженной локальной симптоматики (боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, бедро, крестец, затруднения при мочеиспускании и дефекации).

Течение параметрита длительное, с рецидивами, приводящее к образованию спаечного процесса в малом тазу, загибу матки и другим осложнениям.

Диагноз ставится на основании анамнеза и данных гинекологического исследования, при котором задний свод выпячивается, болезненный, сзади или сбоку от матки определяется инфильтрат, малоподвижный, умеренно болезненный, при отсутствии изменений со стороны матки и придатков.

Лечение в начальной стадии состоит в создании постельного режима, общеукрепляющей терапии, применении холода, антибиотиков, электропроцедур, влагалищных тампонов с мазью Вишневского, лечебных микроклизм.

При гнойном расплавлении клетчатки основным методом лечения является кольпотомия (своевременное и рациональное вскрытие гнойника через влагалище). В произведенный

крестообразный разрез вставляется дренажная трубка, через которую происходит отток содержимого и вводятся антибиотики.

Постановка микроклизмы

Необходимо уметь поставить микроклизму.

Оснащение: *Методика выполнения:*

- | | |
|---|---|
| кушетка,
кружка Эсмарха,
перчатки,
корнцанги,
стерильный
материал,
дезраствор,
3%-ный раствор
хлорамина,
резиновый
баллончик
емкостью 100 мл,
вазелин,
лекарственный
препарат, судно. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснить больной необходимость процедуры. 2. Надеть перчатки. 3. Уложить женщину на левый бок и сделать очистительную клизму. 4. После опорожнения кишечника обмыть наружные половые органы, область ануса и ягодиц дезинфицирующим раствором. 5. Уложить больную на спину с согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах. 6. В анальное отверстие прямой кишки ввести наконечник резинового баллончика с лекарственным средством в количестве 50—70 мл, предварительно смазав наконечник баллончика вазелином; раствор должен быть подогрет до 37 °С. 7. Попросить больную повернуться на бок и удержать введенный раствор. 8. Баллончик поместить в дезраствор. 9. Снять перчатки, вымыть руки. |
|---|---|

Пельвиоперитонит — воспаление любого участка тазовой брюшины, ограниченное малым тазом. Причинами развития пельвиоперитонита являются воспалительные заболевания матки, придатков, а также соседних с ними органов, повреждения матки (перфорация во время выскабливания или введения в полость матки различных предметов с целью прерывания беременности). Различают серозный и гнойный пельвиоперитонит.

Симптомами острого пельвиоперитонита являются высокая температура (до 39–40 °С), озноб, частый, напряженный пульс (до 100 ударов в минуту). Язык сухой, обложен серым налетом, живот вздут, не участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации, больше в гипогастральном области.

Общее состояние средней тяжести, редко тяжелое. В крови: анемия, лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Лечение пельвиоперитонита направлено, в первую очередь, на локализацию процесса, снятие интоксикации, подавление жизнедеятельности микробов, уменьшение болевых ощущений. С этой целью назначается строгий постельный режим, высококалорийное питание, приподнятое положение верхней половины тела с целью ограничения процесса.

Парентеральное питание должно содержать растворы натрия хлорида, калия, белковые жидкости, глюкозу с витаминами. На низ живота назначают холод (1–1,5 часа лед на живот с часовым перерывом), болеутоляющие и спазмолитические препараты, внутривенное введение 5–10 мл 10%-ного раствора хлорида кальция, антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним.

Если, несмотря на проведенное лечение, улучшение не наступает и процесс переходит в гнойный, предпочтение отдается хирургическому методу (доступ к гнойнику возможен как со стороны влагалища, так и через переднюю брюшную стенку), так как процесс может распространиться на всю брюшную полость и принять разновидность разлитого перитонита.

Гинекологический сепсис — это патологическое состояние, обусловленное непрерывным или периодическим поступлением в кровь стафило-, стрептококков и других микроорганизмов из очага гнойного воспаления, послеоперационной раны и т.д.

Различают *пиемию* (в крови и тканях имеются очаги инфекции), *септицемию* (токсины вызывают дегенеративные изменения в тканях) и *септикопиемию* (смешанная форма, характеризующаяся наличием метастатических абсцессов в различных органах и тканях).

Если при пиемии и септицемии клиника выражена повышением температуры, ознобом, тахикардией, то при септикопиемии клиника развивается бурно и нередко приводит

к септическому (бактериальному) шоку, когда на фоне выраженной интоксикации резко падает артериальное давление, снижается количество выделяемой мочи вплоть до анурии, усиливаются одышка, тахикардия, что может привести к острой сердечно-сосудистой недостаточности и даже к летальному исходу.

Объективно у такой больной появляются изменения со стороны паренхиматозных органов, развивается желтуха, увеличивается СОЭ, лейкоцитоз, анемия, изменения в моче (появляются гиалиновые мембраны).

Лечение должно заключаться в нормализации водного, минерального и белкового обмена. Назначают сердечные средства, витамины, болеутоляющие препараты, десенсибилизирующую терапию. Питание должно быть полноценным, легкоусвояемым. Местно проводится терапия основного заболевания с обязательным применением антибиотиков широкого спектра действия.

Уход за больными с воспалительными заболеваниями женской половой сферы заключается в наблюдении за изменениями в состоянии больной и своевременной информации врача об этих изменениях.

Медицинская сестра принимает участие во всех манипуляциях по диагностике и лечению больных по назначению врача. Она осуществляет общий уход за больными (гигиена, питание и пр.). При необходимости медицинская сестра должна суметь оказать неотложную помощь в экстремальных ситуациях.

Медицинская сестра обязана знать ход каждой манипуляции для того, чтобы уметь приготовить необходимые инструменты для консервативного лечения и оперативного вмешательства.

От внимательности и квалификации медицинской сестры зависит исход любого патологического процесса, развившегося у больной.

Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов состоит в соблюдении правил личной гигиены, борьбе с абортами, соблюдении асептики и антисептики при проведении оперативных вмешательств и в своевременной диагностике и лечении воспалительных и других заболеваний женской половой сферы.

Специфические воспалительные заболевания женских половых органов

Специфические воспалительные процессы женских половых органов возникают в тех случаях, когда возбудителем этих заболеваний является специфическая микробная флора: трихомонады, хламидии, гонококки, туберкулезная палочка и т.д.

Трихомоноз — инфекционное заболевание, которое вызывается влагалищными трихомонадами. Трихомонады очень неустойчивы во внешней среде, поэтому основным путем заражения является половой. Очень часто трихомонады сочетаются с гонококками. Они могут поражать влагалище, мочеиспускательный канал, выводные протоки больших желез преддверия, матку, шейный канал, придатки матки с развитием соответствующей клинической картины.

Наиболее часто встречается трихомонадный кольпит. Больные жалуются на обильные бели пенистого характера с резким неприятным запахом, зуд. Течение болезни часто принимает хронический характер с обоюдным заражением половых партнеров. При осмотре в зеркалах — на стенках влагалища обильные точечные красные гранулемы, перерождающиеся в остроконечные кондиломы. Выделения пенистые, гнойные.

Диагноз ставится на основании жалоб, гинекологического осмотра и данных бактериоскопического исследования мазка.

В острой стадии показано спринцевание настоем ромашки или шалфея, раствором калия перманганата (1:8000) или фурацилина (1:5000) с последующим введением во влагалище шариков или порошка с осарсолом, борной кислотой и глюкозой.

При хронической стадии показано промывание влагалища раствором фурацилина (1:6000) и введение тампонов с бораксом (бура с глицерином) на 12 часов в течение 20 дней. Одновременно назначается метронидазол (трихопол, флагил) по схеме. Очень эффективен при трихомонозе тинидазол. В этих случаях не всегда назначается местное лечение. Одновременно нужно лечить обоих партнеров.

Гонорея. Возбудителем гонореи является гонококк, который жизнеспособен только во влажной среде и поэтому вне

человека он быстро погибает. Исходя из вышесказанного, можно считать, что основным путем передачи инфекции является половой путь. Частота заболевания гонореей после трихомоноза занимает второе место.

Для гонореи характерна многоочаговость, и поэтому все женщины, обращающиеся в акушерско-гинекологическое, дерматовенерологическое и урологическое учреждения с жалобами на наличие воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, должны быть комплексно обследованы на наличие гонококка. Учитывая нередкую бессимптомность течения гонореи во всех случаях бесплодия или преждевременного прерывания беременности необходимо исключить наличие гонококка.

Диагноз ставится на основании комплекса клинико-лабораторного обследования, включающего изучение данных анамнеза, осмотра и лабораторного исследования (как микроскопического, так и бактериологического).

Для того чтобы получить хороший мазок, отделяемое берут из различных участков половых органов только после тщательной очистки исследуемого очага ватными тампонами, смоченными 2%-ным раствором борной кислоты, или просто сухой, но стерильной ватой.

Мазки необходимо брать из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки, отверстия мочеиспускательного канала, больших желез преддверия. Для этого нужно предварительно со стороны влагалища помассировать железы.

Взятие мазков на наличие гонококка

Необходимо уметь взять мазки на гонококки из мест, типичных для поражения.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
кресло, зеркала,	1. Объяснить женщине необходимость процедуры.
перчатки,	2. Уложить больную на кресло.
корнцанги,	3. Надеть перчатки.
пинцеты,	4. Обмыть наружные половые органы дез-раствором.
предметные стекла,	

стерильный материал, 3%-ный раствор хлорамина, дезраствор, 2%-ный раствор борной кислоты, направления на мазки, изотонический раствор хлорида натрия, спринцовка.

5. Шариком на корнцанге, смоченным 2%-ным раствором борной кислоты, очистить места взятия мазка.
6. Отдельными пинцетами взять мазки хлорамина по следующей технологии в порядке: мазок из отверстия мочеиспускательного канала, мазок из отверстия ануса, мазок из влагалища.
7. Помассировать со стороны влагалища, железы преддверия и после этого, надавив на них, взять мазок.
8. Для получения отделяемого из прямой кишки, в нее вводят 50—80 мл теплого изотонического раствора натрия хлорида. Промывной раствор собирают в стерильную посуду. Вылавливают из раствора комочки слизи и наносят их тонким слоем на предметное стекло.
9. Обнажить шейку матки зеркалами; очистить ватным шариком влагалище и шейку матки.
10. Взять мазок из верхней трети влагалища.
11. Взять мазок из цервикального канала с помощью анатомического пинцета со сложенными брашнями, введя его на глубину 1 см.
12. Все мазки наносятся на разные предметные стекла тонким слоем и высушиваются на спиртовой горелке.
13. Замочить зеркала и пинцеты в 3%-ном растворе хлорамина.
14. Снять перчатки, вымыть руки.
15. Написать направления на все мазки и направить их в лабораторию.

При хронической гонорее пользуются методами провокации для выявления возбудителя:

1. *Химический метод*: отверстие мочеиспускательного канала смазывают 1–2%-ным раствором серебра нитрата, а канал шейки матки — 2–5%-ным раствором серебра нитрата или раствором Люголя на глицерине.
2. *Биологический метод*: внутримышечно вводят 0,5 мл гоновакцины или пирогенол; можно также применять синестрол (0,5 мл 2%-ного раствора).
3. *Алиментарный метод*: рекомендуют острую пищу, пиво.
4. *Термический метод*: назначается индуктотерапия или диатермия.

После этого берут мазки по той же методике. Лучше всего провокацию проводить сразу же после менструации. Можно методы провокации комбинировать между собой.

Для клиники гонореи очень характерна многосимптомность. Явные симптомы обычно появляются через 3–4 дня после заражения. Больные жалуются на жжение и зуд в области наружных половых органов, обильные разъедающие выделения, боли при мочеиспускании в начале мочеиспускания или в конце, боли при дефекации. Часто развивается бартолинит (обычно двусторонний).

Объективно можно увидеть резкую гиперемию и раздражение вокруг отверстия мочеиспускательного канала, анального отверстия, в области наружных половых органов. При гинекологическом исследовании выражены явления кольпита, эндоцервицита, выделения гнойные.

Часто инфекция распространяется восходящим путем и развивается метрэндометрит, аднексит (двусторонний). В результате поражения маточных труб происходит запаивание обоих концов их, образуется гидросальпинкс, переходящий в пиосальпинкс. Эти явления приводят к непроходимости маточных труб и бесплодию.

В запущенных случаях может развиваться пельвиоперитонит и разлитой перитонит.

Лечение гонореи предусматривает воздействие на инфекцию антибиотиками, повышение реактивности организма путем применения иммунотерапии (гоновакцина, молоко,

пирогенал) и местное воздействие на пораженный орган. Принципы лечения больных гонореей не отличаются от лечения больных с воспалительным процессом септической этиологии. В последнее время успешно применяются такие средства, как заноцин, обладающий хорошей переносимостью, безопасностью, сохраняющий нормальную кишечную, вагинальную и уретральную микрофлору, не нарушающий иммунитет. Он хорошо сочетается с антибиотиками (пенициллинами и цефалоспаринами), метронидазолом. Он позволяет сократить сроки лечения ввиду высокой чувствительности к нему возбудителей (94% случаев). Хороший эффект при лечении гонореи дают кирин, роцефин (по назначению врача).

Профилактика гонореи заключается в сокращении случайных связей, применении контрацептивов, тщательном обследовании всех больных, страдающих рецидивирующими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, бесплодием, а также в планомерном обследовании медицинского персонала и своевременной изоляции и лечении больных гонореей.

Сифилис — хроническое венерическое инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой. Заражение сифилисом происходит обычно половым путем. Однако возможен и бытовой сифилис в результате инфицирования при пользовании общими с больными предметами обихода.

Клиническая картина. Местные проявления сифилиса локализуются на коже женских наружных половых органов, слизистой оболочке влагалища и шейки матки. На месте первичного поражения развиваются единичная или множественные язвы с буро-красным дном, ровными краями, инфильтрированным плотным основанием (твердый шанкр), иногда без изъязвленной поверхности.

При поражении женских наружных половых органов вскоре появляются уплотненные безболезненные лимфатические узлы в паховой области, а затем и характерная сифилитическая сыпь на всем теле.

Твердый шанкр на шейке матки может образовываться на фоне ранее существовавшей эрозии, и тогда на ней появля-

ются белые налеты, шейка матки увеличивается вследствие инфильтрации и отека, становится буро-красной. При этом на наружных половых органах появляется папулезная сыпь. Паховый лимфаденит при этом не наблюдается. Твердый шанкр на стенках влагалища встречается редко, локализуется в верхней трети влагалища и сопровождается паховым лимфаденитом.

Диагностика. Распознавание сифилиса основывается на данных подробного анамнеза, объективного и лабораторного исследований.

При обнаружении подозрительных на сифилис поражений необходимы исследования крови на реакцию Вассермана, мазки из отделяемого язв, в которых обнаруживается бледная спирохета.

Лечение. При сифилисе женских половых органов проводится общее противосифилитическое лечение. С целью повышения иммунитета применяется успешно ликолипид в комплексе с антибиотиками (цефтриаксоном).

Профилактика сифилиса сводится к общественным мероприятиям и личным профилактическим мерам.

Подробно клиника, диагностика и лечение сифилиса излагаются в курсе венерических болезней, к которым относится сифилис.

Туберкулез половых органов женщины. Туберкулез половых органов является одной из локализаций общего заболевания туберкулезом, вызываемой туберкулезной палочкой Коха. Возбудитель попадает в половые органы из первичного очага гематогенным, лимфогенным путем или по продолжению с пораженной брюшины. Часто процесс протекает бессимптомно и активизируется после аборт, родов, неспецифических воспалительных процессов и т.д.

Основной локализацией процесса в половых органах являются маточные трубы, реже — матка и другие органы.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза, объективных данных и лабораторных методов (цитология, гистология, рентгенология и др.).

В клинике туберкулез, протекая бессимптомно, нередко приводит к бесплодию, что является основной жалобой больных.

Лечение больных туберкулезом половых органов включает этиотропную терапию и применение средств патогенетического воздействия. Ведущее место занимает специфическая химиотерапия, состоящая из трех этапов: основного курса тремя препаратами в течение 5–6 месяцев, дополнительного — двумя препаратами в течение до 6 месяцев и поддерживающей — одним двумя препаратами прерывисто до 2 лет. С этой целью применяются стрептомицин, оказывающий активное влияние на микробактерии туберкулеза, изониазид, фтивазид, салюзид, ПАСК, рифампицин, этамбутол, а также тибон, пиразинамид, циклосерин, канамицин, имеющие меньшую активность.

Для изменения токсического действия и побочных эффектов при химиотерапии туберкулеза половых органов необходимо параллельное применение десенсибилизирующих средств, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, а также комплекса медикаментозных средств, применяемых для улучшения функции печени.

С целью патогенетического воздействия целесообразно назначение кортикостероидов (преднизолона), декариса, силена.

К хирургическому лечению прибегают редко.

В профилактике заболевания туберкулезом большое значение принадлежит своевременному выявлению, изоляции и полноценному лечению больных туберкулезом и обследованию контактных с ними людей.

Среди других специфических воспалительных заболеваний женских половых органов придается большое значение **хламидиозу, микоплазмозу и вирусной инфекции**. Возбудители этих заболеваний вызывают поражения различных отделов половой системы, а также мочевой системы.

Клиническая картина этих заболеваний очень схожа между собой и нередко напоминает неспецифические воспалительные заболевания. Они обычно распространяются половым путем

и поэтому представляют определенную эпидемиологическую опасность.

Для лечения этих заболеваний применяют: антибиотики, эубиотики и противомикотические препараты. Так, хороший эффект при лечении хламидиоза дают гиповеварил, дифлюкан, заноцин и другие препараты.

При *хронической и рецидивирующей инфекции* назначают иммунотерапию: иммунофан, Т-активин, миелоид. Очень эффективным средством для лечения этого ряда заболеваний являются интерферон, особенно при локальном его применении, вильпрафен, спирамицин.

Из антибиотиков предпочтение отдается антибиотикам тетрациклинного ряда. Лечение необходимо проводить обоим половым партнерам.

Вирус простого герпеса вызывается одноименным вирусом и передается половым путем, причем источником инфекции могут быть не только больные с клинически выраженными симптомами, но также носители простого герпеса.

Характерным признаком вируса простого герпеса является появление отдельных или множественных везикул на гиперимированной отечной слизистой оболочке пораженного участка. Через 2—3 дня везикула вскрывается и образуется язва, заживающая в течение 2—4 недель без образования рубцов. Высыпанию везикул и образованию язв сопутствуют зуд, боль, жжение. Этому может сопутствовать ухудшение общего состояния, субфебрилитет и увеличение регионарных лимфатических узлов. Характерно возникновение рецидивов заболевания, которым обычно предшествуют переохлаждение, переутомление, стрессы, половые сношения.

Диагноз ставят на основании анамнеза, гинекологического осмотра и лабораторного исследования (мазки, кровь).

Лечение представляет определенные трудности в связи с рецидивами, с одной стороны, и недостатком специфических препаратов — с другой. Обычно назначают препараты, воздействующие на поднятие иммунитета, а также местное лечение (антибиотики, сидячие ванночки с ромашкой, перманганатом калия и др.). Применяют герпетические вакцины.

В последние годы хороший эффект при лечении вируса простого герпеса дают такие препараты, как ликопид, вильпрафен, миелойд и др.

Кандидоз (кандидомикоз) — заболевание слизистой влагалища, распространяющееся по продолжению на матку и придатки. Возбудители заболевания — дрожжеподобные грибы, которые попадают в организм женщины как экзогенным путем (при половых сношениях), так и из кишечника. Развитию кандидомикоза способствует снижение иммунитета.

Жалобы на зуд, бели жидкие или с творожисто-крошковатыми включениями и неприятным кислым запахом. Влагалище гиперимировано, с налетами грибка и слущившихся клеток эпителия и лейкоцитов.

Диагноз уточняется результатами исследования мазка, в котором обнаруживаются грибки.

Лечение проводят противогрибковыми препаратами (леворин, нистатин) в виде свечей и внутрь (в таблетках). Лечить необходимо обоих половых партнеров. Можно также проводить дополнительно местное лечение спринцеваниями (танин, 2%-ный раствор соды, буры с глицерином).

Медицинская сестра должна не только знать методику обследования больных специфическими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, уметь осуществить подготовку инструментария для этого обследования, и по назначению выполнить его, но и провести санитарно-просветительную работу с больными о путях распространения инфекции, возможных методах предохранения от инфекции, передаваемой половым путем.

Во избежание передачи **ВИЧ-инфекции** медицинская сестра должна соблюдать все меры предупреждения по передаче ее, своевременному выявлению и распространению. Необходимо также соблюдать правила личной гигиены, асептики и антисептики в работе с больными, помня о возможности заражения от них профессиональным путем при нарушении этих правил.

С целью профилактики ВИЧ-инфекции все беременные, роженицы и гинекологические больные в обязательном порядке обследуются на ВИЧ не только при госпитализации в стационар, но и при любом вмешательстве, даже в пределах женской консультации.

Женская консультация должна иметь тесный контакт с кожно-венерологическим и противотуберкулезным диспансерами и обмениваться сведениями об имеющих на учете больных с перечисленными заболеваниями.



НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Менструальный цикл составляет промежуток между двумя менструальными кровотечениями (от первого дня предыдущего до первого дня последующего цикла), во время которого происходит периодическая смена фаз роста и созревания фолликула, заканчивающегося овуляцией и образованием и развитием желтого тела.

Нарушения менструального цикла возникают при повреждении нейрогуморальной регуляции цикла и должны рассматриваться как результат заболевания целостного организма. В свою очередь расстройства менструальной функции могут вызывать нарушения состояния других органов и систем.

Этиология нарушений может быть различной и включать как наследственные факторы, так и острые и хронические генитальные и экстрагенитальные заболевания. При этом один и тот же фактор может вызвать как аменорею, так и дисфункциональное маточное кровотечение.

В патогенезе нарушений менструальной функции обычно выделяют то звено в нейрогуморальной регуляции, которое вызывает наиболее выраженную клинику. Так, причиной нарушения цикла могут быть изменения в гипоталамусе, гипофизе, щитовидной железе, надпочечниках и яичниках. Поэтому, устанавливая причину патологии, необходимо выявить уровень повреждения в регуляции менструального цикла и только после этого приступить к тщательному обследованию больного.

Несмотря на множество предложенных классификаций в нарушении менструальной функции наиболее приемлемой является классификация, основанная на клиническом симптомокомплексе. На этом основании все нарушения можно условно разделить на две большие группы: аменореи и дисфункциональные маточные кровотечения.

Классификация нарушений менструальной функции

I. Аменорея — отсутствие менструаций 6 месяцев и более. Циклические нарушения, при которых менструации изменяются так:

1. Изменение количества крови, выделяющейся во время менструации:
 - а) увеличение (гиперменорея);
 - б) уменьшение (гипоменорея).
2. Нарушение продолжительности менструаций:
 - а) затяжные (полименорея);
 - б) укороченные (олигоменорея).
3. Нарушение ритма менструаций:
 - а) частые (пройменорея);
 - б) редкие (опсоменорея).

II. Циклические расстройства, выражающиеся в ослаблении, укорочении и урежении менструаций, характеризуются гипоменструальным синдромом.

Удлинение и усиление менструации носят название менорагии.

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения. К ним относятся ановуляторные и дисфункциональные маточные кровотечения (ациклические).

IV. Болезненные менструации (альгодисменорея).

Аменорея

Аменорея — это отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более. Аменорея может быть физиологической и патологической. *Физиологической* называется аменорея у девочек до периода менархе, при беременности, лактации, в климактерическом периоде, в старческом возрасте.

Патологическая аменорея возникает при заболеваниях как всего организма, так и отдельных частей ЦНС и периферических органов и эндокринных желез. Следует выделить аменорею военного времени, которая связана с чрезмерными психическими потрясениями и алиментарным фактором.

В зависимости от уровня поражения различают аменореи гипоталамические, гипофизарные, надпочечниковые, яичниковые и маточные.

Аменорея может быть первичная (полное отсутствие менструаций на протяжении предшествующей жизни) и вторичная (прекращение ранее бывших менструаций).

Проявлениями гипоталамической и гипофизарной аменореи, помимо отсутствия менструаций, служат нарушение обмена веществ (ожирение), гирсутизм (оволосение), вегетативно-сосудистые нарушения (гипо- и гипертония и др.).

Яичниковая аменорея чаще всего связана с врожденным отсутствием или недостаточностью функции яичников. Это часто сочетается с общим и генитальным инфантилизмом.

Одним из проявлений этого вида аменореи является *синдром Шерешевского-Тернера* (дисгенезия гонад), когда у девочки, вследствие каких-либо нарушений в развитии половой системы (воздействия вредных факторов, неполный набор хромосом и т.д.), нет месячных, отсутствуют вторичные половые признаки, мужской тип развития, короткая шея, низкий рост, грубый голос, рост волос по мужскому типу. Часто эта патология сочетается с другими пороками развития, умственной отсталостью.

Другой разновидностью яичниковой формы гипоменструального синдрома является *синдром Штейна-Левентеля* (синдром склерокистозных яичников), когда в организме увеличивается количество мужских половых гормонов (андрогенов) и в результате этого фолликулы кистозно видоизменяются, овуляция прекращается и развивается гипоменструальный синдром, сопровождающийся опсоменореей или аменореей, гирсутизмом, ожирением. Вторичные половые признаки при этой патологии развиты хорошо, телосложение по женскому типу.

Маточная форма аменореи может быть связана с аномалией развития или же с повреждением эндометрия во время внутриматочных вмешательств (повреждение базального слоя эндометрия во время выскабливания полости матки, введение в матку йода), а также при туберкулезе половых органов.

Для диагностики необходимо прежде всего установить уровень повреждения в системе нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

При исключении повреждений на уровне гипоталамуса, гипофиза, надпочечников у больной обследуют функцию яичников по тестам функциональной диагностики.

Лечение проводится в зависимости от выявленных нарушений. Так, при аменорее или опсоменорее и других проявлениях гипоменструального синдрома яичникового генеза проводится терапия с целью восстановления цикла, если это представляется возможным. Для этого на фоне общеукрепляющего лечения (рациональное питание, витаминотерапия, занятия спортом, гигиена, физиотерапия и пр.) назначается заместительная гормонотерапия в зависимости от результатов проведенного исследования (эстрогены, прогестерон).

При дисгенезии гонад гормонотерапия проводится с целью развития вторичных половых признаков и улучшения общего и эмоционального состояния больной.

Лечение склерокистозных яичников заключается также в проведении гормонотерапии с целью стимуляции овуляции. Если консервативная терапия не дает эффекта, то прибегают к хирургическому методу лечения — клиновидной резекции яичников, после которого восстанавливаются овуляторные менструальные циклы и у больной может наступить беременность.

Гиперменструальный синдром

Гиперменструальный синдром чаще всего связан с дисфункцией яичников, вернее, с нарушением ритмической секреции гормонов яичника, а не с органическими заболеваниями половых органов или нарушением кроветворения.

Проявлением дисфункциональных маточных кровотечений может быть как гипоменорея (гипоменструальный синдром), так и меноррагия (полименорея). Это может быть следствием гипофункции яичников, развившейся на почве инфантилизма, истощения, гиповитаминоза и другой патологии.

Диагноз ставится также на основании обследования больной по тестам функциональной диагностики.

Лечение проводится в зависимости от причины, вызвавшей нарушение. При ановуляторном цикле проводят заме-

стительную гормональную терапию, направленную на создание двухфазного овуляторного менструального цикла.

Дисфункциональные маточные кровотечения

Дисфункциональными маточными кровотечениями называют маточные кровотечения в пубертатном, репродуктивном периоде и периоде пременопаузы, обусловленные нарушением функционального состояния системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Они могут быть овуляторными и ановуляторными.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения возникают ациклично с интервалами 1,5–6 месяцев, продолжаются обычно более 10 дней. Они наблюдаются преимущественно в периоды становления и увядания репродуктивной системы: в пубертатном периоде (ювенильные кровотечения) и в пременопаузе. Это связано с изменениями в гормональном выбросе и с возрастными изменениями нейросекреторных структур гипоталамуса.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения могут возникать также в репродуктивном периоде в результате расстройства функции гипофизарной зоны гипоталамуса при стрессах, инфекциях, интоксикациях.

Ювенильными кровотечениями чаще всего страдают девочки в возрасте 12–18 лет после перенесенных инфекционно-токсических заболеваний. Особенно неблагоприятное действие оказывает тонзиллогенная инфекция. Определенную роль играют психические травмы, физические перегрузки, неправильное питание (гиповитаминозы).

При ювенильных кровотечениях нарушается выработка эстрогенов, низкий уровень прогестерона, в результате чего развивается длительное кровотечение. Этому кровотечению способствует плохое сокращение матки, не достигшей еще окончательного развития.

Ювенильные дисфункциональные маточные кровотечения наблюдаются чаще в первые два года после менархе. Состояние больной зависит от степени кровопотери и тяжести ане-

мии. Характерны слабость, отсутствие аппетита, утомляемость, головная боль, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия.

Диагноз основан на типичной клинической картине, подтвержденной тестами функциональной диагностики. Осматривают девочку с помощью детских влагалищных зеркал или вагиноскопа с осветительной системой. Двуручный осмотр производится через прямую кишку (после очистительной клизмы).

Лечение ювенильных кровотечений включает два этапа: остановку кровотечения и профилактику рецидива кровотечения. И тот, и другой этапы осуществляются с помощью применения гормонов. На первом этапе одновременно проводится общеукрепляющее лечение, гемотрансфузии. Затем с помощью заместительной гормональной терапии создается искусственно менструальный цикл (эстрогены и прогестерон) на фоне витаминотерапии (B_1 и C). В случаях анемии проводится антианемическое лечение.

Профилактика ювенильных кровотечений включает закаливание организма с раннего возраста, занятия физической культурой, полноценное питание, разумное чередование труда и отдыха, предупреждение инфекционных болезней, своевременная санация очагов инфекции.

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде встречаются не очень часто. Их клиника определяется степенью кровопотери и анемии.

Диагноз ставится на основании осмотра и тестов функциональной диагностики.

Лечение гормональное (нон-овлон, овидон, норколут, 170KS и др.).

Дисфункциональные маточные кровотечения в периоде менопаузы (пременопаузальные) встречаются у женщин в возрасте 45–55 лет и являются довольно частой генитальной патологией.

Симптомами этой патологии являются затянувшиеся кровотечения, часто приводящие к анемии. Учитывая большую частоту сопутствующих заболеваний и обменно-эндокринных нарушений (гипертоническая болезнь, гиперглике-

мия, ожирение и др.), эти кровотечения в пожилом возрасте протекают тяжелее, чем в другие возрастные периоды.

Диагноз нередко бывает затруднен, так как в этом возрасте (45–55 лет) у женщин возрастает частота возникновения аденомиоза, миомы, полипов матки, аденокарциномы, которые также могут приводить к кровотечениям. Нередко в период пременопаузы дисфункциональные маточные кровотечения сочетаются с эндометриозом матки и, гораздо реже, с гормоноактивными опухолями яичников.

С целью выявления внутриматочной патологии производят раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием. Используют также метод гистероскопии и гистерографии.

Лечение проводится в зависимости от результатов, полученных при гистологическом исследовании. При отсутствии злокачественных новообразований проводят лечение гормонами (12,5%-ный раствор оксипрогестерона — капроната и других прогестинов).

При гиперпластических процессах применяют криотерапию (жидкий азот).

Во всех остальных случаях показано оперативное лечение в объеме, зависящем от диагноза.

Своевременный осмотр и проведенное полноценное лечение являются главным направлением в профилактике заболеваний раком.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения. Эта патология является довольно редкой среди всех дисфункциональных маточных кровотечений.

Овуляторные кровотечения репродуктивного периода делят на межменструальные маточные кровотечения (кровотечение в дни, соответствующие овуляции) и кровотечения, обусловленные персистенцией желтого тела (после задержки 4–6 недель умеренные кровянистые выделения).

Диагноз подтверждает наличие овуляции на основании тестов функциональной диагностики и УЗИ, когда определяется персистирующее желтое тело, нередко кистозно измененное.

Лечение заключается в раздельном выскабливании цервикального канала и полости матки с целью гемостаза. Затем назначается комбинированная гормонотерапия эстроген — гестагенными препаратами (нон-овлон, овидон, бисекурин и др.).

Медицинская сестра должна знать основные причины и клинику нарушений менструальной функции.

При кровотечении медицинская сестра должна внимательно наблюдать за больной, следя за пульсом, АД, кожными покровами, регистрируя количество потерянной крови.

В случае обильного маточного кровотечения медицинская сестра должна уметь оказать неотложную помощь до прихода врача, своевременно вызвать врача, лаборанта, а также провести все необходимые мероприятия для дальнейших действий врача, включая подготовку к операции диагностического выскабливания полости матки, а при необходимости — к полостной операции.

Оказание неотложной помощи при маточном кровотечении

Необходимо уметь оказать неотложную доврачебную помощь при маточном кровотечении.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
пузырь со льдом,	1. Уложить большую и создать строгий постельный режим.
аппарат для измерения АД,	2. Надеть перчатки.
набор сывороток для определения группы крови,	3. Ввести внутривенно 10 мл 10%-ного раствора кальция хлорида.
система для внутривенного вливания,	4. Положить на живот пузырь со льдом.
кровезаменители,	5. Измерить АД, приготовить систему для внутривенного вливания.
кровь донорская,	6. Наполнить систему кровезаменителем.
инструменты для выскабливания полости матки,	7. Определить группу крови больной.
стерильный материал,	8. Заказать срочно одногруппную кровь.
	9. Вызвать врача, лаборанта.
	10. Приготовить инструменты для выскабливания полости матки и накрыть стерильный стол.

лекарственные препараты, перчатки. 11. С приходом врача выполнять все назначения врача.

Нейроэндокринные синдромы

Предменструальный синдром возникает в результате нарушения компенсаторных реакций в ответ на циклические изменения в организме. Непосредственной причиной возникновения синдрома могут быть нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла, различные соматические или инфекционные заболевания, психические травмы, патологические процессы половых органов.

Предменструальный синдром проявляется нервно-психическими расстройствами (тошнота, рвота, головная боль, раздражительность и т.д.), вегетососудистыми нарушениями (сердцебиение, потливость, нарушение чувствительности), обменно-эндокринными нарушениями (отеки, нагрубание молочных желез, иногда — диэнцефальные кризы или аллергические реакции).

Заболевание носит циклический характер, и симптоматика нарастает с приближением срока менструации, а после нее симптомы ослабевают и исчезают.

Терапия предменструального синдрома должна быть комплексной. Общеукрепляющее лечение, психотерапия, применение транквилизаторов, седативных средств, витаминотерапия сочетаются при необходимости (в зависимости от состояния эндокринной системы) с гормонотерапией.

Терапию нужно начинать своевременно, так как она предотвращает функциональные нарушения, предупреждает прогрессирование ряда сопутствующих заболеваний, развитие климактерического синдрома в более позднем возрасте.

Климактерический синдром. Климактерический период охватывает промежуток времени между окончанием репродуктивного периода и стойким прекращением гормональной функции яичников.

Понятие климактерического синдрома включает в себя симптомокомплекс, осложняющий естественное течение климак-

терического периода. Он развивается на фоне общих возрастных сдвигов, к которым присоединяются патологические состояния, обусловленные гормональными изменениями.

Первые признаки климактерического синдрома появляются чаще всего в 45—50 лет и выражаются в приливах жара, раздражительности, головной боли, потливости, нарушениях сна, лабильности пульса и АД. Иногда у таких женщин возникают боли в области сердца, нарушения опорно-двигательного аппарата (остеопороз), психические отклонения.

Если все эти явления резко выражены, необходимо проводить лечение, так как развитие климактерического синдрома может способствовать обострению основного заболевания.

Важным компонентом комплексной терапии является соблюдение гигиенического режима, регулирование диеты, витаминотерапия (с включением токоферола, ретинола, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты).

Больным нужно назначать лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение.

Из медикаментозной терапии хороший эффект дают нейролептики (френолон, метеразин и др.), транквилизаторы.

Из гормональных препаратов назначают андрогены (тестостеронпропионат), гестагены в непрерывном режиме (170ПК, депопровер, амбосекс). Гормональные препараты следует применять с учетом максимальной онкологической настороженности, учитывая, что в климактерическом периоде часто активизируются пролиферагивные процессы. При любом подозрении на атипичский рост необходимо немедленно исследовать больную, проведя диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием эндометрия и другие обследования на наличие этого вида патологии.

Посткастрационный синдром — это патологическое состояние, возникающее после полного удаления яичников или лучевой терапии у молодых женщин, характеризующееся симптомокомплексом с вегетососудистыми, нервно-психическими и обменно-эндокринными нарушениями.

Посткастрационный синдром возникает через 3—4 недели после операции и бывает наиболее выраженным в первые

6—12 месяцев. Он сильнее проявляется в молодом возрасте и складывается из бессонницы, плаксивости, ослабления памяти, чувства страха, утомляемости, депрессии, приливов, потливости, сердцебиения, головных болей, болей в суставах. У таких больных наблюдается остеопороз, ожирение, нервно-психические расстройства. Соматические заболевания усугубляют течение этого синдрома.

Терапия посткастрационного синдрома направлена на повышение компенсаторных реакций организма и усиление процессов адаптации для создания определенного гомеостаза.

С этой целью проводится лечение общеукрепляющими и седативными средствами, витаминотерапия. Если кастрация произведена не по поводу злокачественного новообразования, то можно назначать половые гормоны (микрофоллин, 170KS, бисекурин, нон-овлон и др.).

Эндометриоз

Эндометриоз является гормонозависимым заболеванием, при котором разрастается ткань, сходная с эндометрием за пределами матки. Эндометриоз чаще всего распространяется путем имплантации по лимфатическим и кровеносным сосудам, иногда переносится механически во время оперативных вмешательств (выскабливаний полости матки, полостных операций на матке, электрокоагуляции).

Различают генитальный эндометриоз и с локализацией в прямой кишке, брюшине, сальнике и других органах и тканях.

Клиническое проявление эндометриоза выражается появлением острых болей перед менструацией и во время нее в местах локализации этого процесса. Часто присоединяются нарушения функции соседних органов (прямой кишки, мочевого пузыря). У больных эндометриозом могут наблюдаться предменструальный синдром, мастопатия, бесплодие, невынашивание. Часто страдает общее состояние (головные боли, утомляемость, раздражительность, депрессия и пр.).

Выбор метода лечения эндометриоза чрезвычайно труден. Лечение должно быть комплексным, в высокой степени

индивидуальным и очень продолжительным. Оно должно проводиться с учетом возраста, локализации и степени распространенности, а также тяжести заболевания.

Для терапии используют гормональное лечение (синтетические прогестины) по схеме, назначенной врачом.

В ряде случаев, когда консервативное лечение не дает эффекта, прибегают к хирургическим методам лечения (иссечение эндометриoidной ткани).

Медицинской сестре необходимо хорошо знать перечисленные виды патологии (предменструальный, климактерический, посткастрационный синдромы, эндометриоз), причины их возникновения и течение, так как в каждом отдельном случае требуется особый подход к больной ввиду тяжести течения этих заболеваний.

Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять больным характер этих заболеваний, неизбежность клинических проявлений; она обязана квалифицированно выполнять все назначения врача, а также проводить беседы с больными о питании, гигиене, необходимости наблюдения за симптоматикой (появление кровянистых выделений, болей и пр.), так как в ряде случаев, особенно в климактерическом периоде, имеется реальная возможность возникновения на фоне имеющейся патологии различных новообразований.

При любом подозрении на злокачественную опухоль медицинская сестра должна немедленно сообщить данные врачу и убедить больную в необходимости врачебной консультации.



Причины бесплодия

О бесплодном браке говорит отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств.

Бесплодие может быть мужским и женским.

Мужское бесплодие проявляется неспособностью к оплодотворению независимо от возможности совершить половой акт. Причиной мужского бесплодия может быть: азооспермия (отсутствие сперматозоидов), аспермия (отсутствие эякулята), некроспермия (отсутствие подвижных сперматозоидов). Если подвижность сперматозоидов составляет менее 50%, можно также говорить о мужском бесплодии.

Женское бесплодие бывает первичным и вторичным. Первичное бесплодие характеризуется отсутствием беременности в анамнезе. Вторичным бесплодием называется такое состояние, когда у женщины были беременности, закончившиеся родами, абортами ранних или поздних сроков, внематочные беременности, а затем в течение одного года и более регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступала.

Причиной женского бесплодия могут быть как заболевания половой сферы, так и экстрагенитальная патология (хронические инфекции и интоксикации, производственные вредности и т.д.). Бесплодие у женщины могут вызывать нарушения обмена веществ, плохое питание, авитаминозы, постоянное нервное напряжение и психосоматические расстройства и так далее. Часто бесплодие у женщин обусловлено воспалительными заболеваниями матки и придатков, половым недоразвитием. В результате перенесенного воспалительного процесса маточные трубы становятся непроходимыми в результате спаивания маточного или ампулярного отделов и сперматозоиды с яйцеклеткой не могут проникнуть в маточную трубу. Наличие воспалительных процессов в брюшной

полости (аппендицит) нередко приводит к образованию спаек, в результате чего яйцеклетка после овуляции не может попасть в маточную трубу.

Определенное место в женском бесплодии занимают новообразования тела матки (миомы).

Эндоцервицит, эрозия шейки матки снижают возможность зачатия. Изменение состава шеечной слизи также препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки.

При нарушении менструальной функции с ановуляторными циклами ввиду отсутствия овуляции не созревает яйцеклетка, что также делает невозможным наступление беременности. Эта картина часто наблюдается при инфантилизме.

Наличие различных врожденных пороков развития половых органов (отсутствие яичников, двурогая или двойная матка и пр.) могут являться причиной бесплодия.

И, наконец, у некоторых половых партнеров может наблюдаться биологическая несовместимость, в результате которой беременность не наступает.

Симптоматология заболеваний, обуславливающих женское бесплодие, во многом определяется патологическими изменениями не только половой системы, но и других систем организма.

Так, при воспалительных процессах во внутренних половых органах одним из симптомов являются боль и бели, при миоме матки — кровотечение и так далее.

Эндокринное (гормональное) бесплодие занимает второе место по частоте после трубного, в его основе лежит изменение регуляции и овуляторной функции яичников и, как было уже сказано, связано с ановуляторными циклами, при которых не происходит овуляции. В этих случаях клиника может быть очень разнообразна: аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром и так далее.

Статистикой доказано, что если при первичном бесплодии причиной чаще всего являются гормональные нарушения (в 3 раза чаще), то при вторичном бесплодии это воспалительные процессы половых органов (на первом месте по частоте — трубное бесплодие).

Диагностика бесплодия

Исходя из этого, проводится диагностика бесплодия. При бесплодном браке обследование начинают с мужчины, особенно если речь идет о первичном бесплодии. С этой целью исследуется сперма у мужчины. Перед исследованием семя мужчины необходимо предупредить о 5–7-дневном воздержании от полового акта. На период обследования запрещается употребление спиртных напитков. Нельзя применять презерватив, так как он содержит тальк и лишает сперматозоиды подвижности. Можно рекомендовать прерванное сношение, при котором сперму нужно получить в сухой чистый стакан. Сперму в теплом состоянии (необходимо в зимнее время хорошо завернуть стакан) в течение одного часа доставляют в лабораторию. Иногда исследование спермы необходимо повторить.

Если исследования позволяют исключить мужское бесплодие, обследуют женщину.

Учитывая, что причиной первичного бесплодия чаще являются гормональные нарушения, обследование начинают, соответственно, с гормональных исследований. Так, после тщательно собранного анамнеза и гинекологического осмотра обследуют функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и далее приступают к обследованию функции яичников по тестам функциональной диагностики.

Если гормональная функция больной не нарушена, исследуется проходимость маточных труб.

При вторичном бесплодии диагностическое исследование начинают, как правило, с методов диагностики проходимости маточных труб.

Самым доступным методом является **метод пертурбации** (продувание маточных труб). Он проводится с 17-го по 21-й день менструального цикла. Перед продуванием труб в течение 3 дней больная получает прогестерон (по 1 мл 1%-ного раствора) для снижения сократительной деятельности матки. Затем, после подготовки наружных половых органов с помощью специального наконечника, введенного в шейный канал и соединенного с аппаратом, нагнетающим воздух,

в полость матки вводят воздух под давлением, следя за подъемом давления по стрелке. Если трубы проходимы, то при давлении 100–160 мм рт. ст. появляется характерный звук трубы, определяемый аускультативно, и боль в подреберье (френикус-симптом).

Недостатком метода является невозможность определить, какая труба непроходима и локализация непроходимости.

Более точным методом исследования является гистеро-сальпингография (ГСГ). Подготовка к исследованию и сроки его проведения те же, что и при пертурбации. После подготовки наружных половых органов с помощью шприца в полость матки вводится контрастное вещество в теплом виде. Для создания контраста пользуются как масляными, так и водными растворами. После введения контрастной массы маточный наконечник фиксируют пулевыми щипцами. Производят 3 снимка (сразу после введения, через 20 минут и через 24 часа).

Трубы проходимы, если в брюшной полости через сутки имеется хорошая «размазанность» контрастной массы (контур матки и труб не видны). При непроходимости маточных труб рентгеновский снимок позволяет уточнить локализацию непроходимой трубы. Если маточные трубы хорошо проходимы, необходимо произвести гормональное обследование больной.

Лечение бесплодия

Лечение проводится в зависимости от выявленной патологии.

Так, при непроходимости маточных труб методом выбора являются гидротубации (введение в полость матки под давлением лекарственной смеси из лидазы, гидрокортизона, антибиотиков на физиологическом растворе). Курс лечения — 5–6 процедур через день в межменструальном периоде. Можно повторить 3 курса с последующей ГСГ для уточнения результата проведенного лечения. Обычно гидротубации сочетают с физиотерапевтическим лечением.

При выявлении эндокринного бесплодия лечение заключается в проведении необходимой гормонотерапии на фоне общеукрепляющего лечения с целью создания овуляторных циклов.

С целью восстановления овуляторных циклов успешно применяются препараты: кломифен, клостильбегид, пергонал, парлодел и др. Применение их в течение 1—3 циклов вызывает овуляцию и делает возможным наступление беременности.

Одновременно должна проводиться терапия, направленная на укрепление организма и борьбу с экстрагенитальной патологией.

Искусственное осеменение. К методам лечения женского бесплодия относится искусственное осеменение — введение спермы в половые пути женщины с целью наступления беременности.

Сперму можно ввести в задний свод влагалища, но этот способ наименее эффективен, поскольку влагалищное содержимое может неблагоприятно действовать на сперматозоиды.

Второй способ — введение спермы в канал шейки матки, также не очень результативен из-за того, что сперма может погибнуть в содержимом шейечного канала.

Наиболее эффективен способ внутриматочного введения спермы.

Все эти способы применяются после тщательного обследования и установления проходимости маточных труб и двухфазности менструального цикла.

Осеменение можно проводить спермой мужа, а также спермой другого донора (при мужском бесплодии). Во всех случаях нужно тщательное обследование донора и подтверждение абсолютного его здоровья и хорошей наследственности.

В последние годы у нас для лечения бесплодия применяют экстракорпоральное оплодотворение и трансплантацию эмбриона (оплодотворение яйцеклетки вне организма и пересадка делящихся эмбрионов в полость матки). Уже имеются тысячи детей в мире, родившиеся при помощи применения

этой уникальной методики. Однако, учитывая дорогостоящую аппаратуру и оборудование, лекарственные препараты, в основном импортного производства, этот метод у нас в стране налажен только в крупных научно-исследовательских и клинических учреждениях. В Ростове-на-Дону эта методика успешно используется в Научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии.

Все женщины, носящие беременность с помощью применения вышеописанных методик, нуждаются в постоянном, тщательном наблюдении врача, акушера-гинеколога и корректировке течения беременности в необходимых случаях.

Профилактика бесплодия

Профилактика бесплодия заключается в своевременном предупреждении бесплодия. Она должна начинаться еще в детском возрасте с предупреждения воспалительных заболеваний половых органов, которые нередко возникают на фоне перенесенных детских инфекций (скарлатина, паротит, корь, краснуха и др.), влияющих на формирование полового аппарата у девочек.

Своевременное выявление воспалительных заболеваний половых органов и излечение их избавляет женщину в последующем от возможных осложнений.

Необходимо широко проводить большую санитарно-просветительную работу среди женщин по разъяснению вреда абортов и опасности возникновения воспалительных заболеваний в матке и ее придатках, вреда венерических заболеваний, которые могут явиться причиной бесплодия. В этом большая роль отведена медицинским сестрам, которые по роду своей работы имеют широкий контакт с людьми, посещая больных на дому, ухаживая за постельными больными, принимая участие в лечении и обследовании больных.

Медицинская сестра должна уметь объяснить обоим партнерам, страдающим бесплодием, как подготовиться к обследованию (собрать и доставить сперму), подготовиться к различным процедурам по диагностике проходимости маточных

труб, обследованию по тестам функциональной диагностики и так далее).

В обязанности медицинской сестры входит подготовка ко всем манипуляциям диагностики бесплодия (выскабливание, рентгеновские процедуры и пр.), а также выполнение назначений врача и ассистирование во время проведения этих манипуляций.

Профилактикой бесплодия можно считать гигиену брака. Ранняя половая жизнь может привести к нарушению всех функций женского организма.

Новобрачные должны обращаться в медико-генетические консультации при кабинетах «Семьи и брака», особенно если в роду одного из будущих супругов имеется наследственная патология.

Следует отметить: чем раньше начата реабилитационная терапия, тем больше вероятность достигнуть положительного результата.



ПОНЯТИЕ О СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

Проблемы охраны и укрепления здоровья людей необходимо рассматривать с широких социальных позиций, причем они должны обсуждаться трезво, научно и реалистически. Особое значение имеют забота об укреплении семьи и охрана материнства. Многие в этом плане уже делается. В ряде городов создана специальная служба семьи, ширится сеть психологических и медицинских консультаций. С 1973 г. при Московском НИИ психиатрии Минздрава РСФСР функционирует Всесоюзный научно-методический центр по вопросам сексопатологии во главе с профессором Г.С. Васильченко, координирующий деятельность сексопатологов по всей стране. Опубликованы руководства для врачей — «Общая сексопатология» (1977) и «Частная сексопатология» (1983). С 1985 г. с целью подготовки молодежи к семейной жизни в школьную программу включены учебные курсы «Гигиена и половое воспитание» и «Этика и психология семейной жизни». Активизировался выпуск научно-популярной литературы по вопросам пола, хотя ее тиражи и качество оставляют желать большего и лучшего.

Однако ни сексопатология, ни половое просвещение школьников, ни служба семьи не могут успешно развиваться, не опираясь на фундаментальные общие научные исследования пола и сексуальности. Поскольку эти вопросы по своей сути являются междисциплинарными, современная сексология напоминает равносторонний треугольник, одну сторону которого образуют биомедицинские, вторую — социокультурные и третью — психолого-педагогические исследования. Все эти исследования взаимосвязаны и не могут друг без друга раскрыть полноту своих возможностей, но достигнутый в разных областях науки уровень знаний весьма различен, а вследствие междисциплинарной разобщенности специалисты зачастую вообще не знают, что делается в смежных, а тем

более в отдаленных от них науках. Это сильно тормозит как интегративные процессы, так и развитие частных дисциплин.

С сожалением приходится констатировать, что некоторые существенные элементы сексологического треугольника в нашей стране практически отсутствуют. Вовсе нет исследований по психологии сексуальности, да и психология половых различий не привлекает к себе должного внимания, хотя в трудах П.П. Блонского и Л.С. Выготского психосексуальное развитие ребенка занимало важное место. Не проводятся систематические и достаточно массовые социологические опросы о сексуальном поведении, по которым в 20-х годах СССР занимал ведущее место в мире, а начались они в России еще в начале века. Странятся сексологической тематики и ученые-гуманитарии, хотя в свое время выдающиеся советские этнографы В.Г. Богораз, Л.Я. Штернберг, Д.К. Зеленин и филологи М.М. Бахтин, В.Я. Пропп, О.М. Фрейденберг были пионерами в изучении культурного полового символизма. Лучше обстоит дело в биологии. Однако наши генетики, физиологи и эндокринологи изучают не столько сексуальное поведение, сколько общие закономерности половой дифференцировки и репродуктивной биологии, причем главным образом на животных, так что книгу, названную «Нейроэндокринология пола», следовало бы в интересах точности назвать «Нейроэндокринология пола грызунов».

Что такое сексология? Даже образованные люди большей частью считают ее разделом медицины, молчаливо отождествляя с сексопатологией. Между тем с самого своего возникновения слово «сексология» обозначало междисциплинарную, даже энциклопедическую, отрасль знания.

Разумеется, рождение термина и создание отрасли знания — не одно и то же. Люди интересовались проблемой пола всегда. Уже древнейшие мифологические, а позже философские системы содержали какие-то объяснения природы половых различий, сведения об анатомии и физиологии гениталий, технике полового акта, зачатии, беременности и родах. Благодаря обобщенному в них историческому опыту

древние китайские трактаты об «искусстве спальни», индийская «Камасутра» или «Наука любви» Овидия и сегодня представляют не только исторический интерес. Однако древняя эротология, т. е. теория и практическое искусство любви, не ставила своей целью исследовать сексуальность. Она скорее обосновывала и конкретизировала то отношение к ней, которое было принято в соответствующем обществе.

Первыми людьми, начавшими систематическое изучение половой жизни, были врачи, и начали они, естественно, не с ее нормальных, а с патологических форм. В числе родоначальников сексологии обычно упоминаются профессор психиатрии Венского университета Рихард фон Крафт-Эбинг (1840–1902), швейцарский невропатолог, психиатр и энтомолог Август Форель (1848–1931), немецкие психиатры Альберт Молль (1862–1939) и Магнус Хиршфельд (1868–1935), австрийский психиатр, родоначальник психоанализа Зигмунд Фрейд (1856–1939), немецкий дерматолог и венеролог Иван Блох (1872–1922) и английский публицист, издатель и врач Генри Хэвлок Эллис (1859–1939).

Влечения и комплексы

Самой влиятельной сексологической теорией первой половины XX века был, безусловно, психоанализ Зигмунда Фрейда. Психоанализ как философская и психологическая теория и как метод лечения неврозов, безусловно, значительно шире сексологической проблематики этих вопросов. К сожалению, систематического изложения и критики фрейдовской теории сексуальности в свете современных научных данных на русском языке нет. В отличие от большинства своих предшественников, З. Фрейд рассматривает сексуальность не как частный, локальный, аспект человеческой жизни, а как ее основу и стержень. Половое влечение (либидо) составляет, по З. Фрейду, источник всей психической энергии индивида, а всякое эмоциональное удовлетворение он называет сексуальным. Ядро того, что мы называем любовью, — писал З. Фрейд, — половая любовь, целью которой является

сексуальная близость. Это влечение лежит и в основе таких «несексуальных» чувств как любовь к самому себе, родительская и сыновняя любовь, дружба, любовь к человечеству в целом и даже привязанность к конкретным предметам и абстрактным идеям. Все они, по З. Фрейду, «суть проявления одних и тех же инстинктивных импульсов». В отношениях между полами они пробивают себе путь к сексуальному союзу, а в других случаях отвлекаются от этой цели или не могут достичь ее. Тем не менее, первоначальную либидинозную природу этих чувств всегда можно распознать по жажде близости и самопожертвованиям. Такая расширительная трактовка либидо навлекла на Фрейда небезосновательные обвинения в пансексуализме. Однако это не был вульгарный, механический редукционизм. Тезис, что «сексуальные импульсы» включают все эмоциональные и дружественные влечения, к которым в просторечии применяется слово «любовь», неразрывно связан у З. Фрейда с тем особым значением, которое он вкладывает в понятие «сексуальность»: *«В первую очередь, сексуальность отделяется от своей слишком тесной связи с гениталиями и рассматривается как общая телесная функция, имеющая своей целью удовольствие и только опосредованно служащая целям воспроизводства».*

Понятие нормы в сексологии

Определение понятия нормы в сексологии имеет специфические трудности, обусловленные тесным переплетением биологических, личностных и социальных факторов, а также чрезвычайной вариативностью индивидуальных отклонений. Так, по данным А. Кинси (1948), вариативный размах крайних проявлений сексуальности определяется цифрой 1:45000. В том же исследовании вскрыта и на огромном фактическом материале продемонстрирована статистически достоверная связь между принадлежностью к определенным социальным группам и моральным установками в отношении различных форм сексуального поведения. Так, представители экономически менее обеспеченных и менее образованных слоев насе-

ления, резко осуждая мастурбацию, положительно относились к добрачным половым связям и частой смене сексуальных партнеров. Представители же экономически более обеспеченных и более образованных слоев населения, половая практика которых характеризовалась более поздним началом половых связей (обычно после или накануне вступления в брак) и стойкостью установившихся отношений, проявляли терпимость в отношении мастурбации, в том числе ранней, и в собственной сексуальной практике применяли ее в течение многих лет.

Практическая значимость уяснения понятия «нормы» в половой жизни и отражения этого понятия в представлениях людей, в том числе считающих себя сексологически большими, определяется тем, что часть пациентов обращается за сексологической помощью именно из-за превратных представлений о нормах половой жизни, ибо у них обычно не обнаруживается каких бы то ни было расстройств половой сферы. Так, «сексологические» архивы хранят документы, свидетельствующие, с одной стороны, о длительном и упорном «лечении» по поводу *ejaculatio praecox* при продолжительности копулятивных фрикций 5–10 минут, а, с другой — случайно выявляемые факты, когда наступление эякуляции после 3–5 фрикций, наблюдаемое на протяжении многих лет семейной жизни, не вызывает никакого беспокойства ни у одного из супругов.

К выделяемым И.С. Коном (1967) трем аспектам определения нормы сексологических проявлений — моральному, статистическому и физиологическому — следует добавить еще два — возрастной и конституциональный.

Благодаря совместным, хотя и не всегда координированным, усилиям многих наук мы знаем сегодня о закономерностях половодифференцировки и сексуального поведения человека неизмеримо больше, чем прошлые поколения. Достаточно назвать такие в полном смысле слова междисциплинарные проблемы, как соотношение биологических и социальных факторов половой дифференцировки; диалектика полового диморфизма и бипотенциальности

на разных стадиях развития организма, личности, культуры и общества; стадии и компоненты формирования половой идентичности индивида; роль научения в становлении сексуального сценария и поведения; соотношение половой конституции, сексуального сценария и самосознания; семантика сексуального поведения; взаимодействие и проблема соответствия эротических установок и поведения; половозрастные, культурно-исторические, социальные и индивидуально-типологические вариации человеческой сексуальности; многозначность понятий нормы и патологии; относительность разграничения «сексуальных» и «несексуальных» реакций и привязанностей: когнитивные и аксиологические аспекты сексуальной мотивации и их связь с системой личностных смыслов; особенности мужской и женской сексуальности в контексте психофизиологии и динамики социальных половых ролей; межкультурные вариации и тенденции исторического развития половой стратификации и сексуальной морали; закономерности подбора, адаптации и функционирования супружеской пары и т.д. Многие из этих вопросов 20–30 лет назад даже не возникали либо на них невозможно было ответить средствами науки.

Моральные оценки являются одним из объектов сексологического исследования, поскольку оно связано с изучением социальных норм, установок и мотивации. Вместе с тем сексология и практикующие ее люди всегда, осознанно или неосознанно, опираются на какой-то нравственный кодекс. Решение врача, сообщать ли родителям о беременности их несовершеннолетней дочери, если заведомо известно, что они жестоко отнесутся к девушке, — не только профессиональное, но и моральное решение. Нравственное решение принимает и учитель, посвящая (или не посвящая) своего воспитанника в какие-то «тайны жизни», знание которых, по мнению педагога, необходимо подростку, но не предусмотрено школьной программой. Как всякое моральное решение, это предполагает выбор, внутреннее чувство ответственности и определенный риск. Разумеется, этот выбор делается с ориентацией на определенный моральный кодекс.

Сексопатология и ее место среди других медицинских специальностей

Для некоторых индивидуумов сексуальные отклонения являются практически единственным источником полового удовлетворения, носят навязчивый характер, имеют тенденцию к прогрессированию, т. е. вся жизнь подчинена удовлетворению искаженного полового влечения. Человек утрачивает волевой контроль над своими действиями. Сексуальные переживания приобретают характер неодолимой болезненной привычки, навязчивости, сходной с такими болезненными пристрастиями, как влечение к алкоголю или наркотикам. У таких людей постепенно нарастает социальная неприспособленность, изоляция от окружающего мира. Они могут ощущать свою ущербность, несостоятельность, внутреннее раздвоение переживаний. Нарастающий и неразрешимый конфликт между извращенными способами полового удовлетворения и общепринятыми сексуальными нормами часто приводит таких людей к тяжелым невротическим расстройствам, попыткам самоубийства. Однако у многих людей с различными искажениями психосексуального развития не возникает чувства вины и серьезных душевных переживаний за содеянное даже после самого тяжкого сексуального насилия.

Причины сексуальных отклонений от установленного в обществе уклада половых отношений до конца не изучены. Считается, что в формировании всех сексуальных отклонений, включая и их патологические, извращенные формы, играет роль множество биологических и социально-психологических факторов. Имеют значение неблагоприятная наследственность, гормональные нарушения, органические поражения головного мозга вследствие родовой травмы, интоксикации, различные искажения психосексуального развития, в том числе обусловленные неправильным половым воспитанием, изоляцией от сверстников, психические расстройства при шизофрении, эпилепсии, органических психозах. В основе половых отклонений чаще всего лежит сочетание нескольких факторов, негативно действующих на сексуальную

сферу человека и препятствующих становлению зрелой сексуальности.

Для лечения сексуальных отклонений используются различные методы психотерапии, которые направлены на постепенное уменьшение патологического влечения, коррекцию сексуального поведения и оказания глубинного воздействия на личность больного.

Ниже рассмотрены основные типы сексуальных отклонений. Даны правила безопасного секса.

Танатофилия — разновидность мазохизма, когда половое возбуждение неразрывно связано с тематикой смерти. Мысли о собственной смерти, фантазии о ритуале похорон и той печали, которая охватит близких и родных, способствуют логическому завершению полового акта, без которых нередко возможность совершать половой акт практически отсутствует. В некоторых случаях танатофилы оборудуют специальные комнаты с гробом, венками и тому подобным, где, облачаясь в соответствующую одежду и улегшись в гроб, они предаются мастурбации. Некоторые описанные сексологами варианты танатофилии близки к некрофилии. В публичных домах Франции существовали специально оборудованные «комнаты покойников», в которых проститутка играла роль умершей, лежавшей среди черных занавесей и горящих свечей.

Некрофилия — половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Встречается исключительно редко у мужчин. Страшные сказки о смерти, покойниках, кладбищах и вампирах слышат все дети, что вызывает вполне понятную реакцию волнения, тревоги и страха. Такая острая эмоциональная реакция для некоторых из них становится желанной и привлекательной. С взрослением ребенка подобное состояние при сниженном пороге возбудимости определенных нервных структур головного мозга может вызвать даже эякуляцию и оргазм, фиксироваться в его сознании. Чаще всего подобное может иметь место у психически неполноценных и больных людей. Обычно в формировании некрофилии присутствуют садистские наклонности человека. При резко выраженной некрофилии особое наслаждение некрофил

испытывает при расчленении трупа, прикладывании отдельных частей трупа к собственному телу, что сопровождается мастурбацией, иногда половым актом. В ряде случаев отдельные части трупа уносятся с собой для дальнейших подобных манипуляций.

Обычно некрофилы используют только мертвое тело и на убийство идут крайне редко. Видимо, само убийство не является стимулом полового чувства некрофила, а его фантазии сразу переходят на манипуляции с мертвым телом. К некрофилии можно отнести и случаи, когда для сексуальной стимуляции мужчины партнерша должна изображать покойницу: наряжаться в соответствующее платье, не реагировать на действия партнера. Некоторые специалисты считают, что элементы некрофилии присутствуют и в тех случаях, когда мужчина отдает предпочтение половым актам со спящей партнершей. Для облегчения контактов с объектом вожделения некрофилы устраиваются на работу в морги, на кладбища и прочие подобные места.

Главную роль в формировании этой патологии играет психопатологическая почва, именно она помогает решиться на реализацию патологического влечения и закрепить его.

Эксгибиционизм — это достижение полового удовлетворения путем демонстрации половых органов лицам противоположного пола вне ситуации половой близости. Встречается, как правило, у мужчин. Однако ряд авторов отмечают, что и некоторые женщины, например, занимающиеся профессиональным стриптизом или склонные к обнажению различных частей тела (чаще груди, бедер), имеют определенные эксгибиционистские наклонности. Для большинства мужчин-эксгибиционистов важное значение имеет испуг женщины, поэтому они стремятся шокировать ее, появившись внезапно из-за укрытия, в окне или подъезде дома. Распахнув плащ или пальто, они демонстрируют эрегированный половой член, приходят в состояние сильного полового возбуждения, иногда доходящего до психического оргазма. Часто показ сопровождается мастурбацией. Иногда случаи эксгибиционизма наблюдаются в общественном транспорте в

позднее время, нередко обнажение совершается перед детьми. Лиц, у которых эксгибиционизм сочетается с элементами садизма, более всего привлекает реакция страха и стыда у женщин, а при наличии мазохистских тенденций возбуждающими оказываются собственные ощущения унижения, стыда или страха перед наказанием. Выделяют также *вербальный* (словесный) *эксгибиционизм*, когда мужчина получает удовольствие от нашептывания интимных подробностей и откровенных пошлостей на ухо женщине или выслушивания их от нее. Чаще всего это происходит по телефону, когда мужчина звонит незнакомой женщине и в разговоре затрагивает темы, вызывающие у него половое возбуждение, мастурбируя при этом до эякуляции и оргазма. Словесный эксгибиционизм может сочетаться со стремлением обнажать свои половые органы перед другим лицом. Как возрастную норму элементы эксгибиционизма можно обнаружить у 5% детей возрастом до 7 лет и менее чем у 1% детей — возрастом 7–11 лет. В детском возрасте демонстрация половых органов лишена сексуальной окраски. Однако при снижении порогов возбудимости и нарушении сроков психосексуального развития, чаще всего в результате нервно-психических заболеваний, демонстрация гениталий в ряде случаев сопровождается сексуальным возбуждением, а впоследствии и оргазмом. Сладострастные ощущения при обнажении у таких детей могут закрепляться по механизму импринтинга, формируя в дальнейшем эксгибиционистские наклонности. Профилактика эксгибиционизма такая же, как и при других нарушениях психосексуальных ориентаций, лечение преимущественно психотерапевтическое.

Нимфомания — это патологическое половое влечение у женщин, проявляющееся безудержным стремлением к половому сближению с разными партнерами. У мужчин аналогичное отклонение носит название *сатириазис*. Нимфоманию можно рассматривать как синдром, характеризующийся постоянным стремлением к сексуальным контактам; причиной его могут быть навязчивые состояния или агрессивные тенденции. Такого рода причины обуславливают неконтро-

лируемое поведение, направленное на стремление к сексуальным контактам с любым человеком, независимо от его возраста, внешности и даже пола. Абсолютный промискуитет отличает женщину, страдающую нимфоманией, от женщины, проявляющей выраженную сексуальную активность, но способную в значительно большей мере контролировать свое сексуальное поведение, что выражается в определенном отборе партнера. Выделяют несколько разновидностей нимфомании: нимфомания, обусловленная частыми приступами полового возбуждения, возникающими на фоне органического поражения головного мозга или гормональных расстройств; нимфомания в рамках маниакального состояния; нимфомания на фоне исключительно сильного врожденного полового влечения; нимфомания мнимая, при которой женщины по разным причинам психологического и социального характера вынуждены поддерживать многочисленные сексуальные контакты со многими партнерами. Существует точка зрения, согласно которой нимфомания — гипертрофированное половое влечение навязчивого или сверх ценного характера, в основе которого лежит диссонанс между биологическим и психическим компонентами либидо. При нимфомании возбуждение носит субъективный характер и не сопровождается специфическими изменениями кровоснабжения мышечного тонуса половых органов, а оргазм достигается с трудом либо не наступает вовсе. Однако навязчивый характер полового влечения толкает женщину на частую смену партнеров, хотя сами сексуальные контакты полного удовлетворения не приносят. По мнению ряда сексологов, только данный вариант повышения либидо относится к истинной нимфомании и встречается при психических нарушениях. Его следует отличать от патологической гиперсексуальности при различных поражениях глубинных структур мозга, в частности гипоталамуса. Повышение сексуальности может приводить как к асоциальному поведению с множеством случайных половых связей и алкоголизацией, так и к затруднению половых и социальных контактов. Асоциальное поведение чаще развивается тогда, когда гиперсексуальность

проявляется в детском, подростковом или юношеском возрасте, когда женщина еще не сформировалась как личность, и образовавшийся психический инфантилизм не позволяет противостоять болезненному повышению влечению.

Фетишизм (идол, талисман — *франц.*) — сексуальное влечение к различным одушевленным и неодушевленным предметам, частям тела и элементам одежды (бельевой фетишизм). По всей вероятности, фетиш способен полностью заменить естественную потребность половозрелого человека в общении с другой личностью. Фетишем является конкретный зримый предмет, лишенный духовного содержания, а это духовное содержание наполняется фантазиями, зачастую без учета реальной обстановки и чувств партнера. Полная свобода действий с фетишем, не требующим самого трудного — затрат психической и физической энергий на настрой второго партнера на интимную волну, является наиболее привлекательным и позволяет отдаться полностью полету сексуальной фантазии и иллюзиям. Поэтому личность партнера не играет для любителя фетиша абсолютно никакой роли. В то же время для многих мужчин какая-то часть тела женщины (грудь, ноги, ягодицы и т.д.) либо предмет женского туалета может играть роль стимулятора полового чувства, а воспоминания о них могут сопровождаться даже онанизмом и оргазмом. Но онанизм в этом случае носит заместительный характер, неразрывно связан с личностью женщины, ее поведением и не воспринимается в отрыве от нее. При фетишизме же этот образ бездуховен, не имеет конкретного обладателя, а существует как бы сам по себе, отдельно, поэтому различного рода сексуальные действия, в том числе и половой акт, возможны с любой женщиной, обладательницей определенного фетиша, без учета ее личностных качеств, возраста, внешности и темперамента.

Фетиш обычно символизирует и замещает либо конкретный объект любви, либо собирательный образ, предпочтительных объектов по принципу «часть вместо целого». Фетиш помогает усилить яркость фантазий и мечтаний, сделать их предметными и осязаемыми, добиться максимального

полового возбуждения. Элементы фетишизма сопровождают как нормальную, так и патологическую сексуальность. Преодоление трудностей в приобретении фетиша (кража) уже доставляет определенное наслаждение. Половое удовлетворение достигается не просто получением желанного предмета, а путем его обоняния, осязания, прикладывания к половым органам, «укладывания» в постель в сочетании с мастурбацией. «Бельевой» фетишизм нередко сопровождается переодеванием в белье лиц противоположного пола. Фетишисты чаще крадут белье с веревок во время его сушки, на пляжах и в других местах и лишь иногда покупают в магазинах. У каждого фетишиста имеются свои предпочтения. Варианты фетишизма необычайно разнообразны. Встречается фетишизм носа, рук, груди, ног, ягодиц, полной или худой фигуры, изуродованных ног или лица, косоглазия и длинных волос, бритого лобка и волос на лобке и т.д. Фетишизм одежды практически включает в себя весь гардероб современной женщины: от плавок и колготок (в зависимости от фасона, отделки и цвета) до перчаток, обуви и меха шубы. У женщин фетишизм чаще всего проявляется как притяжение к разного рода татуировкам, рубцам, бороде, усам, степени развития вторичного волосяного покрова, форме одежды (чаще мундирам) и т.п. Необычайно часто фетишем является тембр голоса мужчины, особенно тенор.

Истинный фетишизм чаще ограничивает сексуальную жизнь, чем обогащает ее. Для некоторых мужчин фетиш настолько важен, что без него мужчина оказывается неспособным к возбуждению. Подобный мужчина, например, не способен осуществить половой акт, если его партнерша не носит черных резинок. В исключительных случаях фетиш настолько овладевает влечением мужчин, полностью вытесняя женщину, что резинка, изделие из кожи, мех или одежда из искусственных тканей становятся единственным, что ему нужно, чтобы достичь возбуждения и оргазма.

Парафилия — болезненные нарушения направленности полового влечения и способов его удовлетворения. Такие типы поведения называют *извращениями*.

Некоторые виды поведения, похожие на поведение большинства из нас, не находят необычными или считают удовлетворительными межличностными отношениями (например, когда муж возбуждается при виде жены, одетой в черное нижнее белье). Другие парафилии характеризуются более драматическим поведением, которое не находит понимания у людей и не может приниматься сексуальными партнерами. Большинство из них включает причинение физического или психического вреда (побоев и т.п.).

Различные типы парафилии группируются по следующим категориям:

- ▶ *жертвенные парафилии* (один из партнеров играет роль наказуемого): садизм (возбуждение от причинения боли, повреждений и побоев); мазохизм (возбуждение от причиняемой боли); симфорофилия (возбуждение от различных инцидентов и катастроф). Их можно проранжировать по степени ужаса или страха, от которых человек получает возбуждение (эротофонофилия);
- ▶ *хищнические парафилии* (ситуация, когда сексуальные отношения ассоциируются только с применением насилия). Индивид с такой парафилией может представлять себя в роли и хищника, и его жертвы;
- ▶ *меркантильные парафилии* (сексуальное возбуждение возникает при демонстрации испорченности и развращенности во время полового акта);
- ▶ *фетишизм* (явление, при котором необходимым компонентом полового акта является какой-либо символ). Эти символы называют фетишами, без них сексуальное возбуждение индивида невозможно. Изначально слово «фетиш» обозначает объект, обладающий магической силой. В традиционных культурах и религиях фетишами служили ладанки и амулеты.

Женские панталоны, чулки, подвязки во все времена являлись традиционными фетишами, символизируя различные части женского тела. Другие объекты фетишизма — материалы типа латекса, резины. Некоторые фетиши обладают запахами секретов человеческого тела,

другие, очевидно, закрепляются в сознании с раннего детства. Объекты фетишизма могут принадлежать сексуальным партнерам. До них дотрагиваются или на них смотрят, особенно мужчины во время мастурбации. Известно, что большинство мужчин могут возбуждаться при виде обнаженной женской груди. Некоторым необходимо, чтобы партнер помочился в их присутствии, но их взаимоотношения с партнерами и схемы любовных отношений из-за этого не меняются. Нужно помнить следующее: парафилию можно классифицировать только в том случае, если фетиш не просто служит дополнительным компонентом возбуждения, но без него невозможно обойтись;

- ▶ *избирательные парафилии* (когда партнер может быть выделен только из группы индивидов, предпочтительных в качестве сексуальных партнеров, например, выбор среди возрастных групп). При *педофилии* партнер должен быть намного моложе, допубертатного возраста, но он же, вступая в период полового созревания, перестает быть привлекательным объектом. Противоположным случаем служит *жиронтофилия*, когда возникает необходимость в старом партнере. При *эфебофилии* (поиск старым человеком партнера моложе себя) возрастные различия могут не сильно бросаться в глаза социально, однако это серьезный случай, поскольку чем старше такой индивид, тем более молодой партнер ему необходим. Другие типы парафилии: *зоофилия*, потребность в партнере другой расы, наличие у партнера различных отклонений; встречается также *некрофилия* — потребность в мертвом партнере;
- ▶ *парафилии привлекательности* (специфические этапы, предшествующие половому акту, становятся самой важной деталью, отделяя возбуждение от совокупления).

Одним из примеров может служить эксгибиционизм, когда мужчина обнажает половой член, возбуждаясь от необычности подобного поведения и шока окружающих. Затем он возвращается домой, чтобы совершить половой акт с партне-

ром или заняться мастурбацией. Другие виды парафилии связаны с просмотром запрещенных фильмов, изображений, сюда же можно включить телефонные переговоры на сексуальные темы, потребность в эротических шоу и т.п. Один из типов подобных парафилий — *фротеризм*, когда мужчина испытывает потребность в телесном контакте в автобусе, других общественных местах, где партнер анонимен. Так как подобное поведение выходит за рамки общепринятого, многие статьи законов направлены против него. Интересно, что опасность, которую представляют такие люди, оценивается по-разному, различны и меры, предпринимаемые в связи с этим (от уголовной ответственности до лечения). К примеру, мужчины, обнажающие половой член в общественных местах, иногда подвергаются аресту, а в некоторых случаях на них попросту не обращают внимания или оказывают психологическую помощь, направляют на консультации.

Ученые очень мало знают о различных парафилиях. Трудно даже предположить, какому количеству людей они свойственны, потому что фиксируются только те, кто вступает в конфликт с законом или имеет трудности в супружеской жизни, обращаясь при этом к консультанту, врачу, аналитику. Возможно, такое поведение формируется в раннем детстве или является результатом гормонального развития еще до рождения. Иногда парафилия не проявляется у человека до старости, а служит симптомом различных заболеваний или повреждений и травм мозга.

Существует огромное различие между сексуальными фантазиями человека и тягой к их осуществлению. Более того, очень велики различия между людьми в том, как они воплощают парафилию. Одни возбуждаются только во время каких-либо действий, другие — при просмотре видео или воображаемой возможности их реализации позже.

Считается, что в формировании всех сексуальных отклонений, включая и их патологические формы, играет роль множество биологических и социально-психологических факторов. Имеют значение неблагоприятная наследственность, гормональные нарушения, органические поражения голов-

ного мозга вследствие родовой травмы, интоксикации, перенесенные нейроинфекции, неправильное половое воспитание, изоляция от сверстников, эпилепсии, тяжелые психопатии, органические психозы и т.д.

Лечение направлено на постепенное уменьшение патологического влечения, коррекцию сексуального поведения и оказание глубинного воздействия на личность больного.

Мессалинизм (по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью) — форма сексуального поведения женщины, испытывающей потребность в частой смене сексуального партнера.

Различают несколько форм мессалинизма: *фригидный* (женщина, страдающая аноргазмией — полной первичной фригидностью, меняет партнеров в надежде испытать оргазм), *нимфоманический* (женщина испытывает потребность во все новых и новых оргазмах), *спортивный*, близкий к донжуанству (женщина отличается разнузданностью, аморальным поведением и старается установить своеобразный рекорд своим «победам»), *меркантильный*, который не отличается от проституции (женщина отдается любому за вознаграждение). Некоторые формы мессалинизма могут проходить после излечения их первопричины (например, фригидности или нимфомании).

Вуайеризм (визионизм) — это вид полового извращения: влечение к разглядыванию половых органов или созерцанию полового акта, совершаемого другими лицами, которое выступает как ведущая или единственная форма половой разрядки. Стремление подглядывать за половыми актами либо обнаженными половыми органами взрослых отмечается у четверти детей дошкольного возраста, в возрасте 7–11 лет такое влечение обнаруживается у каждого третьего мальчика и примерно у 6% девочек. Закреплению детского вуайеризма, по видимому, способствуют трудности в общении со сверстниками, неумение устанавливать контакты с лицами противоположного пола, стойкая фиксация в незрелой психике ребенка увиденной сцены интимной близости и т.п. К раз-

новидностям вуайеризма можно отнести увлечение стриптизом, варьете, различного рода эротическими шоу и фотографиями. Элементы вуайеризма присутствуют в конкурсах красоты, иллюстрированных календарях и журналах. Особую тревогу у специалистов вызывает бум видеопродукции «для взрослых», ибо это породило новую волну пациентов, оказывающихся неспособными без подобного дополнительного стимула к совершению половых актов, так как эрекция и эякуляция достигаются в основном от созерцания суррогатного объекта на телеэкране, а не от интимной близости с реальной партнершей. Порой непреодолимое желание увидеть запретное толкает визиониста на подсматривание в окна больниц, женских общежитий, туалетов. И хотя большинство визионистов способны к совершению нормальных половых актов, но подсмотренная сцена, сопровождаемая мастурбацией, приносит им несравнимо более сильное переживание. Остроту чувств вуайеристу придает анонимность присутствия при интимных сценах и опасение быть застигнутым за этим занятием.

Педофилия — сексуальное влечение к детям. Пол ребенка не имеет большого значения, поскольку тело ребенка с признаками незрелости составляет истинный сексуальный стимул, роль которого подобна роли фетиша (см. *Фетишизм*). Иногда термином «педофилия» обозначают наклонности к сексуальным контактам с детьми независимо от их пола, а термином «нимфофилия» определяют сексуальные наклонности мужчин по отношению к незрелым девочкам. Педофилия существовала всегда, но подход к ней был различным. В странах восточных культур нимфофилия в целом не преследовалась и сексуальные действия с девочками считались обычными. В рамках европейской культуры границы возраста, юридически позволяющие сексуальные контакты с детьми, характеризовались значительными колебаниями. Во Франции лишь во второй половине XIX в. граница возраста, в котором девочка могла вступать в брак, была увеличена с 11 до 13 лет, а в Англии только в 1929 г. был упразднен обычай, по которому 12-летняя девочка считалась способной

вступать в брак. В настоящее время возраст, до постижения которого взрослый человек не может иметь сексуальных контактов с детьми, в среднем составляет 15–16 лет, хотя по существу граница эта более высокая, поскольку кроме правовых норм существуют еще моральные, которые и поднимают эту границу. По данным сексуальной статистики, около 25% женщин припоминают о попытках мужчин к сексуальному сближению с ними, когда они были еще детьми. Половина этих попыток сводилась к актам эксгибиционизма, а у 12% имел место телесный контакт в виде петтинга, в то время как попыток к половому сношению почти не наблюдалось. Таким образом, защитные механизмы, препятствующие сексуальным контактам взрослых людей с детьми, в целом функционируют эффективно.

Российский сексолог В.И. Здравомыслов считает, что термин «педофилия» можно рассматривать в двух аспектах: в узком смысле слова как *любовь к мальчикам* и в широком смысле как любовь к детям, причем половое влечение может иметь как гетеросексуальную, так и гомосексуальную направленность. Можно выделить любовь к мальчикам до 16 лет, любовь к юношам старше 16 лет (*эфебофилия*), любовь к девочкам до 16 лет (*корофилия*), любовь к девушкам-девственницам (*партенофилия*). Мнение о том, что педофилами чаще всего являются психически больные люди или лица с повышенным сексуальным влечением, сексопатологическая практика не подтверждает. В основном педофилами оказываются подростки, 30-летние мужчины и пожилые люди. Обычно педофилами бывают родственники либо хорошие знакомые семьи. Под маркой модного ныне «полового воспитания» растление детей происходит обычно постепенно, начиная от показа эротической и порнографической продукции и до демонстрации половых органов, петтинга, орально-генитальных контактов и вестибулярного коитуса.

По мнению сексологов, совращение ребенка может привести к преждевременному психосексуальному развитию, искажению психосексуальных установок, а нередко и к более серьезным отклонениям в незрелой психике. Среди причин

формирования педофилии специалисты называют задержки психосексуального развития, нередко выявляемые у этих лиц, трудности контакта со сверстниками и наличие сексуальных расстройств, затрудняющих нормальный половой контакт. Некоторые сексологи различают *истинную педофилию*, когда сексуальное влечение направлено исключительно, на детей, и *заместительную* — в случаях отсутствия половозрелого партнера.

Эфебофилия — половое влечение взрослых людей к лицам подросткового и юношеского возраста, как к девушкам, так и к юношам. При этом сексуальное возбуждение стимулируется физической незрелостью юношей или девушек, их неопытностью. Чаще встречается у мужчин. Влечение к девушкам-подросткам ближе всего к нормальной возрастной ориентации полового влечения и до сих пор в некоторых регионах считается социально приемлемым. В прошлом веке в ряде европейских стран брачный возраст для женщины составлял около 11–13 лет. В настоящее время в большинстве стран установлена уголовная ответственность за сексуальные контакты взрослых людей с девушками моложе 15–16 лет, в Беларуси — моложе 18 лет, то есть несовершеннолетними. Формированию эфебофилии могут способствовать трудности, возникающие как у мужчин, так и у женщин при контактах со сверстниками. Возможно развитие эфебофилии у лиц с половыми расстройствами. К интимным связям с подростками их побуждают неопытность юношей и девушек, незнание ими техники полового акта с вытекающей отсюда меньшей вероятностью услышать упреки и осуждение своих сексуальных действий. У некоторых людей половая близость со сверстниками-подростками оставляет столь яркий след в памяти, что впоследствии влияет на их сексуальные предпочтения в зрелом возрасте. Возникновение эфебофилии у пожилых мужчин связано с угасающим половым влечением и другими сексуальными расстройствами, когда контакты с очень молодыми девушками используются как своеобразный допинг. Нередко лица с ярко выраженной эфебофилией стремятся найти работу в подростковых коллективах, где выше вероятность

найти объект для растления. Под видом полового просвещения они проводят откровенные беседы на сексуальные темы, всячески стимулируя воображение девочек, демонстрируют печатную продукцию и видеофильмы соответствующего содержания. Высокая половая активность подростков, которые находятся в периоде юношеской гиперсексуальности, способствует легкой реализации сексуальных наклонностей у женщин с эфебофилией. Юноши, как правило, принимают интимные предложения от женщин значительно старше себя и вступают с ними в сексуальные отношения. Такие женщины берут на себя роль «наставниц» над сексуально неопытными юношами, причем сам процесс обучения неумелого подопечного вызывает у них сильное половое возбуждение. Проявления эфебофилии у женщин воспринимаются подростками спокойно и даже с чувством благодарности, причем во многих случаях из-за скрытности юношей эти связи проходят незамеченными. Большие трудности в выборе сексуального партнера возникают у мужчин-эфебофилов, поскольку молодые девушки менее охотно вступают в половые отношения. Эфебофилия может быть реализована, не выходя за рамки социальных и морально-этических норм. В таких случаях эфебофильные тенденции проявляются в выборе внешне инфантильных партнеров зрелого возраста.

Термином «эфебофилия» обозначают также гомосексуальные контакты между женщиной и подростком. Эта разновидность гомосексуализма была особенно распространена в Древней Греции, где была дозволенной и ценилась наравне с гетеросексуальными контактами. Кроме того, такого рода эфебофилия включалась в систему воспитания, поскольку считалось, что любовь и тесные сексуальные контакты способствуют усвоению и передаче лучших черт, особенностей личности и жизненного опыта от учителя к ученику.

Геронтофилия — половое влечение к лицам старческого возраста; своеобразная форма фетишизма. Тягу молодой женщины к стареющему мужчине некоторые специалисты объясняют ее неудовлетворенностью половыми контактами с молодыми людьми из-за их полового эгоизма, недостаточности

внимания и ласки, ускоренной эякуляции, большой сексуальной потребности и т.п. В ряде случаев причиной геронтофилии могут быть садомазохистские наклонности женщины; возможность безраздельно владеть старым беспомощным человеком или желание «отдать себя в руки немощного старца». Возможно формирование геронтофилии в результате растления и соращения детей и подростков пожилыми людьми. Первые сексуальные переживания по тем или иным причинам могут быть связаны со взрослыми людьми и в последующем определять направленность полового влечения. Влечение молодых мужчин к женщинам пожилого и старческого возраста часто вызывается их неуверенностью в своих сексуальных способностях в связи с бытующим мнением о половой ненасытности молодых женщин. Чувство тревоги значительно уменьшается при контактах с менее требовательной пожилой партнершей, и нередко все понимающая и благодарная, она является единственной женщиной, с которой такой мужчина оказывается потентным.



ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоли представляют собой патологическое избыточное разрастание тканей, в которых клетки меняют свое качество и форму. Особенностью новообразований является способность клеток размножаться даже после прекращения воздействия факторов, вызвавших их рост.

Различают предраковые состояния и опухоли. Опухоли, в свою очередь, могут быть доброкачественными и злокачественными.

Доброкачественные опухоли не обладают способностью разрушать ткани, прорастая в них, и образовывать метастазы; они по мере роста раздвигают или сдавливают соседние ткани.

Злокачественные опухоли прорастают в соседние ткани, разрушая их, и обладают способностью распространяться по кровеносным и лимфатическим сосудам в близлежащие или отдаленные органы и ткани, образуя метастазы.

Предраковые заболевания

К предраковым заболеваниям относится ряд таких состояний, при которых в тканях и органах развиваются дистрофические процессы. Своевременная диагностика этих состояний позволяет предупредить дальнейшее перерождение тканей и развитие в них опухолей. Различают предраковые заболевания наружных половых органов, влагалища, шейки матки, эндометрия и яичников.

К предраковым заболеваниям в области влагалища и наружных половых органов относятся лейкоплакия и крауроз.

Лейкоплакия имеет вид белого пятна с перламутровым блеском, слегка возвышающегося над слизистой оболочкой. Локализация, в основном, в области малых половых губ, ок-

ружности клитора и во влагалище. Границы пятен резко очерчены. Прогрессируя, лейкоплакия утолщается и изъязвляется. Заболевание сопровождается зудом.

Крауроз характеризуется сморщиванием и атрофией тканей наружных половых органов. Слизистая оболочка и кожа теряют эластичность, уменьшается растительность на лобке, пятна обесцвечиваются. Резко истонченная слизистая оболочка приобретает вид пергаментной бумаги.

Прогрессирующая атрофия приводит к сглаживанию клитора, малых и больших половых губ, резко суживается вход во влагалище. Больную беспокоят зуд, затруднения при мочеиспускании, дефекации, половой жизни. Часто присоединяется вторичная инфекция.

Нередко крауроз и лейкоплакия сочетаются и тогда прогноз становится менее благоприятным, так как процесс может переродиться в злокачественную опухоль.

Лечение предраковых состояний наружных половых органов и влагалища представляет определенные трудности. Оно должно быть направлено на общеукрепляющие мероприятия (соблюдение режима труда и отдыха, гимнастику, диету с исключением острых блюд и спиртных напитков), применение десенсибилизирующей терапии, транквилизаторов. Местно применяют 10%-ную анестезиновую и 2%-ную димедроловую мазь, 2%-ную резорциновую примочку, 0,1%-ный раствор гистамина. Применяют также новокаиновую блокаду.

К фоновым процессам шейки матки относятся: полип, эрозия шейки матки, эктропион шейки матки. Фоновые процессы — это патологические состояния врожденного или приобретенного характера, на фоне которых при определенных условиях развивается рак шейки матки.

Полипы шейки матки изолированного, цервикального происхождения редко наблюдаются и чаще растут из эндометрия.

Эрозия шейки матки представляет собой изъязвление влагалищной части шейки матки (см. «Воспалительные заболевания женских половых органов»).

Эктропион часто развивается на фоне некачественно восстановленного разрыва шейки матки во время родов.

Диагноз ставится на основании осмотра шейки матки в зеркалах, кольпоскопии, пробы Шиллера (при смазывании шейки матки 2%-ным раствором Люголя пораженные участки шейки матки не окрашиваются), цитологического исследования, биопсии.

Лечение фоновых заболеваний шейки матки может быть консервативным и хирургическим.

Консервативное лечение предусматривает снятие воспалительного процесса, улучшение трофики тканей (ванночки, жировые тампоны, гормональные мази).

При отсутствии атипических клеток прибегают к коагуляционному, криохирургическому или хирургическому методу вплоть до ампутации шейки матки.

К предраковым заболеваниям **эндометрия** относят *аденоматоз, аденоматозные полипы и атипическую гиперплазию эндометрия*.

Проявлением гиперпластических процессов в эндометрии чаще всего являются кровотечения.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза, гинекологического осмотра, а также цитологического исследования аспирата из полости матки, гистероскопии.

Выявление гиперпластических процессов является настораживающим моментом, особенно в периоде менопаузы. Такие больные относятся к группе «риска», их ставят на диспансерный учет, постоянно обследуются и им своевременно проводится лечение.

Лечение заключается в применении средств, восстанавливающих нарушения нейрогуморальной регуляции менструальной функции под контролем тестов функциональной диагностики у женщин в молодом возрасте. С этой целью применяются синтетические прогестины (нон-овлон, инфенкундин, бисекурин и др.). У женщин в периоде менопаузы необходимо произвести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба и затем прове-

сти лечение андрогенами (метилтестостерон, тестенат, сустанон-250 и др.). При отсутствии эффекта от консервативной терапии прибегают к кастрации или хирургическому методу.

Доброкачественные опухоли женских половых органов

Среди доброкачественных опухолей наиболее часто встречаются миомы матки и кисты яичников, а также кисты вульвы и влагалища.

Кисты вульвы и влагалища локализуются чаще всего в области складки между большой и малой половой губой у выходного протока большой вульварной железы или в верхней части боковой стенки влагалища.

Они представляют собой гладкостенное образование эластической консистенции, безболезненное при пальпации. Обычно больная жалуется на затруднения при ходьбе.

Лечение хирургическое (вылущивание кисты).

Миома матки. Миома матки является очень распространенной патологией женских половых органов и представляет собой доброкачественное новообразование. Опухоль происходит из мышечной и соединительной тканей, очень богата кровеносными сосудами.

В зависимости от места разрастания миоматозного узла различают следующие виды миомы:

1. *Субсерозные* (подбрюшинные) узлы, когда происходит разрастание новообразования в направлении серозного слоя матки.
2. *Интерстициальные* (внутристеночные) узлы, когда происходит рост миоматозного узла в толще маточной стенки.
3. *Субмукозные* (подслизистые) узлы, когда происходит рост узла в полость матки.
4. *Атипичные* формы узлов (позади шейки матки, забрюшинно, межсвязочно и т.д.).

Миомы матки отличаются большим разнообразием клинического течения. Наиболее часто встречающимся симптомом миомы матки является нарушение менструальной функции (маточные кровотечения в виде мено- и метроррагии или скудные продолжительные мажущиеся кровянистые выделения).

Следующей по частоте является боль в низу живота и в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в бедро. Боли носят разнообразный характер (от временного, во время месячных, до постоянных).

Диагностика миомы матки проводится с помощью гинекологического осмотра, зондирования и диагностического выскабливания полости матки. Опухоль обычно плотной консистенции, различной формы, часто бывают множественные узлы.

Если диагностика затруднена, применяют дополнительные методы исследования (УЗИ, пельвиографию, ГСГ и др.).

Лечение может быть консервативным и оперативным. *Консервативная терапия* направлена на замедление роста опухоли и снижение тяжести клинического течения заболевания. Консервативное лечение проводится в тех случаях, когда клиника не очень резко выражена и миома не имеет склонности к быстрому росту. В этих случаях проводится гормонотерапия синтетическими прогестинами с учетом тестов функциональной диагностики и эффективности лечения.

Консервативное лечение противопоказано при миомах матки, превышающих по размеру матку в 16 недель беременности; с наличием подслизистых узлов и полипозом эндометрия; с явлениями злокачественного перерождения или омертвения (некроза) узлов; с явлениями быстрого роста, сдавливающих соседние органы и нарушающих их функцию; при обильных кровотечениях и болях; при перекручивании ножки узла, а также при сочетании миомы с другими патологическими процессами в женских половых органах.

Во всех этих случаях прибегают к *хирургическому методу* лечения. Операция может проводиться консервативно в случаях, когда женщина молодая и не имеет детей: вылу-

шиваются миоматозные узлы. В остальных случаях объем операции состоит в надвлагалищной ампутации матки.

Кисты яичников. Доброкачественные опухоли яичников очень разнообразны по своему происхождению, форме и клинике.

Чаще всего встречаются кисты желтого тела, фолликулярные кисты, дермоидные кисты.

Клиническая картина опухоли яичников может протекать бессимптомно. Но чаще симптоматика кист яичника определяется болями в нижних отделах живота, особенно если киста достигает больших размеров и сдавливает соседние органы.

Киста может быть на ножке и при перекруте ножки кисты наступает ее омертвление (некроз) вследствие нарушения кровоснабжения.

Почти все кисты яичников являются гормонозависимыми опухолями. Они вырабатывают повышенное количество эстрогенов и могут вызывать гиперпластические процессы в матке, что, в свою очередь, вызывает ациклические маточные кровотечения.

Диагностика основывается на анамнезе, гинекологическом осмотре и дополнительных методах обследования.

Лечение заключается в немедленном хирургическом вмешательстве, сразу же после выявления любого новообразования яичников.

Профилактика состоит в регулярных профилактических осмотрах (два раза в год) и своевременном выявлении группы «риска» с предрасположенностью к возникновению опухолей.

Всякая опухоль яичников потенциально злокачественна, поэтому выявление и полноценная медицинская помощь при любом новообразовании яичников и матки являются очень надежной мерой предупреждения развития злокачественных опухолей.

Большая роль в борьбе со злокачественными новообразованиями принадлежит смотровым кабинетам, где при осмотре всех контингентов женщин выявляется любая патология

женских половых органов; они своевременно направляются к врачу-гинекологу и им проводится полноценное обследование и лечение.

Злокачественные опухоли женских половых органов

Из злокачественных опухолей женских половых органов чаще всего встречаются рак шейки и тела матки и рак яичников, реже — рак вульвы и влагалища.

Рак вульвы и влагалища наблюдается у женщин в менопаузе, ранее страдавших лейкоплакией или краурозом, или сочетанием этих патологий.

Беспокоят бели, зуд, иногда — боли.

Диагноз ставится после биопсии, цитологического и гистологического исследований.

Лечение проводится методом сочетанной лучевой терапии.

Рак шейки матки — наиболее часто встречающаяся патология среди злокачественных опухолей женской половой системы. Предрасполагающим фактором являются эрозия шейки матки или эрозированный эктропион.

Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки.

При *экзофитной* форме шейка матки напоминает кочан цветной капусты, при дотрагивании до этого образования появляются кровянистые выделения.

При *эндофитной* форме шейка приобретает форму бочонка, вследствие прорастания опухоли в толщу шейки матки; может изъязвляться.

При *смешанной* форме эти две клинические картины комбинируются.

Метастазирует рак шейки матки по лимфатическим путям в регионарные лимфатические узлы малого таза, клетчатку малого таза. Реже метастазы распространяются гематогенным путем.

Классификация рака шейки матки:

- Стадия 0 — раковые клетки обнаруживаются локально, в одном месте.
- Стадия I — поражена только шейка матки.
- Стадия II — имеется инфильтрация параметрия, или верхней части влагалища, или опухоль переходит на тело матки.
- Стадия III — инфильтрация переходит на стенки малого таза с поражением регионарных лимфатических узлов.
- Стадия IV — переход опухоли на мочевой пузырь, или прямую кишку, или же имеются метастазы в отдаленные органы (печень, легкие, кости и т.д.),

Ведущим симптомом рака шейки матки являются контактные кровянистые выделения, бели и боли в нижних отделах живота, а также ухудшение общего самочувствия. При распространении процесса на соседние органы появляется соответствующая симптоматика со стороны этих органов (нарушение мочеиспускания, дефекации и т.д.).

Диагностика должна основываться на анамнезе, объективных данных, а также данных кольпоскопии, цистоскопии, гистологии; проводится проба Шиллера.

Для лечения рака шейки матки применяют хирургический, комбинированный и сочетанный лучевой методы лечения. Выбор метода определяется степенью распространенности процесса и общим состоянием больной.

Так, при стадии 0 показана круговая диатермоэксцизия шейки матки с последующим тщательным гистологическим исследованием всей удаленной ткани.

Во всех остальных стадиях производится расширенная экстирпация матки с придатками (по методу Вертгейма-Губарева); причем в I стадии хирургический метод сочетают с лучевой терапией; во II — сочетанная лучевая терапия; в III — только сочетанная лучевая терапия, а в IV — лечение паллиативное симптоматическое, направленное на улучшение состояния и ликвидацию экстремальных ситуаций (непроходимость кишечника и т.д.).

Учитывая, что при раке шейки матки может возникнуть обильное кровотечение, медицинская сестра должна уметь

оказать неотложную помощь в этом случае, которая заключается в общепринятых мерах, описанных ранее, а также до прихода врача медсестра должна уметь затампонировать влагалище стерильным тампоном, который вводится после введения зеркал во влагалище стерильным анатомическим пинцетом. Тампон может находиться во влагалище в течение 6–8 часов.

Рак тела матки обычно встречается в более старшем возрасте, после 50 лет. Чаще им страдают нерожавшие или малорожавшие женщины. Процесс, как правило, возникает на фоне гиперпластических изменений в эндометрии и сочетается с нейроэндокринными расстройствами.

Классификация рака тела матки:

- Стадия 0 — единичные атипические клетки, найденные в эндометрии при гистологическом исследовании.
- Стадия I — опухоль ограничена телом матки.
- Стадия II — распространение опухоли на шейку матки.
- Стадия III — распространение опухоли на параметральную клетчатку и влагалище.
- Стадия IV — распространение процесса за пределы таза, прорастание в мочевой пузырь и прямую кишку или отдаленные метастазы.

Клинически рак тела матки проявляется жидкими водянистыми белями (лимфорей), позже выделения приобретают вид «мясных помоев» с резким неприятным запахом. Основным симптомом являются кровянистые выделения в менопаузе. Могут быть схваткообразные боли или боли постоянного характера. При прорастании опухоли в соседние органы появляются симптомы нарушения функции этих органов (запоры или поносы, кровь в кале и моче, затрудненное мочеиспускание и др.).

Диагностика рака тела матки основывается на общих жалобах, данных общего и гинекологического осмотра, а также на методах дополнительного исследования больных (цистоскопия, гистологическое исследование при аспирации и диагностическом выскабливании полости матки).

Метод лечения рака тела матки выбирается в соответствии с характером и степенью распространения патологического процесса с учетом общего состояния больной и патогенетического варианта.

Применяются методы хирургического, комбинированного, сочетанного лучевого и гормонального лечения.

Хирургический метод используется преимущественно при поверхностном росте опухоли, при отсутствии метастазов в лимфатические узлы. Операция проводится в объеме удаления матки, придатков, лимфоузлов с клетчаткой.

Комбинированное лечение (операция и лучевая терапия; операция и гормонотерапия или всё вместе) проводится преимущественно у больных со II стадией.

При III стадии комбинированное лечение предусматривает и предоперационную лучевую терапию с целью остановить распространение метастазов.

В IV стадии, так же, как и при раке шейки матки, лечение паллиативное.

Гормонотерапия может быть методом выбора при противопоказаниях к хирургическому и лучевому лечению. Применяют 12,5%-ный раствор оксипрогестерона капроната, а также нон-овлон и другие прогестины.

Рак яичников. Рак яичников бывает первичный, вторичный и метастатический. За последние годы, благодаря профилактическим осмотрам, значительно снизился процент этой патологии, однако ввиду довольно злокачественного течения рака яичников он остается ведущим в ряду причин смертности от злокачественных новообразований женской половой сферы.

Рак яичников чаще обнаруживают у женщин пред- и постменопаузального периода. Помня о том, что любая доброкачественная опухоль яичников практически может подвергнуться малигнизации, видимо, целесообразно стремиться выявлять доброкачественные опухоли у молодых женщин и своевременно их удалять. Это поможет снизить заболеваемость злокачественными опухолями у женщин пожилого возраста.

Классификация рака яичников:

- Стадия I — опухоль в одном яичнике.
- Стадия II — опухоль в двух яичниках, матке и маточной трубе.
- Стадия III — поражение яичников и тазовой брюшины, лимфатических узлов и сальника; асцит.
- Стадия IV — прорастание опухоли в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку), диссеминация опухоли по брюшине, отдаленные метастазы.

Клиническая картина рака яичников разнообразна. Симптомы заболевания зависят от типа и характера опухоли, от распространенности процесса. Часто жалобы появляются не сразу, а лишь при перекруте опухоли или сдавлении ею соседних органов, асците. Появляются ухудшение общего состояния, слабость, головокружение, похудание, быстрая утомляемость, потливость, постоянные ноющие боли в низу живота, иногда — маточные кровотечения.

Диагностика в начальных стадиях также затруднена, и опухоль зачастую выявляется лишь при гинекологическом осмотре. Уточняется диагноз с помощью дополнительных методов обследования (УЗИ, рентгенологический, эндоскопия и др. методы).

Лечение рака яичников проводится с помощью хирургического вмешательства (удаление матки с придатками), лучевой терапии, сочетанной и комбинированной терапии, химиотерапии (применение препаратов, воздействующих на опухолевые клетки — тио-тэф, бензотэф, циклофосфан, сарколизин и др. препараты).

Профилактика злокачественных новообразований заключается в проведении профилактических осмотров два раза в год среди женщин старше 25 лет. Такие осмотры ставят цель своевременного выявления с помощью современных методик (кольпоскопия, УЗИ и др.) патологических новообразований и лечения их, что позволяет значительно снизить смертность от злокачественных опухолей.

— При выявлении опухоли у больной о ней немедленно сообщают в онкологический диспансер, который занимается дальнейшим лечением и реабилитацией больной.

Роль в раннем выявлении различных опухолей медицинских сестер очень велика, так как при проведении санитарно-просветительной работы с женщинами и в личных беседах с посетителями лечебных учреждений медицинская сестра должна обязательно обратить внимание женщин на типичную симптоматику этих видов патологии и убедить женщину своевременно обратиться к врачу-гинекологу для уточнения диагноза.

При обследовании и лечении больных с новообразованиями медицинская сестра выполняет все назначения врача, готовит инструменты для обследования и различных манипуляций и ассистирует врачу во время их проведения.



НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Нормальным положением половых органов принято считать расположение их в центре малого таза на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца и от боковых стенок таза. Дно матки при этом обращено кверху и кпереди и не выходит за пределы плоскости входа в малый таз. Шейка матки своим наружным отверстием цервикального канала обращена книзу и кзади. Таким образом, матка располагается так, что между телом и шейкой матки образуется тупой угол, обращенный к лону (рис. 46).

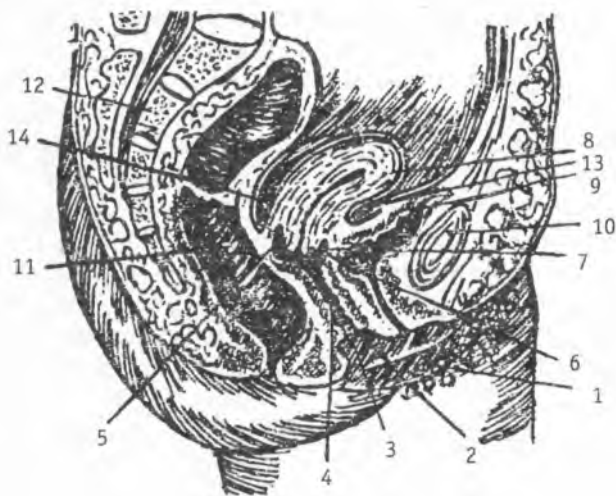


Рис. 46. Тазовые органы женщины
(нормальное расположение половых органов):

- 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 (двугласово) пространство

Своему нормальному расположению матка обязана мышцам и фасциям тазового дна и связочному аппарату, а также тонусу половых органов, зависящему от нормального гормонального фона, внутрибрюшного давления, брюшного пресса и мышц тазового дна.

Если эти факторы или соотношения между ними нарушаются, возникают различные патологические отклонения в положении половых органов (аномалии).

Неправильные положения матки

Аномалиями положения матки можно считать отклонения от нормального положения в малом тазу, носящее постоянный характер, а также нарушение нормальных соотношений между телом и шейкой матки или между ее слоями.

Различают следующие аномалии положения матки:

1. Смещение матки целиком в полости таза по вертикальной или горизонтальной плоскости. При этом матка может быть смещена:

- а) по вертикальной плоскости (приподняtie матки, опущение матки, когда вся матка опущена книзу, но не выходит за пределы половой щели и выпадение матки, когда матка частично или полностью выходит за пределы половой щели);
- б) смещение матки по горизонтальной плоскости кпереди, кзади, влево или вправо.

2. Смещение отделов или слоев матки по отношению друг к другу. Различают:

- а) наклонение матки, когда тело матки смещается в одну сторону, а шейка матки — в другую;
- б) перегиб матки, когда между телом матки и шейкой матки образуется острый угол (направление этого угла может быть кпереди, кзади, вправо и влево);
- в) поворот матки, вплоть до перекручивания ее при неподвижной шейке;
- г) выворот матки, при котором слизистая оболочка матки обращена наружу, а брюшинный покров — внутрь.

Аномалии положения матки могут возникать после перенесенных патологических процессов в малом тазу, но могут быть и врожденными.

Жалобы женщины, страдающей патологическими положениями матки, сводятся к болям в пояснично-крестцовом отделе, иррадиирующим в ногу, затруднениями во время полового акта; иногда могут наблюдаться расстройства менструальной функции и нарушение функции соседних органов (мочевого пузыря и прямой кишки). Эта патология может приводить к невынашиванию беременности или бесплодию.

Диагноз ставится на основании данных гинекологического осмотра и обследования.

Лечение зачастую затруднено и сводится к хирургическому вмешательству или массажу.

Опущение и выпадение матки и стенок влагалища

К опущению и выпадению матки и стенок влагалища приводят: ослабление связочного аппарата и мышц тазового дна или передней брюшной стенки, атрофия матки. Чаще всего аномалии такого рода наблюдаются в пожилом и старческом возрасте у многорожавших женщин и у женщин, занимавшихся тяжелым физическим трудом.

Обычно начинается опущение стенок влагалища с передней стенки, которая в процессе опущения тянет за собой стенку мочевого пузыря.

Одновременно может происходить и опущение стенки прямой кишки, образуя грыжевое выпячивание. Ослабевает связочный аппарат, что приводит к опущению и выпадению матки.

Клиника опущений и выпадений стенок влагалища и матки сводится к болям в низу живота, усиливающимся при ходьбе, учащенному болезненному мочеиспусканию или недержанию мочи, запорам.

При полном выпадении матки может быть острая задержка мочи. Часто слизистая выпавшей матки изъязвляется

вследствие присоединения инфекции, развивается восходящая инфекция, переходящая на половые органы и мочевые пути.

Диагноз ставится на основании проведенного осмотра и обследования больной.

Лечение опущений и выпадений матки и стенок влагалища может быть как консервативным, так и хирургическим.

Консервативное лечение состоит из гигиенических мероприятий (частые подмывания, применение асептических мазей), лечения трофических язв: по назначению врача медицинская сестра производит обработку выпавших стенок влагалища и шейки матки асептическими растворами с помощью стерильного материала (растворы фурацилина, перманганата калия, перекиси водорода). После этого врач сухим тампоном, смоченным синтомициновой эмульсией с антисептиками, вправляет матку, а медицинская сестра вставляет во влагалище тампон с синтомициновой или стрептоцидовой эмульсией.

При отсутствии эффекта во влагалище вводится пессарий (резиновое или пластмассовое кольцо).

Введение во влагалище пессария

Необходимо уметь ввести пессарий во влагалище при выпадении матки.

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика выполнения:</i>
кресло или кушетка,	1. Объяснить больной назначение процедуры.
перчатки,	2. Уложить на кресло или кушетку с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными.
дезраствор (фурацилин 1:5000 или перекись водорода 3%-ная),	3. Надеть перчатки; подмыть больную и смазать наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер дезраствором.
синтомициновая эмульсия,	4. Сменить перчатки; обмыть выпавшую часть матки раствором фурацилина или 3%-ной перекисью водорода.
пессарий,	5. Промокнуть сухой салфеткой.
стерильный материал.	

6. Стерильное кольцо (пессарий) смазать синтамициновой эмульсией.
7. Сжать кольцо по возможности и ввести во влагалище.
8. Расположить кольцо поперек влагалища на тазовом дне.
9. Смять перчатки и вымыть руки.

Хирургические методы лечения применяются с целью устранения опущения стенок влагалища и выпадения матки. Метод оперативного вмешательства и объем зависят от того, живет ли женщина половой жизнью, возраста больной, общего ее состояния и других факторов.

Профилактика опущения и выпадения матки и стенок влагалища проводится во все периоды жизни женщины, начиная с детского возраста, и предусматривает соблюдение гигиенических мероприятий, своевременное опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, физические упражнения, ограничение тяжелого физического труда.

В детородном возрасте придается большое значение правильному ведению беременности, родов и послеродового периода.

Особое место занимает охрана труда женщин, которая запрещает применение женского труда на работах, связанных с подъемом тяжестей и других тяжелых работах.



Если на организм женщины во время беременности или вне ее воздействуют вредные факторы (радиация, алкоголь, наркотики, вредные химические вещества), или же инфекционные заболевания (корь, краснуха, туберкулез и др.), в процессе эмбриогенеза могут развиваться различные пороки в формировании половых органов.

На нормальный организм могут оказывать вредное воздействие и такие факторы, как перенесенный гестоз беременности, гипоксия плода.

Наконец, пороки развития формируются в результате генетических отклонений от нормы.

Пороки развития наружных половых органов

Аномалия развития наружных половых органов встречается в виде гермафродитизма.

Гермафродитизм выражается наличием у плода признаков как мужского, так и женского полов.

Гермафродитизм бывает истинным и ложным. Истинный гермафродитизм встречается чрезвычайно редко и выражается в наличии в половых железах ткани как яичек, так и яичников.

При этом вторичные половые признаки и внутренние половые органы могут быть преимущественно и женского, и мужского типа.

Псевдогермафродитизм, или ложный гермафродитизм, — это порок, при котором строение наружных половых органов не соответствует внутренним половым органам, а именно, половым железам. Так, при наличии матки и придатков, а также влагалища наружные половые органы сформированы по мужскому типу (женский псевдогермафродитизм).

Обычно женский псевдогермафродитизм формируется при адреногенитальном синдроме (АГС). Пороки наружных половых органов часто сочетаются с пороками развития мочеиспускательного канала и прямой кишки.

Аномалии развития яичников

Пороки развития яичников встречаются в виде отсутствия яичников, дисгенезии гонад и склероцистозных яичников.

Дисгенезия гонад (синдром Шерешевского-Тернера) выражается отсутствием яичников. Такие девочки сложены по мужскому типу, небольшого роста, с грубым голосом, короткой шеей, ростом волос в нетипичных местах (борода, усы и т.д.). Наблюдается умственное отставание в развитии.

Такие больные жалуются на отсутствие менструаций и вторичных половых признаков, недоразвитие половых органов и молочных желез.

Лечение заключается в проведении заместительной гормональной терапии.

Синдром склерокистозных яичников (синдром Штейна-Ливентеля) заключается в замещении яичниковой ткани соединительной и нарушении синтеза половых гормонов. В результате того, что вырабатывается большое количество мужских половых гормонов, у больной развивается избыточное оволосение и нарушение менструальной функции, чаще всего в виде аменореи или гипоменструального синдрома. У таких больных избыточный вес, увеличенные яичники при хорошо развитых вторичных половых признаках, но они, как правило, страдают бесплодием, так как циклы ановуляторные.

Лечение может быть консервативным (гормональная терапия по циклу) и оперативным (клиновидная резекция яичников).

Аномалии развития матки и влагалища

Из пороков развития матки и влагалища встречается **полное отсутствие влагалища**. Отсутствие влагалища часто сочетается с недоразвитием матки и яичников. Клинически это

проявляется отсутствием менструации и невозможностью половой жизни.

Частой формой порока развития девственной плевы является отсутствие в ней отверстия и тогда менструальная кровь скапливается во влагалище и растягивает его.

Жалобы такой больной на распирающие боли во влагалище во время месячных; боли иррадиируют в прямую кишку. Иногда от механического воздействия девственная плева разрывается самостоятельно.

Диагноз ставится на основании анамнеза и осмотра на гинекологическом кресле.

Лечение проводится хирургическим методом (девственная плева крестообразно рассекается).

При отсутствии влагалища его формируют искусственным методом между мочеиспускательным каналом и прямой кишкой.

Может наблюдаться аномалия в виде **двойного влагалища** или **двойной матки**. Обычно эти два порока сочетаются между собой.

Матка может быть *двурогой*. При двурогой матке могут быть две шейки, перегородка во влагалище.

При двурогой матке оба рога могут иметь выход в шейку матки, а может быть один рог слепой (без выхода во влагалище).

Двурогая матка может иметь неполную перегородку и седловидную форму дна матки.

Клиническая картина может протекать бессимптомно, так как беременность может наступать поочередно в обеих матках, а также ее рогах. Роды в этом случае возможны самопроизвольные, но они могут осложняться слабостью родовой деятельности, гипотоническим кровотечением и так далее.

Иногда пороки развития приводят к возникновению беременности в рудиментарном роге, и тогда развивается клиника, напоминающая внематочную беременность. Пороки развития могут приводить к бесплодию и невынашиванию беременности.

Лечение. Если больная не предъявляет жалоб, у нее нет нарушений менструальной функции, она беременеет и рождает без патологии, лечение не проводится. В тех случаях, когда пороки развития влекут за собой определенную симптоматику (бесплодие, невынашивание беременности и так далее), применяется хирургический метод лечения в зависимости от вида патологии.

Недоразвитие половых органов

Недоразвитие половых органов (генитальный инфантилизм) выражается в отставании полового развития. Генитальный инфантилизм часто сочетается с задержкой общего развития организма.

Причинами генитального инфантилизма могут быть различные нарушения в питании (гиповитаминоз), перенесенные тяжелые заболевания, особенно инфекции, интоксикации, влияние вредных факторов на организм беременной женщины, а также наследственные факторы.

Жалобы больных с недоразвитием половых органов складываются из позднего наступления менархе, аменореи или гипоменструального синдрома, альгодисменореи, снижения полового чувства, бесплодия и невынашивания беременности, патологических родов.

При осмотре таких больных определяются слабо выраженные вторичные половые признаки (скудное оволосение на лобке, втянутая промежность, большие половые губы не прикрывают малые), узкое влагалище, длинная шейка матки и маленькая матка. Обычно эта картина наблюдается у женщин с узким тазом и признаками общего недоразвития.

Лечение генитального инфантилизма складывается из общеукрепляющей терапии, направленной на общее развитие организма, и гормонального лечения, преследующего цель создания нормальной менструальной функции и двухфазных циклов. Параллельно назначают физиотерапевтическое лечение, грязелечение, массаж.

Профилактика неправильного развития женских половых органов начинается с правильного проведения беременности (питание, гигиена труда, физические нагрузки и пр.). В период детства девочка должна соблюдать все правила личной гигиены, общих и психологических нагрузок, питания, режима труда и отдыха. Необходимым условием является своевременное начало половой жизни, наступление и течение первой беременности и других факторов, влияющих на правильное формирование и функцию половых органов.



ТРАВМЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Травмы женских половых органов делят:

- 1) на травмы наружных половых органов и влагалища;
- 2) травмы матки;
- 3) свищи.

Травмы наружных половых органов и влагалища

Травмы наружных половых органов могут возникать во время родов, аборт, а также при падении, ранении и изнасиловании.

Симптоматика травмирования органа проявляется болью, кровотечением, гематомой в области повреждения. Повреждаться могут клитор, большие и малые половые губы, промежность, преддверие влагалища и само влагалище. Особенно обильное кровотечение наблюдается при травмировании клитора.

Во время родов и непрофессионально проведенного аборта могут повреждаться промежность и влагалище. Это проявляется разрывом промежности и влагалища, сопровождающимся кровотечением.

Разрывы влагалища могут продолжаться на своды и даже проникать через своды в брюшную полость.

Разрывы наружных половых органов и влагалища могут сопутствовать переломам костей плода и сочетаться с повреждением мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и прямой кишки.

Во время родов разрывы промежности могут быть обширными и переходить на сфинктер прямой кишки. При обильной кровопотере и выраженности болевого симптома во время получения травмы у женщины может развиваться травматический шок (потеря сознания, частый пульс, падение АД, холодный пот, бледность кожных покровов и т.д.). Кровопотеря, как правило, приводит к анемии.

Если повреждение половых органов сочетается с повреждением мочевых путей или прямой кишки, развиваются нарушения мочеиспускания и дефекации.

Диагноз основан на данных анамнеза и объективного обследования (гинекологического осмотра).

Лечение проводится в зависимости от локализации и объема повреждения органов.

На травмированные ткани после соответствующей подготовки накладываются кетгутовые и шелковые швы. При наличии гематомы — она вскрывается.

Если развивается травматический шок, проводится борьба с шоком. При анемии показаны гемотрансфузия, кровезаменители, обезболивание.

Повреждение матки

Травматические повреждения матки чаще всего наблюдаются во время выскабливания полости матки (перфорация матки) или во время родов (разрывы шейки матки).

Однако повреждение матки возможно и при травме живота (открытой или закрытой).

Симптомы разрыва шейки матки заключаются в обильном выделении крови из половых путей во время родов и распознаются при ревизии родовых путей (осмотр шейки матки в зеркалах).

Перфорация матки (прободение стенки матки) распознается путем осторожного обследования полости матки зондом и при развитии клиники внутрибрюшного кровотечения, приводящей к анемии.

Если матка травмирована во время несчастного случая (автокатастрофа, падение с высоты и т.д.), диагноз ставится на основании анамнеза, собранного у больной или сопровождающих ее лиц и данных осмотра.

Лечение проводится путем хирургического вмешательства, зависящего от вида повреждения и общего состояния больной.

Так, при разрывах шейки матки накладываются швы на имеющийся разрыв. При прободении матки проводится опе-

рация в объеме от ушивания разрыва до ампутации матки (зависит от инструмента, которым произведена перфорация).

При уличных травмах оперативное вмешательство проводится на фоне противошоковых мероприятий под защитой переливания крови и кровезамещающих жидкостей.

Медицинская сестра обязана уметь оказать неотложную помощь при любой травме половых органов до прихода врача, а также приготовить необходимые инструменты для оперативного вмешательства и ассистировать врачу во время дальнейшего оказания медицинской помощи.

В послеоперационном периоде медицинская сестра осуществляет уход за больной, заключающийся в наблюдении за больной, за состоянием раны, обрабатывает послеоперационную рану, имеющиеся на ней швы, готовит больную к снятию швов и помогает врачу при их снятии.

Оказание неотложной помощи при повреждении половых органов

Необходимо уметь оказать неотложную помощь при повреждении наружных и внутренних половых органов.

Оснащение:

кровать
или кушетка,
перчатки,
дезраствор,
3%-ный раствор
перекиси
водорода,
3%-ный раствор
хлорамина,
зеркала, пинцет,
корнцанги,
стерильный
материал,
система для
внутривенного
вливания,
шприцы, кровь,

Методика выполнения:

При травме наружных половых органов:

1. Уложить больную на кушетку или кровать.
2. Надеть перчатки.
3. Подмыть половые органы и обработать дезраствором.
4. На травмированную поверхность наложить асептическую повязку.
5. Ввести противостолбнячную сыворотку.
6. Вызвать врача.

При повреждениях влагалища:

1. После обработки половых органов в случае обильного кровотечения затампонировать влагалище стерильным бинтом с помощью анатомического пинцета и зеркал.

кровезаменители, лекарственные средства, набор сывороток для определения группы крови, аппарат для измерения АД.

2. Вызвать врача.
3. Определить группу крови и заказать кровь.
4. Приготовить систему для переливания крови и заполнить ее кровезаменителем.

При повреждении матки (уличная травма):

1. Уложить больную.
2. Ввести обезболивающее средство (при открытой травме живота).
3. Надеть перчатки.
4. Обработать рану вокруг дезраствором и 3%-ным раствором перекиси водорода.
5. Наложить на рану асептическую повязку.
6. Вызвать врача и лаборанта.
7. Определить группу крови и заказать кровь.
8. Приготовить систему для гемотрансфузии и заполнить ее кровезаменителем.
9. Приготовить инструменты для оперативного вмешательства по назначению врача.
10. Ассистировать врачу во время хирургического вмешательства и других манипуляциях.
11. После оказания неотложной помощи все инструменты посчитать и замочить в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час.
12. Снять перчатки и вымыть руки.

Свищи

Под свищом понимают сообщение в виде канала между двумя полостями, из которых одна является частью половой системы женщины.

Различают свищи мочеполовые и прямокишечно-половые. С половой системой каналом могут соединяться мочево-

пузырь и мочеиспускательный канал. В свою очередь, мочевые органы могут быть соединены с влагалищем и маткой. Различают уретровлагалищные, пузырьно-влагалищные, пузырьно-маточные и мочеточниково-маточные свищи.

Причиной развития свищей чаще всего являются патологические роды, когда предлежащая часть стоит в одной плоскости более двух часов и вызывает омертвление тканей или же после разрывов промежности третьей степени, когда повреждается сфинктер прямой кишки.

Следующими причинами по частоте возникновения свищей являются различные гинекологические и акушерские операции (наложение щипцов, вакуум-экстрактора и т.д.), воспалительные процессы половых органов с прорывом гнояников, злокачественные опухоли, лучевые ожоги и, наконец, травмы, не связанные с родами и другими вмешательствами.

Симптомы данной патологии зависят от локализации свищей.

При мочеполовых свищах главным симптомом является произвольное выделение мочи, при кишечно-половом — выделение газов и кала через влагалище. Эти выделения приводят к раздражению окружающих тканей, болям, зуду. Эти жалобы ухудшают общее состояние больной, приводят к снижению трудоспособности, раздражительности, нарушению сна. Могут нарушаться менструальная и репродуктивная функции. Такие женщины имеют большие проблемы в сексуальной жизни.

Диагноз ставят на основании собранного анамнеза, жалоб больной и данных осмотра. Используют для диагностики дополнительные методы исследования: рентгенологическое исследование с введением в свищевой канал и исследуемые органы контрастных веществ.

Лечение больных со свищами очень сложно. При остро образовавшейся травме необходимо немедленное ушивание поврежденной ткани.

При сформировавшихся свищах можно попытаться с помощью консервативной терапии провести заживление свища.

Во всех остальных случаях требуется хирургическое лечение после соответствующей подготовки больной.

Больные со свищами требуют хорошего ухода. Кроме проведения самостоятельных гигиенических мероприятий им необходимо проводить обработку свищей с помощью сидячих ванночек с отваром ромашки или перманганата калия (1:10000) и последующего смазывания или введения тампонов во влагалище с мазью Вишневского, синтомициновой эмульсией, облепиховым маслом и др. мазями. Все эти мероприятия осуществляет медицинская сестра.

Профилактика свищей заключается в правильном и рациональном ведении родов, осуществлении квалифицированной помощи во время акушерских операций (выскабливание полости матки, наложение акушерских щипцов, вакуумэкстракция и пр.), своевременного и полноценного лечения воспалительных заболеваний, защитных мерах при проведении лучевой терапии.

Свищи, возникшие при распаде тканей при опухолях, подлежат симптоматическому лечению.



ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В гинекологии существуют два метода лечения больных: консервативный и оперативный (хирургический). Хирургический метод лечения гинекологических больных применяется довольно часто. Особая роль в исходе операции принадлежит медицинской сестре, которая должна уметь правильно подготовить больную к операции, участвуя в ней, а также выхаживая больную в послеоперационном периоде. Большая роль отводится медсестре в соблюдении правил асептики и антисептики.

Операционная сестра обязана знать ход операции для того, чтобы подготовить необходимый инструментарий и полноценно помогать хирургу во время операции. Она должна строго следить за количеством используемых инструментов, салфеток, тампонов, которые подаются только на корнцанге, так как она несет ответственность за оставленный материал в брюшной полости наравне с хирургом.

В оперативной гинекологии используются, в основном, два оперативных доступа к органам малого таза: влагалищный и брюшно-стеночный. В последние годы все шире стал применяться эндоскопический метод оперативного вмешательства, когда путем нескольких проколов передней брюшной стенки входят в брюшную полость и проводят операцию по удалению необходимого образования. Метод очень физиологичен, так как не требует вскрытия передней брюшной стенки и широкого вхождения в брюшную полость.

Всякому оперативному вмешательству должны предшествовать тщательное обследование и подготовка больной не только при плановых, но и при неотложных вмешательствах.

Подготовка больной к операции

К операции больная готовится с учетом показаний и противопоказаний. Поэтому перед операцией больную необходимо тщательно обследовать и при необходимости провести требуемую терапию.

Длительность предоперационной подготовки колеблется от нескольких минут (при оказании неотложной помощи) до нескольких дней (при плановых операциях).

Так, обязательным при подготовке к операции является не только сбор анамнеза и осмотр больной, но и тщательное лабораторное обследование (общий анализ мочи, крови, свертываемость крови, группа, резус-принадлежность, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ, мазки и пр.).

Необходимо также заключение ряда специалистов о возможности проведения операции (терапевт, анестезиолог и др.).

Применяются и дополнительные методы обследования, упоминаемые ранее.

При необходимости назначают лечение как подготовку к оперативному вмешательству (сердечно-сосудистой системы, санация полости рта и т.д.).

Подготовка желудочно-кишечного тракта заключается в проведении диетотерапии. Так, накануне операции больная после легкого обеда не принимает пищу и ей назначают слабительное средство (серноокислую магнезию). Вечером (накануне) и утром в день операции ставится очистительная клизма.

В случае неотложного вмешательства больной необходимо промыть желудок.

Промывание желудка

Необходимо уметь промыть желудок при подготовке больной к экстренной операции (рис. 47).

<i>Оснащение:</i>	<i>Методика проведения:</i>
два стерильных толстых желудочных зонда, соединенных трубкой;	1. Объяснить больной необходимость процедуры. 2. Усадить больную на стул, заведя руки за спинку стула и завязав их полотенцем.

стеклянная воронка емкостью 0,5–1 л, салфетки, емкость для промывных вод, емкость с водой для промывания, перчатки.

3. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (рост пациентки минус 100).
4. Надеть перчатки.
5. Встать сзади и сбоку от пациентки.
6. Правой рукой положить на корень языка больной смоченный водой слепой конец зонда и предложить ей глубоко дышать через нос.
7. Провести зонд в пищевод, погружая его до необходимой отметки.
8. Подсоединить воронку и опустить ее до уровня колен больной, пока из нее не начнет выделяться содержимое желудка.
9. Налить в воронку 1 литр воды.

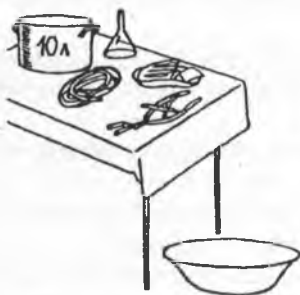


Рис. 47. Промывание желудка

10. Медленно поднять воронку вверх, пока вода не достигнет устья воронки, затем опустить ее (количество вышедшей жидкости должно быть равно количеству введенной).
11. Вылить содержимое в таз.
12. Повторять свои действия до тех пор, пока промывные воды не будут чистыми.
13. Вывести зонд и замочить его и воронку в 3%-ном растворе хлорамина на 1 час.
14. Освободить руки от фиксации.
15. Снять перчатки и вымыть руки.

Подготовка больных к влагалищным операциям проводится следующим образом: влагалище санируется спринцеваниями с антисептическими растворами 2 раза в день, после чего вводятся жировые тампоны.

Перед операцией у больной необходимо снять страх перед хирургическим вмешательством, эмоциональную напряженность. Медицинская сестра должна по возможности часто беседовать с больной, убеждая ее в благоприятном исходе операции.

Психологическую подготовку сочетают с назначением транквилизаторов, седативных и снотворных средств.

Накануне и утром в день операции по назначению врача ставят очистительную клизму и больная принимает душ. Перед операцией сбривают волосяной покров на лобке и в подмышечных впадинах.

В задачи медицинской сестры-анестезиста входит подготовка к проведению обезболивания: по назначению врача-анестезиолога проводится премедикация, проверяется готовность наркозного аппарата и электроотсоса, наличие закиси азота, ингаляционных анестетиков (эфир, фторотан). Сестра-анестезист готовит специальный столик с аппаратурой и лекарственными веществами (ларингоскоп, трубки для интубации, шприцы, стерильный материал, маску и пр.).

Должен быть готов стерильный набор для пункции подключичной артерии, венесекции. Медицинская сестра-ане-

стезит выполняет все назначения врача-анестезиолога, постоянно следит за используемой аппаратурой, участвует в выведении больной из наркоза в раннем послеоперационном периоде.

Течение послеоперационного периода и уход за послеоперационной больной

В раннем послеоперационном периоде (после выведения больной из наркоза) больных переводят в палату интенсивной терапии.

Палата интенсивной терапии должна быть оборудована функциональными кроватями (для создания необходимого положения больной), аппаратурой для наблюдения за состоянием больной (электрокардиограф, тонометр и пр.), предметами ухода и необходимыми лекарственными препаратами.

В палате должны находиться судно, кружка Эсмарха, чистое постельное белье, пузыри со льдом, газоотводные трубки, желудочный зонд, грелки, поильники, централизованная подача кислорода, языкодержатель, роторасширитель, системы для переливания крови и все необходимые медикаментозные средства.

Медицинская сестра должна постоянно находиться в палате, так как от тщательности ухода зависит исход операции.

Перед переводом послеоперационной больной в палату нужно согреть постель грелками, и положив в постель больную, к ногам приложить также грелки, которые не должны быть горячими во избежание ожогов. На шов кладут пузырь со льдом, обернув его в пеленку. Холод нужно держать 15–20 минут, затем сделать перерыв 30 минут и повторить; и так в течение первых суток. Больная находится в постели в положении «на спине» с головой, повернутой набок, чтобы не запал язык, или во время рвоты не было аспирации рвотных масс.

Медицинская сестра должна очень внимательно наблюдать за пульсом, АД, температурой, выделениями из влагалища, повязкой в области послеоперационного шва. Любые откло-

нения от нормы должны являться тревожным сигналом, о них нужно немедленно сообщать врачу.

После эндоскопической операции больной разрешают подниматься с постели на следующие сутки. Особенного ухода и наблюдения требуют послеоперационные больные в первые часы после операции, когда они еще частично находятся под наркозом.

Медицинская сестра по назначению врача проводит обезболивание и вводит другие лекарственные препараты, а также оказывает помощь при рвоте, вздутии живота (парез кишечника), кровотечении, падении АД и других экстремальных ситуациях. Медицинская сестра осуществляет инфузионную терапию, дает кислород для дыхания, наблюдает за функцией мочевого пузыря. Так как после операции больные самостоятельно не мочатся, медицинская сестра спускает мочу мягким (резиновым) катетером не реже, чем 2 раза в сутки. Если больная мочится самостоятельно, нужно ей подать подогретое заранее судно. Чтобы вызвать позыв к мочеиспусканию, больную укладывают на судно и поливают наружные половые органы теплой водой. Необходимо следить за количеством и качеством выделяемой мочи, так как задержка жидкости, кровь в моче свидетельствуют о послеоперационных осложнениях.

На третьи сутки послеоперационного периода при отсутствии самостоятельного стула, при отсутствии противопоказаний ставят клизму с 5%-ным раствором хлорида натрия (150–200 мл).

При вздутии кишечника больным по назначению врача вводятся средства, стимулирующие перистальтику кишечника (прозерин, 10%-ный хлорид натрия), а также вводят газоотводную трубку.

Особое значение придается питанию в послеоперационном периоде. Так, в 1-е сутки можно давать несладкий чай с лимоном, минеральную воду. На 2-й день — сладкий чай, бульон, сырое яйцо, кисломолочные продукты, на 3-й — бульон, жидкую кашу, кисель. Начиная с 4-го дня диета становится более разнообразной.

Если операция была пластическая (на влагалище), диета предусматривает отсутствие стула в первые 5 суток. И лишь с 6—7-го дня диету можно расширять.

Постельной больной осуществляют уход за полостью рта на месте. Если больная не может самостоятельно чистить зубы в постели, то ей необходимо протирать полость рта 3%-ным раствором перекиси водорода или бораксом.

В последние годы предпочитают активное ведение послеоперационного периода. Так, при чревосечении больная в первые же сутки поворачивается на бок и к концу первых суток садится в постели. На вторые сутки при нормальном течении послеоперационного периода ей разрешают вставать с постели. Ранний подъем способствует лучшему дыханию, препятствует парезу кишечника, а также развитию тромбоэмболических осложнений.

Если больная очень тучная, ей рекомендуют перед вставанием тугое бинтование живота широким полотенцем или простыней, сложенной вчетверо.

После пластических операций сидеть больной разрешают лишь через 3 недели (после полного заживления промежности и влагалища).

Медицинская сестра проводит перевязки по назначению врача, начиная со вторых суток. Клеол смывают эфиром. Линию швов обрабатывают 3%-м раствором перекиси водорода, смазывают 5%-ным спиртовым раствором йода и наклеивают сухую повязку.

Швы снимают на 8-й день после соответствующей подготовки, и послеоперационный рубец обрабатывают до полного заживления.

Швы на промежности обрабатывают ежедневно 5%-ным раствором перманганата калия.

В послеоперационном периоде медицинская сестра должна 2 раза в сутки (в 6 часов утра и в 18 часов вечера) измерять температуру и заносить данные в температурный листок (при необходимости — температура измеряется чаще). Температуру больная измеряет в присутствии медицинской сестры.

Артериальное давление измеряется также дважды в сутки. Данные пульса отмечают на температурном листке.

Учитывая, что больные после ингаляционного наркоза часто испытывают боль в горле и осиплость голоса, им проводят ингаляции. Обычно вечером первых суток после дачи ингаляционного наркоза больным ставят на грудную клетку банки для улучшения дыхания и кровообращения.

Одновременно назначается дыхательная гимнастика под наблюдением медицинской сестры.

Осложнения послеоперационного периода

Внимательно наблюдая за больными, медицинская сестра должна своевременно замечать любые отклонения в послеоперационном периоде и немедленно сообщать о них палатному или дежурному врачу.

При развитии *кровотечения* в области послеоперационной раны или образовавшейся гематоме медицинская сестра должна приложить холод и немедленно вызвать врача.

Инфильтрат или *расхождение послеоперационных швов* также требуют врачебного вмешательства. Больная жалуется на боли в области послеоперационного шва, повязка промокает. В этом случае также нужно применить пузырь со льдом, а вызванный врач с помощью медицинской сестры выполняет обработку раны 3%-ным раствором перекиси водорода, меняет повязку и проводит другие мероприятия на фоне антибактериального и общеукрепляющего лечения.

В запущенных случаях расхождения послеоперационных швов может произойти полный распад с выходом внутренних органов (*эвентерация*). Таким больным нужно создать полный покой, не разрешается не только вставать, но и поворачиваться в постели. Больной кладут пузырь со льдом и немедленно вызывают врача.

Грозным осложнением в послеоперационном периоде является *внутреннее кровотечение*, которое сопровождается явлениями анемии: бледность кожных покровов, тахикардия, одышка, снижение АД, обморочное состояние. В этих случаях медицинская сестра применяет холод на живот, кислород для дыхания, готовит систему для переливания крови,

заполняя ее кровезаменителем, определяет группу крови, заказывает кровь, срочно вызывает врача и готовит все необходимое для полостной операции.

При развитии *шока* и *коллапса* немедленно вызывается врач, а одновременно внутривенно (струйно) вводится кровезаменитель, вводятся сердечно-сосудистые средства, дается ингаляция кислорода. Дальнейшие мероприятия проводятся по назначению и под наблюдением врача.

Наиболее частым осложнением после операции является *пневмония*. С целью ее профилактики проводится дыхательная гимнастика, назначают банки, горчичники.

Парез кишечника проявляется вздутием живота, болями в животе, тахикардией, тошнотой и рвотой, отсутствием перистальтики, задержкой стула, газов. На этом фоне может развиться кишечная непроходимость (клиника «острого живота»).

Мерами борьбы с парезом кишечника является введение средств, стимулирующих перистальтику (по назначению врача).

Весьма грозным осложнением послеоперационного периода являются *тромбозы*. Если тромбируется основной ствол легочной артерии, может мгновенно наступить смерть. Поэтому при любом тромбозе (поверхностных или глубоких вен) необходимо создать строгий постельный режим, покой, приподнятое положение конечности. Остальные мероприятия проводятся по назначению врача (введение антикоагулянтов).

У ослабленных и истощенных послеоперационных больных могут развиваться *пролежни*, особенно в области лопаток и крестца. Профилактикой развития пролежней является раннее вставание больной, а для тяжелых больных — поворачивание их в постели, устранение складок постельного и нательного белья, обтирание кожи камфорным спиртом.

При появлении пролежней их обрабатывают и накладывают повязки с солкосерилом, каротолином, маслом шиповника, облепихи, синтомициновой эмульсией и другие мазевые повязки.

Умелый квалифицированный уход за больными в послеоперационном периоде, тщательный контроль за их со-

стоянием, своевременное выявление любых осложнений (отклонений от нормального течения), точное выполнение всех назначений врача, соблюдение правил асептики и антисептики, выполнение требований деонтологии являются залогом правильного течения послеоперационного периода и благоприятного исхода операции, а следовательно, полного выздоровления больной.



ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Оснащение операционного блока

Операционный блок гинекологического отделения предназначен для хирургического лечения. Он состоит из материальной, стерилизационной, предоперационной, операционной и палаты интенсивной терапии.

В *материальной* комнате хранятся инструменты, мягкий инвентарь (белье, марля, вата, бинты и т.д.).

В *стерилизационном* помещении производится стерилизация инструментов, перчаток, операционного белья, мягкого инвентаря.

В *предоперационной* медицинский персонал готовится к операции (моет руки и обрабатывает их).

Операционных должно быть две (гнойная и чистая). В операционной с целью соблюдения правил асептики и антисептики необходимо все правильно обрабатывать. С этой целью стены, полы и потолок должны быть обложены кафелем или покрашены масляной краской. Помещение обрабатывается путем протирания с помощью ветоши гипохлоритом натрия (ГПХН, получаемого на установке ЭЛМА-1М для дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях) 0,25–0,5%-ными растворами. Затем помещение проветривают. Уборочный инвентарь замачивают в дезинфицирующем растворе, затем прополаскивают и высушивают.

С целью обеззараживания помещения можно применять пероксид, катамин АВ, аламинол и другие средства, обозначенные в приказе № 345.

Операционный стол освещается безтеневого лампы и передвижным рефлектором, являющимся дополнительным источником света, особенно при влажных операциях.

Операционная оснащается центральной подачей кислорода.

Температура воздуха должна поддерживаться в пределах 24–25 °С. При отсутствии кондиционера необходима установка для вентиляции воздуха.

Медицинский персонал (врач и сестра) перед операцией надевают сменную обувь, бахилы, хлопчатобумажный халат или костюм, маску. Входить в операционную в шерстяной, нейлоновой одежде, без бахил, маски нельзя.

Вносить в операционный блок посторонние предметы запрещается.

Обработка рук персонала перед операцией

Необходимо уметь подготовить руки к оперативному вмешательству.

Оснащение:
мыло, вода,
стерильные
шарики,
перчатки,
стерильный
вазелин,
дезрастворы.

Методика выполнения:

1. Вымыть руки теплой водой с мылом (в проточной воде).
2. Вымыть стерильной салфеткой в емкости с раствором антисептика.
3. Вытереть стерильной салфеткой.
4. Протереть стерильным ватным тампоном, смоченным антисептиком.
5. Вытереть стерильной салфеткой.
6. Нанести 5 мл препарата на кисти рук и втирать в кожу в течение 2,5 минуты.
7. Вновь нанести на кисти рук 5 мл препарата и еще 2,5 минуты втирать (поддерживая кожу рук во влажном состоянии).
8. Последовательно протереть двумя стерильными салфетками, смоченными в растворе в течение 3 минут.
9. Вытереть сухой стерильной салфеткой.
10. Погрузить руки в емкость с раствором и мыть их 1 минуту.

В качестве дезрастворов используют:

- а) йодпирон 0,1%-ный раствор;

- б) хлоргексидин биглюконат в 70%-ном этиловом спирте 0,5%-ного раствора;
- в) лизанин АХД-2000 — специально без разведения;
- г) дегмин 1%-ный раствор;
- д) первомур (С-4) — 2,4%-ный раствор;
- е) другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке.

После того как медицинская сестра обработает руки, она с помощью санитарки надевает халат, косынку и маску, дотрагиваясь руками только до стерильного материала. Санитарка сзади завязывает поворотки на косынке, халате и маске. После этого медицинская сестра смачивает руки стерильным вазелином и надевает стерильные перчатки.

Затем после обработки операционного поля медицинская сестра в той же последовательности одевает врача (с помощью санитарки).

Подготовка инструментов

В зависимости от метода хирургического вмешательства (брюшностеночный или влагалищный) медицинской сестрой готовится соответствующий набор инструментов.

К влагалищным вмешательствам относятся такие операции, как выскабливание полости матки, пункция заднего свода, взятие биопсии, аспирата из матки и пр.

В набор для **влагалищных вмешательств** входят влагалищные зеркала, подъемники, пулевые щипцы, расширители Гегара, маточный зонд, кюретки, пинцеты, корнцанги, иглы с иглодержателями, ножницы и т.д.

Для **чревосечения** готовят стандартный набор инструментов: скальпели, ножницы (прямые и изогнутые) различной длины, пулевые щипцы, щипцы Мюзо, окончатые щипцы, зажимы Кохера и Микулича, иглы, иглодержатели, шовный материал.

Готовятся также перевязочный материал и операционное белье (халаты, простыни, салфетки, перчатки, шарики марлевые и ватные и др.).

Во избежании потери перевязочного материала в брюшной полости все шарики подаются зажатými корнцангом (растегивать корнцанг во время операции запрещается), а салфетки за свободный конец также фиксируются инструментом.

В качестве шовного материала используются: шелк, кетгут, лавсан, капрон, стерильность которых должна быть обеспечена операционной медицинской сестрой.

После использования все шарики и салфетки должны быть посчитаны, и их количество должно соответствовать тому, что было заготовлено перед операцией. За это несет ответственность медицинская сестра.

Стерилизуются инструменты общепринятым методом. Хирургическая медицинская сестра накрывает операционный стол и во время операции подает хирургу необходимые инструменты, строго следя за порядком их использования.

После окончания операции медицинская сестра контролирует использованные инструменты (считает их), соответственно инструкции замачивает в дезинфекционном растворе, моет, полощет их в проточной воде и затем закладывает для очередной стерилизации в необходимые наборы. Использованный мягкий инвентарь (шарики, салфетки) также замачивается и только после этого может утилизироваться.

Строгое соблюдение асептики и антисептики в операционном блоке обеспечивает благоприятный исход операции и предотвращает инфекционные осложнения в послеоперационном периоде.

После операции младший медицинский персонал (санитарки) под наблюдением медицинской сестры проводят генеральную уборку операционного блока по инструкции, подготавливая его для последующей работы.

Хранение лекарственных веществ

Необходимо разделить все лекарственные средства в зависимости от способа их применения.

Все стерильные растворы в ампулах и флаконах (на флаконах, изготовленных в аптеке, должна быть голубая этикетка) хранят в процедурном кабинете: в стеклянном шкафу

на одной из полок располагают антибиотики и их растворители, на другой — флаконы для капельного вливания по 200 и 500 мл, на остальных полках — коробки с ампулами, не входящими в список (А) ядовитые или Б (сильнодействующие), то есть растворы витаминов, диуретиков и др. (рис. 48).

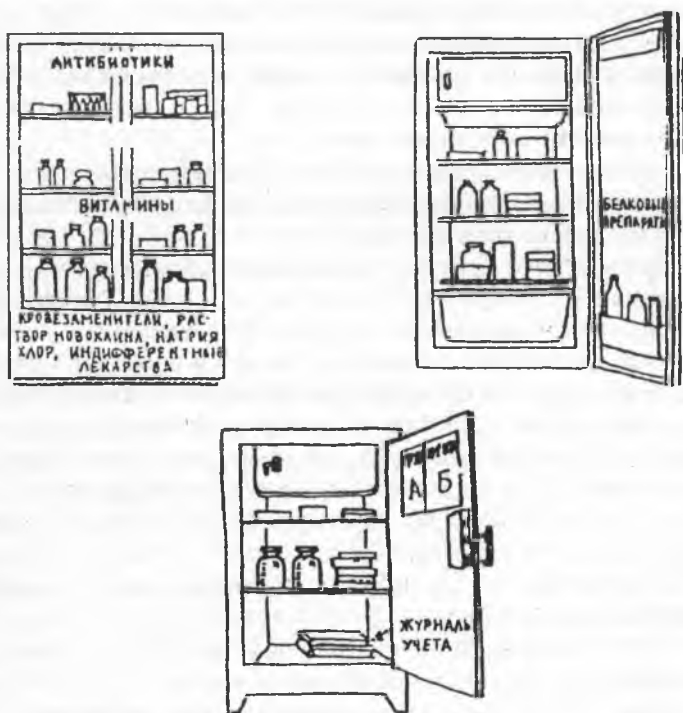


Рис. 48. Размещение и хранение лекарственных средств

Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в сейфе. На внутренней поверхности сейфа должен быть их перечень. Допускается хранить лекарственные средства списка А и Б в одном сейфе, но в разных, отдельно запирающихся отделениях. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства.

На шкафу (в сейфе), где хранят ядовитые средства, должна быть надпись «Venena» (А), а на внутренней стороне двери шкафа — перечень лекарственных средств с указанием вы-
ших разовых и суточных доз.

Шкаф с сильнодействующими средствами помечается над-
писью «Негоіса» (Б). Внутри любого шкафа лекарственные
средства распределяются по группам: «Наружные», «Внутрен-
ние», «Инъекционные», «Глазные капли».

**Срок хранения стерильных растворов, изготовленных в ап-
теке, — 3 дня!!!**

Медицинская сестра не имеет права:

1. Менять форму лекарственных средств и их упаковку.
2. Одинаковые лекарственные средства из разных упаковок соединять в одну.
3. Заменять и исправлять этикетки на лекарственных сред-
ствах.
4. Хранить лекарственные средства без этикеток.

Сильнодействующие средства хранятся отдельно. Ско-
ропортящиеся лекарственные средства (настои, отвары, мик-
стуры), а также мази, вакцины, сыворотки размещают в хо-
лодильнике, предназначенном для хранения лекарственных
средств. Срок их хранения — не более 3 дней. Признаками
негодности таких средств является помутнение, изменение
цвета, появление неприятного запаха.

Лекарственные средства, приготовленные на спирту, со
временем становятся концентрированными вследствие испа-
рения спирта и хранятся во флаконах с плотно притертыми
пробками или завинчивающимися крышками.

Шкаф с лекарственными средствами запирается на ключ.
Передача ключей от сейфа регистрируется в специальной тет-
ради.

Учет лекарственных средств. Для учета расходования ле-
карственных средств, хранящихся в сейфе, должны быть за-
ведены журналы. Все листы в журналах следует пронумеро-
вать, прошнуровать, а свободные концы шнура заклеить на
последнем листе журнала бумажным листом, на котором ука-
зать количество страниц в журнале, поставить печать и под-
пись руководителя лечебного учреждения. Хранят журналы в

сейфе. Для учета расходования средств из списка А и списка Б в журнале выделяют отдельные листы.

За нарушение правил учета и хранения лекарственных веществ обоих списков (А и Б) медицинский персонал несет уголовную ответственность.

Медицинская сестра имеет право дать (ввести) больной наркотический анагетик только после записи этого назначения врачом в медицинскую карту (о сделанной инъекции ставится отметка). Пустые ампулы из-под наркотиков медицинская сестра не выбрасывает, а передает вместе с неиспользованными ампулами медсестре, приступающей к очередному дежурству.

При передаче дежурства проверяют соответствие записей в журнале учета (количество использованных ампул и остаток) с фактическим количеством наполненных и использованных ампул.

При использовании всего запаса наркотиков пустые ампулы должны быть сданы старшей медицинской сестре отделения, а взамен получены новые.

Пустые ампулы от наркотических анальгетиков уничтожаются только специальной комиссией, утвержденной руководителем лечебного учреждения.



МЕТОДЫ И СПОСОБЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Для того чтобы беременность наступила, необходимо выполнение ряда условий:

1. Мужская семенная жидкость, содержащая жизнеспособные сперматозоиды, должна попасть во влагалище.
2. Во влагалище должна быть благоприятная для сперматозоидов среда.
3. Сперматозоиды должны попасть в матку, а из нее в маточные трубы.
4. В маточной трубе сперматозоиды должны встретиться с яйцеклеткой.
5. Оплодотворенная яйцеклетка (зародыш) должна попасть в матку и там имплантироваться.

Контрацепция — это мероприятие, исключающее один или несколько из этих условий.

При этом необходимо помнить следующее:

1. Сперма может попасть во влагалище даже если мужской половой член туда не вводится (затекание спермы во время извержения с половых губ).

2. Несмотря на кислую среду влагалища, сперматозоиды могут жить там 6 часов.

3. В матке сперматозоиды сохраняют свою жизнеспособность в течение 4–5 дней.

При регулярной половой жизни у здоровых партнеров имеется 60% возможности наступления беременности.

С целью контрацепции применяется несколько методов (рис. 49):

- I. Барьерные методы.
- II. Химические методы.
- III. Внутриматочные методы.
- IV. Физиологические методы.
- V. Метод прерванного сношения.
- VI. Стерилизация.

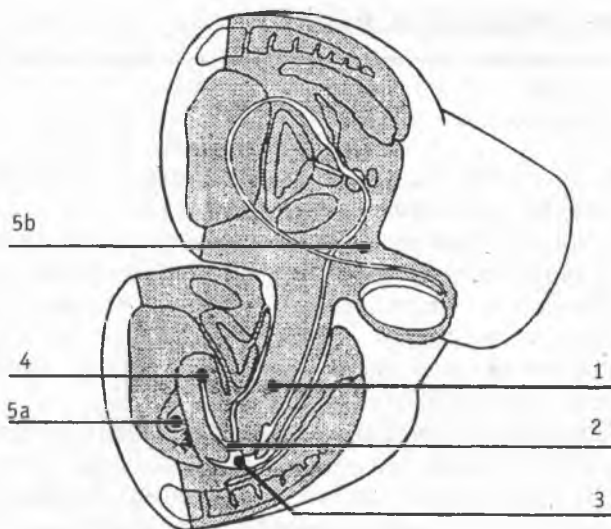


Рис. 49. Области применения контрацептивных средств:

1 — презерватив; 2 — диафрагма, колпачок; 3 — спермициды;
4 — ВМС; 5а — стерилизация женщин; 5b — стерилизация мужчин

I. К барьерным методам относятся:

- а) презервативы (мужские и женские);
- б) средства, закрывающие вход в шейку матки (диафрагмы, колпачки, мячик Бакалейникова).

Презерватив мужской — это чехол из латекса, который надевается на эрегированный мужской половой член. Сперма остается в нем не попадает во влагалище.

Презерватив женский бывает двух типов:

- а) мешочек из латекса, который вводится во влагалище;
- б) такой же мешочек, скомбинированный с латексными трусиками.

Лечебный эффект презерватива применяется при ускоренной эякуляции. Кроме контрацепции презервативы предохраняют от заражения венерическими заболеваниями, СПИДом.

Не рекомендуется использовать в виде смазки презерватива вазелин, детский крем и др., так как снижается контрацептивный эффект и часто презерватив рвется.

Диафрагма представляет собой резиновый колпачок, вставляемый во влагалище самостоятельно. Он закрывает шейку матки и является преградой на пути сперматозоидов. Не рекомендуется применять длительно (рис. 50).

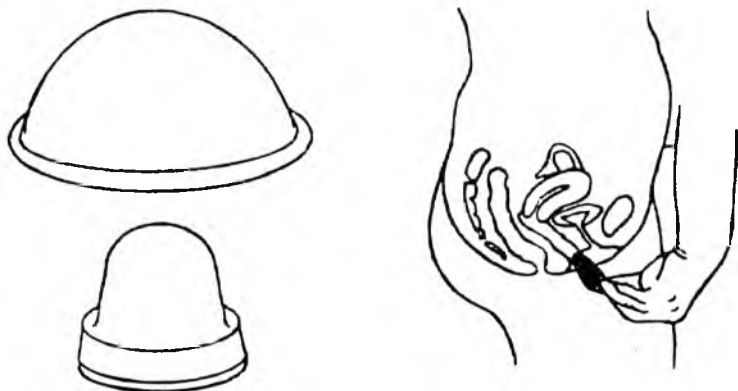


Рис. 50. Техника вставления диафрагмы во влагалище

Колпачок изготавливается из резины, металла (алюминий, серебро), кости. Надевается на шейку матки перед половым сношением.

Мячик Бакалейникова делается из резины, очень эластичен, наполнен на $\frac{2}{3}$ объема смесью газов. Под влиянием повышенной температуры во влагалище газы расширяются и закрывают наружный зев шейки матки.

При длительном применении всех перечисленных механических средств может развиваться эрозия шейки матки, поэтому необходимо эти способы комбинировать с другими методами.

Противопоказаниями к применению барьерных методов являются:

- воспалительные процессы внутренних половых органов;
- эрозия шейки матки и эндоцервицит.

Методы стерилизации и ухода за диафрагмой и колпачком прилагаются к средству контрацепции.

II. Химические противозачаточные средства делятся:

- ▶ на гормональные контрацептивы;
- ▶ инъекционные;
- ▶ оральные;
- ▶ имплантанты;
- ▶ местные противозачаточные средства;
- ▶ ноноксилон;
- ▶ бытовые;
- ▶ хлорид бензалкалониума.

Местные противозачаточные средства действуют прежде всего как спермициды; это означает, что в течение первых секунд контакта с ними, они уничтожают сперматозоиды и выстилают тонкой защитной пленкой всю поверхность слизистой влагалища, сгущая выделения и останавливая оставшиеся сперматозоиды.

Противопоказаниями являются: кормление грудью, аллергия, беременность.

К бытовым контрацептивам относятся лимон (толщина дольки 1 см); тампоны, пропитанные кислым молоком; спринцевание уксусом (1 чайная ложка 6%-ного уксуса на 1–1,5 литра воды).

Гормональные оральные контрацептивы:

- ▶ КОК;
- ▶ ОКП;
- ▶ средства аварийной контрацепции.

КОК — комбинированные оральные контрацептивы, содержат аналоги женских половых гормонов эстроген и прогестерон.

Действие:

- 1) подавление овуляции;
- 2) сгущают слизь в канале шейки матки;
- 3) затрудняют имплантацию яйцеклетки в эндометрий, изменяя его.

Различные виды КОК насчитывают по 21 или 28 таблеток в упаковке, причем в 21-й содержатся гормоны, а 7 оставшихся — соли железа и (или) витамины.

Гормональные таблетки с постоянной концентрацией гормонов называются *монофазными*. Препараты: диане-35, минизистон, ригевидон, микрогином-28, мерсилон, фемоден, марвелон, силест.

Хорошим средством контрацепции является и КОК с двумя или тремя изменениями в содержании гормонов в упаковке, которые получили название 2- или 3-фазных соответственно. В этих КОК колебания в содержании гормонов приближены к таковым в женском организме. Три-регол, триквилар, тризистон, антеовин, спектр пациенток: однофазные КОК — от 18 до 35 лет, 2- и 3-фазные КОК — до 18, после 35 лет.

Все КОК применяются только после консультации со специалистом!

Показания: олигоменорея, дисменорея, андрогензависимые кожные заболевания (себорея), нерегулярный менструальный цикл, гормональные дисфункции, некоторые препараты препятствуют развитию остеопороза, гиперплазии эндометрия (три-регол).

Спектр пациенток, применяющих ОКП: больные гипертонической болезнью, ожирением, сахарным диабетом, кормящие матери (они принимают таблетки «мини», которые не влияют на лактацию).

Противопоказания к применению ОКП: злокачественные заболевания молочных желез; злокачественные заболевания половых органов; поражения печени; поражения коронарных сосудов, сосудов головного мозга, сильное курение, тромбоз эмболическая болезнь,

При пропуске в приеме одной таблетки остальные принимаются как обычно, дополнительно применяются другие методы контрацепции (барьерные, химические) в течение 7 дней.

Инъекционные контрацептивы, вводимые с помощью укола внутримышечно, в состав которых входят прогестины пролонгированного действия, пользуются большой популярностью более чем в 80 странах мира. Наиболее часто используются: депо-провера (апджон) — 3-месячная контрацепция, НЭТ — 2-месячная контрацепция.

Механизм действия:

- 1) сгущение слизи в цервикальном канале;
- 2) предупреждение наступления овуляции.

Инъекция препарата проводится в течение первых 7 дней менструального цикла.

Противопоказания: злокачественные заболевания молочных желез; злокачественные заболевания половых органов; поражения печени; поражения коронарных сосудов; поражения сосудов головного мозга.

Инъекционные контрацептивы также обладают некоторыми свойствами, оказывающими положительное влияние на здоровье женщины. Их применение предупреждает развитие анемии, внематочной беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза, рака яичников, рака эндометрия.

Противопоказания КОК: злокачественные заболевания молочных желез, заболевания половых органов, острый тромбоз, тромбоз, тромбоэмболическая болезнь, церебрососудистые нарушения, поражения сосудов сердца, злоупотребление никотином. С осторожностью применяются у подростков, женщин старше 35 лет, лиц с тяжелой формой гипертонической болезни, лиц с выраженным ожирением, больных эпилепсией, лиц, страдающих тяжелыми формами сахарного диабета, хроническими поражениями желчного пузыря, у лиц, имеющих выраженные приступы депрессии в прошлом.

Значительно уменьшают эффект КОК одновременное употребление:

- 1) противосудорожных или снотворных средств;
- 2) рифампицина, пенамециллина.

Прием КОК приостанавливают за 2 недели до серьезной операции, в течение всего периода вынужденной неподвижности.

Правила забытых таблеток:

- Если < 12 часов — сразу принять таблетку. Дальнейших мер предосторожности не требуется.
- Если > 12 часов — принять последнюю пропущенную таблетку. Последующие таблетки принимать как обычно. Дополнительные меры предосторожности в последующие 7 дней.

Оральные контрацептивы (ОКП), содержащие только прогестерон (гестаген), — это современные гормональные контрацептивы, которые принимают строго регулярно по 1 таблетке в день без перерывов. Препараты: эклютон, микролют.

Действие: сгущают слизь в цервикальном канале.

Недостаток: противозачаточный эффект ниже, чем у КОК.

Норплант — одна из последних разработок в области длительной контрацепции для женщин. Это средство обеспечивает надежную защиту от нежелательной беременности в течение пяти лет. Система контрацепции при помощи норпланта подходит для большинства женщин репродуктивного возраста, желающих иметь длительную, высокоэффективную и обратимую контрацепцию. Этот метод может быть рекомендован женщинам, которые хотят увеличить промежуток между родами, которым противопоказана контрацепция при помощи ВМС, оральных контрацептивов, для тех, кто не принял окончательного решения о стерилизации, а также для тех, кто не может использовать оральные и инъекционные контрацептивы регулярно.

Активное вещество норпланта — *левоноргестрел* — содержится в 6 пластиковых капсулах, похожих на маленькие трубочки, которые вводятся подкожно во внутреннюю поверхность плеча с помощью небольшого хирургического вмешательства. После введения капсулы практически незаметны. В течение 5 лет малая доза гормона регулярно выделяется в кровоток женщины. Норплант не содержит эстрогенов и поэтому является более безопасным по сравнению с КОК, особенно для тех женщин, которым применение эстрогенов противопоказано.

Механизм действия: наступление беременности становится невозможным за счет подавления развития яйцеклеток, образования густой цервикальной слизи, препятствующей проникновению сперматозоидов в полость матки. Кроме этого, контрацептивный эффект достигается путем подавления роста эндометрия и снижением секреции прогестерона (гормона, отвечающего за развитие беременности) во вторую фазу менструального цикла.

Противопоказания: злокачественные заболевания половых органов, поражения печени, поражения коронарных сосу-

дов, сосудов головного мозга, курение (особенно в возрасте после 35 лет).

Средства аварийной контрацепции. Постинор — один из наиболее известных препаратов надежной посткоитальной контрацепции. Женщины, не живущие регулярно половой жизнью, не хотят постоянно принимать противозачаточные средства. В Венгрии левоноргестрел для посткоитальной контрацепции стал использоваться с середины 1970 года. Постинор содержит 0,75 мг левоноргестрела.

Противопоказания: см. норплант, ОКП. Максимальная доза — 4 таблетки в месяц.

III. Применение ВМС. Этот способ предохранения известен человечеству на протяжении веков. Однако современные ВМС используются в течение 3 десятилетий.

Среди современных ВМС выделяют:

- а) *пластиковые* — препятствуют проникновению сперматозоидов в матку и маточные трубы, также препятствуют закреплению оплодотворенной яйцеклетки в матке;
- б) *медь-, серебросодержащие* — они обладают спермицидным действием;
- в) *гормоносодержащие* спирали влияют на эндометрий, сгущают слизь в канале шейки матки.

Процедура введения ВМС в целом безболезненна, но могут возникнуть тянущие ощущения. После введения ВМС во влагалище свисают нейлоновые нити, женщина с их помощью контролирует, на месте ли спираль.

Противопоказания к применению ВМС:

- а) воспалительные заболевания половых органов;
- б) частая смена партнеров;
- в) сниженный иммунитет;
- г) злокачественные заболевания половых органов;
- д) эрозия шейки матки;
- е) недостаточность тонуса шейки матки;
- ж) анемии.

Примеры современных ВМС:

- 1) «петля Липпса» — полиэтилен + антимикробное покрытие;

- 2) Т-Си-200 — полиэтилен + медное покрытие;
- 3) прогестрел — полиэтиленовая капсула с гормоном внутри.

Если при применении ВМС у женщины не пришла очередная менструация, возникли боли в животе, затруднения при половом акте, появились признаки воспаления половых органов (боль, повышение температуры, озноб, неприятные или необычные выделения из половых органов) — особенно если это произошло в первые 3–6 недель применения ВМС, — необходимо срочно обратиться к врачу.

IV. Физиологические методы:

1. Календарный метод.
2. Измерения температуры в прямой кишке.
3. Изучение слизи из влагалища.
4. Метод лактационной аменореи.

1. Часто женщины при временном воздержании используют так называемый «календарный метод». Сущность метода состоит в том, что изучается длительность менструального цикла (от первого дня предыдущей менструации до первого дня последующей менструации). В течение хотя бы шести месяцев выбираются самый короткий и самый длинный по длительности циклы. Далее рассчитываются дни, наиболее благоприятные для зачатия. Первый день возможного зачатия определяется как разница между количеством дней в самом коротком цикле и числом 18. Последний день — как разница между продолжительностью самого длинного цикла и числом 11. Таким образом, рекомендуется прекратить половые сношения в период между первым и последним днями вероятного зачатия. Методом может пользоваться женщина с регулярным половым циклом.

2. Второй метод включает *измерение женщиной температуры* в заднем проходе.

Измерение температуры должно продолжаться в течение всего менструального цикла. Измерять температуру нужно лежа утром в одно и то же время, не вставая с постели после 4–5 часов спокойного сна одним и тем же термометром (желательно ректальным) в прямой кишке. Если женщина за-

нята на работе в ночную смену, то допускается измерение температуры вечером в одно и то же время после 3–4-часового отдыха лежа.

Показатели следует записывать, а затем строить график изменения температуры по дням менструального цикла. Если по какой-либо причине термометр был заменен на другой, то в графике фиксирования должна быть сделана соответствующая пометка. Это крайне необходимо, так как изменение показателей на $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ уже существенно для данного метода. Если температура в заднем проходе в течение как минимум 3 дней подряд не менее чем на $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ выше, чем в течение 6 предыдущих дней (правило «3 после 6»), женщина не способна к зачатию.

3. Способ предохранения от нежелательной беременности, основанный на *изучении* самой женщиной *слизи из влагалища*. С этой целью женщина либо непосредственно пальцем, введенным во влагалище, получает слизь для оценки, либо делает это с помощью промокания влагалища туалетной бумагой. Слизистые выделения оцениваются по цвету, консистенции, способности вытягиваться. Женщина способна к зачатию, если слизь прозрачная, хорошо тянется и упругая. В эти дни необходимо избегать половых контактов.

Женщина не способна к зачатию, если слизь липкая, молочно- или кремообразная на вид, хлопьевидная. В эти дни пара может иметь половые акты с большей долей вероятности, что беременность у партнерши не наступит. Если у женщины воспалены фаллопиевы трубы или яичники, то этот метод применять нецелесообразно, как и второй физиологический метод.

Эти способы контрацепции требуют от женщины дисциплинированности, аккуратности, полного понимания происходящих в ее организме перемен и способности их оценить на практике. При соблюдении необходимых рекомендаций и условий эффективность метода около 93%.

4. *Метод лактационной аменореи*. Кормление ребенка грудью издавна считалось средством, предохраняющим от беременности. Однако только в 1988 году этот метод стал признанным способом контрацепции, когда на международном

совещании по грудному вскармливанию (Италия, Белладжио) были четко названы условия применения данного способа, оценены его достоинства и эффективность.

На сегодняшний день надежность этого метода составляет 98%. В течение шести месяцев после родов, при условии, что женщина кормит ребенка только грудью (с интервалами не более 6 часов), не применяя докармливания, и менструации у женщины не было в течение этого времени, т.е. менструальный цикл не восстановился.

Несомненным достоинством метода является его доступность для каждой кормящей матери. Кроме того, использование такого способа предохранения от беременности делает грудное вскармливание, столь необходимое для ребенка, более привлекательным для матери.

V. Метод прерванного сношения. Мужчина прерывает сношение непосредственно перед эякуляцией, которая происходит вне влагалища. Условием успеха является способность мужчины прервать сношение прежде, чем произойдет первый выброс спермы.

Использование этого метода, с психологической точки зрения, предъявляет к мужчине очень высокие требования и для обоих партнеров является стрессом: удастся ли вовремя прервать половое сношение?

Длительное обращение к прерванному сношению может неблагоприятно отразиться на способности мужчины и женщины получить полное сексуальное удовлетворение и привести к явлению, известному под названием *аноргазмии*. Ненадежность метода состоит в том, что сперматозоиды могут попасть во влагалище до наступления эякуляции вместе с секретом, выделяемым из куперовых желез.

Более вредным прерванный половой акт оказывается для тех женщин, которые используют его постоянно. С течением времени вследствие постоянного кровенаполнения тазовых органов могут появиться боли в низу живота, в пояснице, выделение белей. Застойное полнокровие может привести к увеличению матки, нарушениям менструальной функции.

У мужчин этот способ вызывает сокращение времени полового акта, чрезмерно быструю эякуляцию.

VI. Стерилизация постоянная, временная. Медицинскую стерилизацию как метод контрацепции разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего 2 детей.

Противопоказания: воспаление — у мужчины семявыносящих протоков, яичек; у женщины — воспаление маточных труб.

При постоянной стерилизации: у мужчин перерезают семявыносящие протоки, у женщин — маточные трубы (перевязывают, прижимают). Временная стерилизация возможна только у женщин — зажимами перекрывают маточные трубы. Когда зажимы удаляют, репродуктивная способность быстро восстанавливается.

При выборе метода и способа контрацепции необходимо учитывать как анамнез, так и объективные данные пациента, позволяющие регулировать процесс деторождения без нанесения вреда как мужскому, так и женскому организму.



Комплекс гимнастических упражнений для женщин

Начинайте гимнастику с самых простых упражнений и постепенно переходите к сложным. То же относится к числу повторений каждого упражнения. Если вы никогда прежде не занимались гимнастикой или занимались непродолжительное время, в первые дни будете чувствовать напряжение в мышцах, а иногда и ноющую боль (особенно по утрам). Это быстро пройдет, и на смену напряжению и боли придет чувство удовлетворения.

Большинству женщин наибольшее огорчение доставляет живот. Уделите особое внимание упражнениям, укрепляющим мышцы живота. Некоторых женщин огорчают в большей степени другие части тела. В этом случае сделайте упор на упражнения, укрепляющие мышцы именно этих частей тела.

Будет неплохо, если гимнастикой вы станете заниматься перед зеркалом — так бывает легче следить за правильностью выполняемых упражнений. Однако иметь перед глазами зеркало хотя и желательно, но вовсе не обязательно. Некоторые упражнения бывает приятно делать под музыку. Включите проигрыватель или магнитофон с записями мелодий, ритм которых совпадает с ритмом ваших упражнений (в продаже сегодня имеются записи, специально предназначенные для ритмической гимнастики, но подходящую музыку можно подобрать и самим).

Особое внимание следует обратить на дыхание. Оно должно быть свободным и ровным. Не стремитесь дышать глубоко, так вам будет трудно делать упражнения. Недостаток кислорода компенсирует частота дыхания.

Снимите с себя всё, что мешает вашим движениям. Для занятий гимнастикой более всего подойдут специальный гимнастический костюм или обыкновенный купальник, которые наверняка найдутся в вашем гардеробе.

Не рассчитывайте на то, что, приступив к регулярным занятиям гимнастикой, вы уже через неделю станете стройной. Такого не удавалось достичь еще ни одной женщине, занимающейся даже под наблюдением опытного тренера. Возьмите лист бумаги и впишите в него все данные о себе, с какими вы приступаете к занятиям гимнастикой: вес, объем груди, талии, бедер. Через два месяца снова взвесьтесь и обмерьте себя обычным портняжным сантиметром. Через полгода, максимум через год вы заметите в своих записях существенную разницу между тем, какой вы приступили к занятиям гимнастикой, и как благодаря гимнастике. О том, что при этом улучшится самочувствие, повысится жизненный тонус, появится чувство оптимизма, мы уже говорили раньше, а вам предстоит лишь удостовериться в справедливости наших слов.

Итак, вы выполнили все наши советы. Вы готовы приступить к регулярным занятиям гимнастикой? Тогда начнем.

Упражнения стоя

Талия и спина. Плавно поднимите руки, одновременно поворачиваясь вправо, так же плавно опустите их. Сделайте то же с поворотом влево. Следите за тем, чтобы бедра и ноги оставались неподвижными (рис. 51, а).



Рис. 51



б

Наклонитесь вперед и вправо, стараясь достать кончиками пальцев пол, выпрямитесь. Сделайте то же с наклоном влево. И в этом упражнении бедра и ноги должны оставаться неподвижными (рис. 51, б).

Грудь и плечи. Держа в правой руке скалку, наклонитесь вперед, одновременно отводя правую руку со скалкой назад; повторите упражнение, переложив скалку в левую руку (рис. 52, а).

Возьмите скалку в обе руки за спину; наклоняясь вперед, старайтесь как можно выше поднять руки (рис. 52, б).

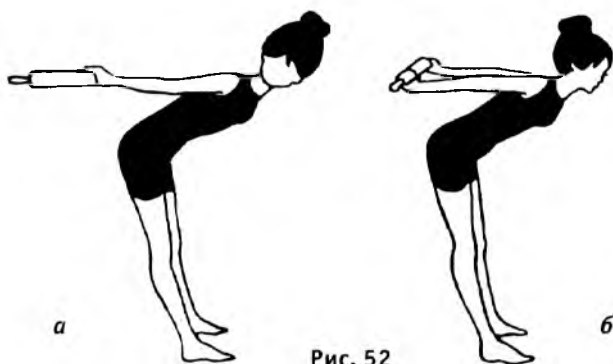


Рис. 52

Бедра и икры. Опуститесь на корточки, положив ладони на пол, выпрямитесь, встаньте на полные ступни (рис. 53, а). Не сгибая ног, наклонитесь вперед, стараясь коснуться руками пальцев ног, выпрямитесь (рис. 53, б).

Бедра и спина. Наклонившись вперед, возьмитесь руками за икры ног и постарайтесь подтянуть голову к коленям (рис. 54).

Грудь и руки. Возьмите в каждую руку по бутылке из-под лимонада или молока и широкими плавными движениями вращайте их попеременно то вперед, то назад.

Бедра и ягодицы. Упритесь правой рукой в стену или дверь, подтяните левой рукой левую ногу коленом к животу, спину держите прямо (рис. 55, а). Взавшись левой рукой за носок левой ноги, подтяните ступню к ягодицам (рис. 55, б). Повторите упражнение, переменив руку и ногу.



Рис. 53



Рис. 54



Рис. 55

Упражнение на потягивание. Свяжите два конца бельевой веревки, широко расставленными ногами наступите на нее. Скользя руками по веревке, разведите их в стороны, пока не почувствуете, что веревка натянулась (рис. 56).

Живот и ягодицы. Слегка расставьте ноги, расслабьтесь (рис. 57, а). Резко напрягите живот и ягодицы (рис 57, б). Оставайтесь в таком напряженном положении секунд десять, после чего снова расслабьтесь. Это упражнение можно выполнять, свободно двигаясь по комнате под музыку и внезапно резко останавливаясь и напрягаясь.



Рис. 56

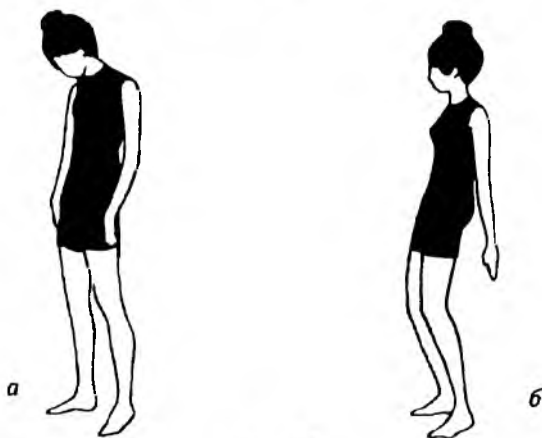


Рис. 57

Талия и ноги. Положите левую руку на спинку стула, ноги вместе. Одновременно поднимайте вперед, в сторону и назад правую руку и ногу. Если упражнение выполняется под музыку, можно слегка потрясти в такт музыки поднятыми рукой и ногой. То же упражнение делается, взявшись за спин-

ку стула правой рукой и отводя вперед, в сторону и назад левую руку и ногу.

Руки и талия. Ноги вместе, правая рука опущена, левая лежит на спинке стула. Правую ногу отставьте в сторону на носок, одновременно поднимите в сторону и вверх правую руку, наклонитесь влево (рис. 58). Повторите упражнение, повернувшись к стулу правым боком.



Рис. 58

Живот и спина. Встаньте лицом к спинке стула, обопритесь на него правой рукой. Отставьте в сторону и назад на носок правую ногу, поднимите вверх левую руку, прогнитесь назад (рис. 59). Повторите упражнение, опершись на спинку стула левой рукой и отставляя в сторону и назад левую ногу и поднимая правую руку.

Это же упражнение можно выполнять без помощи стула под музыку, попеременно отставляя в сторону и назад то правую, то левую ногу и соответственно поднимая попеременно вверх то левую, то правую руку (рис. 60). Следите за плавностью движений.



Рис. 59



Рис. 60

Упражнения лежа

Живот, колени и икры. Лягте на коврик на спину, руки заложите за голову, ноги вытяните. Медленно согните ноги в коленях, подтяните их к животу (рис. 61, а). Выпрямите ноги, подержите их несколько секунд под прямым углом к туловищу, плавно опустите (рис. 61, б).



Рис. 61

Колени и икры. Перевернитесь на живот, положите лицо на руки, ноги вытянутые. Медленно согните их в коленях так, чтобы коснуться ступнями ягодиц, также медленно вы-

прямите. Это же упражнение можно выполнять под музыку попеременно то правой, то левой ногой, а то и обеими ногами сразу.

Талия и живот. Сядьте на пол, обопритесь на локти, ноги вытянуты. Под музыку попеременно поднимайте то правую, то левую ногу (рис. 62). Это упражнение, известное под названием «ножницы», можно усложнить, делая круговые движения ногами. Не старайтесь поднять ноги слишком высоко: упражнение эффективнее тогда, когда делается как можно ближе от пола. Почувствовав, что талия и мышцы живота укрепились, можете ускорить темп упражнения.



Рис. 62

Следует заметить, что как это, так и другие упражнения вы можете по собственному усмотрению разнообразить. Так, «ножницы» могут быть не только вертикальные, но и горизонтальные (ноги движутся крест-накрест), круговые движения ногами могут проходить по часовой стрелке, а могут против и т.д. Если вы устанете, расслабьтесь и минуту-другую отдохните (рис. 63).

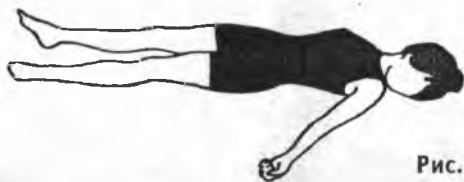


Рис. 63

Упражнения сидя

Живот и спина. Для этого упражнения нам вновь понадобятся скалка или свернутое жгутом полотенце. Слегка наклонившись вперед, медленно подтяните попеременно к груди

то правую, то левую ногу, пропустите под нее скалку или свернутое жгутом полотенце, вытяните ногу. Повторите упражнение, освободив из-под ноги скалку или полотенце. Это же упражнение можно выполнять, подтягивая сразу обе ноги и пропуская под них скалку или полотенце.

Бедра и ягодицы. Вытяните перед собой руки со скалкой или свернутым полотенцем, ноги и спина прямые. Поочередно отрывайте от пола как можно выше то правое, то левое бедро (рис. 64 а, б). Следите за тем, чтобы руки и спина оставались при этом прямыми.



Рис. 64

Живот. Пересядьте с пола на краешек стула, возьмитесь руками за низ сиденья. Спина и ноги прямые, ступни касаются пола (рис. 65). Медленно, ощущая напряжение мышц живота, подтяните согнутые в коленях ноги к груди, спину держите все время прямо (рис. 66). Не опуская ног на пол,



Рис. 65



Рис. 66



Рис. 67

также медленно выпрямите их, стараясь удержать на весу как можно выше (рис. 67).

Живот, талия и ноги. Сидя на стуле, сожмите стопами ног ножки табурета, приподнимите его над полом и удерживайте на весу в течение 10 секунд (рис. 68). Плавно опустите табурет. Повторите упражнение, просунув ноги между ножками табурета, и, отжав стопы, приподнимите табурет над полом и также постарайтесь удержать его на весу в течение 10 секунд (рис. 69). Следите за тем, чтобы мышцы живота и талии были в напряжении, спину держите прямо.

Следующие упражнения помогут вам выработать правильную осанку. Их можно выполнять как сидя, так и стоя. Сядьте на кончик стула так, чтобы спина, бедра и голени находились под прямым углом друг к другу, руки свободно опустите, плечи слегка согните. Напрягите одновременно икры ног, мышцы живота и спины, плечи отогните как можно дальше назад, чтобы лопатки коснулись одна другой, голову запрокиньте. Посидите несколько секунд в таком напряженном положении, затем снова расслабьтесь.

А теперь встаньте со стула, соедините пятки, напрягите колени, ягодицы и мышцы живота. Приподнимитесь на носках так высоко, как только это вам удастся, напрягите все тело, затем медленно расслабьтесь (рис. 70). Упражнение несложное, но его следует повторять на протяжении длитель-

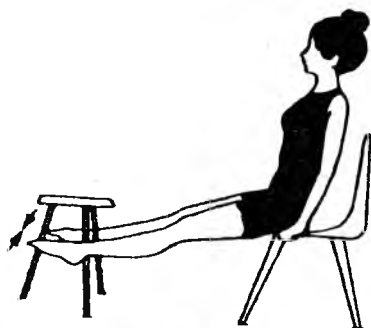


Рис. 68



Рис. 69



Рис. 70

ного времени, пока вы не убедитесь, что в расслабленном состоянии ваша осанка приобрела изящество.

Для каждой женщины важна не только изящная осанка, но и красивая походка. Красивую походку, если вы не хотите, чтобы она выглядела искусственной, также можно выработать с помощью несложных упражнений.

Положите руку на пояс, распрямите плечи, медленно отведите в сторону левую ногу и постоит в такой позе, не напрягаясь, секунд 10–15 (рис. 71). Повторяйте упражнение до тех пор, пока не почувствуете, что легко удерживаете равновесие.



Рис. 71

Это упражнение можно усложнить, приставляя ступню отставленной ноги к колену опорной ноги и плавно поднимая руки в стороны и вверх (рис. 72). Если и это упражнение покажется вам легким, можете приподняться на носок опорной ноги и в таком положении постоять секунд 10–15. Овладев этим упражнением в разных вариантах, начните выполнять его под музыку. Это придаст вашим упражнениям ритм и повысит настроение.



Рис. 72

Наконец, походите на носках по комнате, распрямив плечи и высоко поднимая колени. Если вы чувствуете, что легко ходите прямо, не сутулясь и не опуская голову, закрепите эту походку, положив на голову блюдо или чашку.

Индивидуальная карта беременной и родильницы

Код формы по ОКУД _____	
Код учрежд. по ОКПО _____	
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ Наименование учреждения _____	Медицинская документация Форма № 111 у Утверждена Минздравом РФ 01.10.92 № 1030

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
беременной и родильницы**

Группа крови _____	Реакция Вассермана
Резус принадлежность _____	I. " " _____ 20 г.
беременной _____	II. " " _____ 20 г.
ее мужа _____	Результат исследования
1. Дата взятия на учет _____	на гонококки _____
_____	Обследование на токсоплазмоз РСК (по показаниям) _____
_____	Кожная проба _____ РКС _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Семейное положение: брак зарегистрирован,
не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть)

Домашний адрес, телефон _____

Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)

Место работы, телефон _____

Профессия или должность _____ Условия труда _____

Фамилия и место работы мужа, телефон _____

2. Диагноз: беременность (которая) _____ Роды _____

Осложнения данной беременности _____

Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____

3. Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные _____
_____ недель. Дата _____

Особенности родов _____

Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г, рост _____ см

Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть)

-- диагноз _____

Профилактика гонобленорей новорожденного произведена _____ (чем)

Оценка новорожденного по шкале

Апгар _____ баллов

Послед выделился: самостоятельно, отделен, удален рукою, применен прием

через _____ час _____ мин.

Детское место целое, под сомнением

Оболочки все, под сомнением

Пуловина: длина _____ см. обвитие вокруг _____

особенности

Кровопотеря в родах _____ мл.

АНАМНЕЗ

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Менструация с _____ лет

Начало половой жизни с _____ лет

Гинекологические заболевания _____

Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, перчаточные пособия, масса (вес) новорожденных) _____

Сколько детей живых _____

мертвоорожденных _____

умерло _____

Психопрофилактика: подготовка, медикам. обезболивание: чем _____

Эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)

Продолжительность родов

Общая _____ I пер. _____

II пер. _____ III пер. _____

Приняла ребенка (акушерка, врач) _____

Послед осматривал _____

Лож. врач _____

Акушерка _____

Течение и осложнения настоящей беременности

Состояние при поступлении

Данные наружного осмотра

Сердце _____

Пульс _____

АД на правой руке _____

левой _____

Органы дыхания _____

Органы пищеварения _____

Мочевая система _____

Моча при иктеричности _____

Подпись _____

Вопросы, возникающие у беременных, и ответы на них

Тошнота и рвота	
<ul style="list-style-type: none"> - Это состояние бывает настолько серьезным, что иногда требуются внутривенные процедуры, хотя некоторым женщинам удается совсем избежать этой проблемы. - Обычно тошнота и рвота прекращаются сами собой после 4-го месяца беременности 	<ul style="list-style-type: none"> - Надо кушать часто, но маленькими порциями. - Старайтесь избегать жирной пищи и кофе. - При выраженной и повторяющейся рвоте обратитесь к врачу
Изжога	
<ul style="list-style-type: none"> - Изжога — ощущение болезненного жжения в нижней части груди, особенно в положении лежа 	<ul style="list-style-type: none"> - Прекратите курение, употребление алкогольных напитков, сладкой и острой пищи. - Старайтесь выпивать по 0,5 литра молока в день. - Не наедайтесь на ночь и попробуйте спать на высокой подушке. - Натуральный и безопасный препарат Ренни поможет Вам избавиться от изжоги за 5 минут (в день принимать не более 10 таблеток)
Судороги в икроножных мышцах	
<ul style="list-style-type: none"> - Очень неприятное ощущение, во время беременности чаще всего сводит икроножные мышцы и стопу 	<ul style="list-style-type: none"> - Вытяните ноги и подержите их в таком положении в течение минуты. - Помассируйте икроножную мышцу и положите ноги так, чтобы мышцы расслабились. - Ешьте больше пищи с высоким содержанием кальция (молочные продукты) и калия (бананы). - Не забывайте принимать комплекс витаминов, макро- и микроэлементов, специально разработанный для беременных
Анемия	
<ul style="list-style-type: none"> - Во время беременности часто бывает ощущение усталости и слабо- 	<ul style="list-style-type: none"> - Старайтесь питаться продуктами с повышенным содержанием желе-

сти из-за железодефицитной анемии	за (мясо, вишня, абрикосы, миндаль, зеленые овощи).
Растяжки на коже	
<ul style="list-style-type: none"> – Растяжения кожи происходят из-за прибавления веса и гормональных изменений во время беременности. Чаще всего растяжки появляются на животе, бедрах и груди. – Растяжки бывают чаще у женщин, имевших целлюлит до беременности 	<ul style="list-style-type: none"> – Плавание и легкая гимнастика улучшают эластичность кожи. – Регулярно массируйте живот и бедра с применением специального крема
Варикозное расширение вен и отеки	
<ul style="list-style-type: none"> – При беременности часто бывают варикозное растяжение вен и отеки. Если Вы страдали этим до беременности, сейчас состояние может ухудшиться 	<ul style="list-style-type: none"> – Массируйте ноги холодной водой. – Носите компрессионный трикотаж. – Когда сидите, держите ноги на высоте — на пуфике или стуле
Прибавление веса	
<ul style="list-style-type: none"> – Прибавление веса, как правило, начинается после 20-й недели. Следите за своим весом. За время беременности Вы должны прибавить не более 10–12 кг 	<ul style="list-style-type: none"> – Питайтесь сбалансированно. Ешьте больше овощей и фруктов. – Снизьте потребление соли и острых блюд, это поможет Вам ограничить прием жидкости. – Питайтесь качественным белком (телятина, говядина, куриное мясо, рыба, бобы, чечевица)
Гипертоническая болезнь	
<ul style="list-style-type: none"> – Повышенное давление и вегетосудистая дистония до беременности могут стать серьезной проблемой на поздних сроках 	<ul style="list-style-type: none"> – Обязательно проконсультируйтесь с врачом. – Нормализуйте режим труда и отдыха. – Можно принимать настойку пустырника и боярышника. – Можно принимать растительные средства, препятствующие задержке жидкости (медвежье ушко, брусничный лист, кукурузное рыльце)
Запоры и геморрой	
<ul style="list-style-type: none"> – Эти неприятные проблемы часто возникают во время беременности 	<ul style="list-style-type: none"> – Выпивайте стакан воды натощак (до завтрака), это активизирует работу кишечника.

	<ul style="list-style-type: none">– Пейте соки.– Делайте гимнастику.– Ешьте больше клетчатки (овощи, фрукты, в том числе курагу, чернослив), йогурты и другие живые кисломолочные продукты
Пигментация кожи	
<ul style="list-style-type: none">– Во время беременности может возникать пигментация кожи.– Веснушки могут увеличиваться и сливаться в пятнышки	Не волнуйтесь! Все пройдет после родов
Выделения из сосков	
<ul style="list-style-type: none">– После 6-го месяца из сосков могут появляться выделения	<ul style="list-style-type: none">– Соблюдайте гигиену (мойте и насухо вытирайте соски).– Не носите тесный бюстгальтер.– Не сцеживайте жидкость

Рекомендации беременным

Что надо делать обязательно:

- ▶ Правильно питайтесь! Включайте в рацион больше кисломолочных продуктов, так как в них содержится кальций. Обязательно ешьте мясо — это источник белка, не забывайте об овощах и фруктах.
- ▶ Лучше питаться пять раз в день понемногу, чем три раза большими порциями.
- ▶ Чтобы не было проблем с кишечником, ешьте больше клетчатки, которая содержится в сырых зеленых овощах.
- ▶ Не забывайте каждый день принимать комплекс витаминов, макро- и микроэлементов, специально разработанный для беременных.
- ▶ Делайте физические упражнения, укрепляйте мышцы.
- ▶ Носите бюстгальтер из хлопка.
- ▶ Регулярно посещайте стоматолога.
- ▶ Один раз в неделю взвешивайтесь.
- ▶ Соблюдайте гигиену.
- ▶ С 34-й недели беременности начните постепенно исключать из рациона мясо и кушайте больше сладких фруктов. Это позволит сделать Ваши ткани мягкими и пластичными.

Чего необходимо избегать:

- ▶ Излишняя нагрузка.
- ▶ Алкогольные напитки и курение.
- ▶ Прием лекарств без рекомендации врача.
- ▶ Кофе и чай в больших количествах.
- ▶ Тесная одежда и ремешки.
- ▶ Обувь на высоких каблуках.
- ▶ Вам нельзя болеть. Избегайте места, где много народа. Старайтесь не общаться с заболевшими.
- ▶ Излишнее потребление соли и сахара.
- ▶ Не ешьте за двоих.
- ▶ Рентген и томография (только по рекомендации наблюдающего Вас врача).

Обязательно обратитесь к врачу, если у Вас:

- ▶ Повышенная температура.
- ▶ Влагалищное кровотечение.
- ▶ Сильно отекают лицо и руки.
- ▶ Быстро увеличивается или уменьшается вес.
- ▶ Плод не шевелится после 4-го месяца беременности.
- ▶ Кружится голова и ухудшилось зрение.
- ▶ Зуд наружных половых органов.
- ▶ Раньше срока начались схватки или отходят воды.

Контрольные вопросы к темам**Введение**

1. Понятие об «акушерстве» и «гинекологии».
2. История развития науки в России.
3. Обязанности медицинской сестры.
4. Права и обязанности медицинской сестры.

Глава I

1. Задачи женской консультации.
2. Медико-санитарная часть.
3. Акушерский и гинекологический стационары.

Глава II

1. Источники инфекции.
2. «Входные ворота» инфекции.
3. Асептика и антисептика в акушерстве.
4. Санитарная обработка поступающих в стационар.
5. Обследование персонала.

Глава III

1. Особенности строения женского таза.
2. Размеры таза.
3. Значение мышц тазового дна.
4. Наружные половые органы женщины.
5. Строение и слои матки.
6. Строение маточных труб.
7. Яичники, их строение и функция.
8. Связочный аппарат, кровоснабжение и иннервация женских половых органов.
9. Регуляция менструального цикла.
10. Периоды жизни женщины, их продолжительность и особенности.

Глава IV

1. Понятие об оплодотворении и его локализация.

2. Маточноплацентарное кровообращение и фетоплацентарный комплекс.
3. Строение плаценты.
4. Признаки зрелости плода.
5. Изменения в организме беременной.
6. Методика обследования беременной.
7. Четыре наружных акушерских приема.
8. Гигиена и диететика беременной.

Глава V

1. Понятие о родах. Периоды родов.
2. Изгоняющие родовые силы.
3. Понятие о схватках и потугах, методики их подсчета.
4. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
5. Уход за роженицей в 1-м периоде родов.
6. Ведение периода изгнания плода, понятие о защите промежности.
7. Обезболивание родов.
8. Первый туалет новорожденного.
9. Признаки отделения последа.
10. Оценка плаценты.
11. Подготовка к осмотру родильницы.

Глава VI

1. Изменения в организме родильницы.
2. Уход за родильницей.
3. Подготовка к кормлению ребенка. Кормление.
4. Сцеживание молока, его стерилизация и хранение.
5. Уход за швами на промежности и подготовка к снятию швов.
6. Выписка родильницы и новорожденного.

Глава VII

1. Уход за новорожденными в детском отделении.
2. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного.
3. Дети с родовой травмой и уход за ними.

4. Недоношенные дети и уход за ними.
5. Инфекционные заболевания новорожденных, уход за детьми.

Глава VIII

1. Понятие об инфекционных осложнениях у родильниц и причинах их возникновения.
2. 3 вида инфекционных осложнений в зависимости от распространенности процесса.
3. Основные виды инфекционных осложнений: послеродовая язва, эндометрит, мастит, тромбофлебит, перитонит, сепсис.
4. Профилактика послеродовых осложнений.

Глава IX

1. Гестозы I половины беременности: слюнотечение, тошнота, рвота.
2. Гестозы II половины беременности: водянка беременной, нефропатия, преэклампсия, эклампсия.
3. Неотложная помощь при приступе эклампсии.
4. Причины кровотечений в I половине беременности.
5. Причины кровотечений во II половине беременности.
6. Оказание неотложной помощи при кровотечении.
7. Сочетание ССП и беременности.
8. Анемия и беременность.
9. Понятие о тазовых предлежаниях.
10. Роды при узком тазе.
11. Поперечное и косое положение плода.
12. Разгибательные предлежания плода.
13. Кровотечение в раннем послеродовом периоде и неотложная помощь при нем.
14. Родовой травматизм матери. Понятие о разрывах промежности и разрыве матки.
15. Перинео- и эпизиотомия.
16. Операция «кесарево сечение».
17. Искусственное прерывание беременности.

Глава X

1. Устройство операционного блока.
2. Обязанности операционной медсестры.
3. Подготовка инструментария к различным оперативным вмешательствам.
4. Уход за послеоперационными больными.

Глава XI

1. Понятие о гинекологии.
2. Общие методы обследования.
3. Основные методы исследования в гинекологии.
4. Дополнительные методы исследования. Их основа, методика и показания к ним.

Глава XII

1. Классификация и структура гинекологического заболевания.
2. Воспаления наружных половых органов (вульвит, бартолинит).
3. Воспаления внутренних половых органов (кольпит, эрозия, эндоцервицит, метроэндометрит, аднексит, параметрит, пельвиоперитонит, сепсис). Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика этих заболеваний.
4. Специфические воспалительные заболевания: трихомоноз, гонорея, сифилис, хламидиоз, герпес, СПИД, кандидоз и другие.

Глава XIII

1. Классификация нарушений менструальной функции и основная терминология.
2. Оligодисминорея.
3. Гиперменструальный синдром.
4. Нейроэндокринные синдромы.
5. Понятие об эндометриозе.

Глава XIV

1. Понятие о бесплодном браке.

2. Мужское и женское бесплодие.
3. Первичное и вторичное бесплодие.
4. Методики обследования и принципы лечения.
5. Профилактика бесплодия.

Глава XV

1. Понятие о сексологии и сексопатологии.
2. Виды сексуальных нарушений.

Глава XVI

1. Предраковые заболевания и состояния.
2. Доброкачественные опухоли.
3. Злокачественные новообразования. Стадии и методика лечения.
4. Профилактика опухолей.

Глава XVII

1. Неправильные положения матки.
2. Опущение и выпадение матки и стенок влагалища.
3. Принципы лечения.

Глава XVIII

1. Пороки развития наружных половых органов.
2. Аномалии развития яичников.
3. Аномалии развития матки и влагалища.
4. Недоразвитие половых органов.

Глава XIX

1. Травмы наружных половых органов и влагалища. Методы лечения.
2. Повреждения матки. Методы лечения.
3. Свищи, их разновидности и методики устранения.

Глава XX

1. Подготовка больной к операции.
2. Уход за послеоперационной больной.
3. Возможные осложнения послеоперационного периода.

Глава XXI

1. Оснащение послеоперационного блока.
2. Подготовка рук.
3. Подготовка инструментария.
4. Хранение лекарственных веществ.

Глава XXII

1. Понятие о контрацепции. Методы контрацепции.
2. Виды контрацептивов.
3. Показания и противопоказанию к применению контрацептивов.

Задания в тестовой форме с одним правильным ответом

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
1	Внутренние половые органы	2	лобок	матка	клитор	влагалище
2	Менструальный цикл — это	2	прикрепление яйцеклетки к стенке матки	циклические изменения в организме женщины	выход яйцеклетки из фолликула	захват яйцеклетки из брюшной полости
3	В регуляции менструального цикла участвуют	2	паращитовидные железы	гипоталамо-гипофизарная система	надпочечники	поджелудочная железа
4	В яичниках образуются	1	эстрогены	пролактин	форменные элементы крови	ферменты
5	В желтом теле образуется гормон	3	эстрадиол	инсулин	прогестерон	окситоцин
6	Разрыв фолликула и выход яйцеклетки в брюшную полость	2	менструация	овуляция	оплодотворение	имплантация
7	Менструация — это	3	выход яйцеклетки из фолликула	прикрепление плодного яйца к стенке матки	отторжение функционального слоя эндометрия	слияние ядер половых клеток

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
8	Имплантация — это	2	накопление секрета в маточных трубах	прикрепление плодного яйца к стенке матки	выход яйцеклетки из фолликула	слияние ядер половых клеток
9	Основная составляющая плаценты	3	мышечная ткань	эпителий	ворсинки	маточные железы
10	Плодная оболочка, секретирующая околоплодные воды	2	хорион	амнион	децидуальная оболочка	миометрий
11	Срочные роды — это роды на сроке (в неделях)	3	32–33	36–37	39–40	41–42
12	Раскрытию шейки матки способствуют	4	накопление гормонов	отхождение околоплодных вод	перерастяжение мышц матки	истинные схватки и плодный пузырь
13	При рвоте беременных характерны	1	сухость кожных покровов	отеки	гликозурия	повышение артериального давления
14	При рвоте беременных назначают	4	папаверин	лазикс	гепарин	церукал
15	Клинический симптом при позднем гестозе	1	гипертония	гипотония	гликозурия	рвота

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
16	Приоритетная проблема беременной при преэклампсии	1	головная боль	нарушение мочеиспускания	повышение температуры	кашель
17	Проблема гипертензии беременной решается путем введения	2	хлористого кальция	сернокислой магнезии	церукала	атропина
18	Осложнение позднего гестоза	2	отек легких	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	сепсис	перитонит
19	Приоритетная проблема больной при прервавшейся внематочной беременности	1	боли в низу живота	частое мочеиспускание	тошнота	жидкий стул
20	Приоритетная проблема беременных при начавшемся выкидыше	2	рвота	схваткообразные боли в животе	головная боль	частое мочеиспускание
21	Независимое действие медицинской сестры при угрожающем аборте	3	введение прогестерона	назначение сокращающих средств	подготовить спазмолитики	проведение катетеризации

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
22	Независимое действие медсестры при аборте в ходу у беременной	3	введение седативных средств	проведение УЗИ	подготовка к выскабливанию полости матки	биопсия шейки матки
23	Беременность можно сохранить в стадии	1	угрожающего аборта	неполного аборта	аборта в ходу	полного аборта
24	Искусственный аборт может вызвать осложнения репродуктивной функции	1	бесплодие	опущение половых органов	многоводие	многоплодие
25	Обследование женщин при поступлении на медицинский аборт включает	2	взятие крови на холестерин	кровь на RW, ВИЧ-инфекцию	анализ мочи по Нечипоренко	кольпоскопию
26	Потенциальная проблема женщины после искусственного аборта	1	невынашивание	расстройство стула	нарушение мочеиспускания	психические расстройства
27	Приоритетные проблемы пациентки при гонорее	1	рези при мочеиспускании	бели творожистого характера	жидкий стул	рвота

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
28	Характер белей при трихомониозе	4	кровянистые	гнойные	творожистые	пенистые, с неприятным запахом
29	Сестринское исследование при заболеваниях, передающихся половым путем	1	сбор субъективной информации	бимануальное исследование	рентгенологическое исследование	исследование мочи
30	Зависимое действие медсестры при гонорее	1	введение антибиотиков	введение влагаллищных свеч	назначение противогрибковых препаратов	применение клотримазола
31	Сестринское вмешательство при кандидомикозе влагалища	2	введение антибиотиков	введение влагаллищных свеч	назначение противогрибковых препаратов	применение клотримазола
32	Основная проблема при опущении половых органов	1	недержание и неудержание мочи	боли в области эпигастрия	недержание газов и кала	тошнота и рвота
33	Приоритетная проблема у девочки при ювенильном кровотечении	1	кровотечение из половых путей	повышение АД	нарушение мочеиспускания	обильное слюноотделение

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
34	Независимое действие медсестры при ювенильном и климактерическом кровотечениях	2	выскабливание полости матки	холод на низ живота	введение гормональных препаратов	назначение антибиотиков
35	Первичным очагом нисходящей гонореи чаще является	3	влагалище	матка	уретра	маточные трубы
36	Восходящая гонорея — это поражение	3	канал шейки матки	влагалища	маточных труб	уретры
37	Потенциальная проблема пациентки при применении гоновакцины и пирогенала	4	частое мочеиспускание	обильное слюноотделение	жидкий стул	повышение температуры
38	Основная проблема женщин в климактерическом периоде	4	снижение массы тела	регулярные менструации	гипотония	приливы жара к голове
39	Физиологическая аменорея характерна	1	для периода детства	при синдроме Штейна-Левенталя	при заращении девственной плевы	для периода половой зрелости

Продолжение прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
40	К ретенционным кистам яичников относятся	1	Фолликулярная	дермоидная	псевдомуцинозная	папиллярная
41	«Острый живот» при кистах яичников может возникнуть в результате	3	роста опухоли	уменьшения размеров опухоли	перекрута ножки кисты	малигнизации кисты
42	Приоритетная проблема большой при перекруте ножки кисты	2	нарушение мочеиспускания	резкие боли в животе	тошнота, рвота	частый стул
43	Независимое сестринское вмешательство при осложненной кисте	1	холод на низ живота	проведение УЗИ	введение обезболивающих препаратов	очистительная клизма
44	Миома матки — это опухоль	3	эпителиальная	быстрорастущая	доброкачественная	злокачественная
45	Основная проблема больных при субмукозной миоме	2	вздутие живота	обильные, длительные менструации	гипотония	болезненное мочеиспускание
46	Независимое сестринское вмешательство при миоме матки	2	введение гормонов	подготовка больной к гинекологическому осмотру	осмотр шейки матки в зеркалах	введение газоотводной трубки

Окончание прил. 8

№	Вопрос	Правильный ответ (№)	Ответ 1	Ответ 2	Ответ 3	Ответ 4
47	Независимое действие медсестры при маточном кровотечении	3	выскабливание полости матки	назначение сокращающих средств	холод на низ живота	введение сокращающих препаратов
48	Кровянистые выделения в постменопаузе являются симптомом	1	рака эндометрия	аднексита	цервицита	миомы матки
49	Приоритетное действие медсестры при подозрении на онкологические заболевания половых органов	2	проведение кольпоскопии	направление на консультацию к онкологу	проведение лабораторного обследования	приглашение на повторный прием
50	Основная проблема больных при раке шейки матки	4	схваткообразные боли в низу живота	бели гнойного характера	повышение температуры	контактные кровотечения

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

Беременная О.Н., 20 лет, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 8 недель, ранний гестоз, умеренная рвота.

Тошнота и рвота по утрам появились 2 недели назад, но вскоре рвота участилась до 10 раз в сутки до и после приема пищи. Жалуется на слабость, головокружение, отсутствие аппетита, похудела на 3 кг. В пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, боится повторения рвоты, на контакты идет, но выражает опасение за исход беременности.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. АД — 100/80 мм рт. ст., пульс — 100 уд./мин. Температура тела 37,7 °С. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Объясните беременной, как подготовиться к влагалищному исследованию.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику взятия мазка на степень чистоты влагалища.

Эталон ответа.

Проблемы беременной: настоящие: рвота, тошнота, головокружение, слабость.

Потенциальные проблемы: невынашивание беременности, интоксикация.

Приоритетная проблема беременной — рвота.

Краткосрочная цель: у пациентки в ближайшие дни прекратится рвота, тошнота и обезвоживание организма.

Долгосрочная цель: пациентка не будет предъявлять жалоб на рвоту и тошноту при выписке.

План	Мотивация
1. Создание беременной полного покоя и длительного сна	1. Для уменьшения стрессовых воздействий на ЦНС
2. Изоляция от пациенток с таким же диагнозом	2. Для исключения рефлекторного воздействия на рвотные центры
3. Обеспечение обильного питья	3. Для восполнения объема потерянной жидкости
4. Проведение беседы об особенностях приема пищи (небольшие порции, в холодном виде)	4. Для усвоения организмом принятой пищи
5. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов	5. Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
6. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты в течение дня	6. Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом
7. Проведение беседы о необходимости полоскания рта раствором шалфея, коры дуба	7. Для уменьшения слюнотечения
8. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки	8. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Оценка. Беременная отмечает урежение и прекращение рвоты. Беременность сохранена. Цель достигнута.

Студент доступно объясняет пациентке правила подготовки к влагалищному исследованию и выясняет, правильно ли она поняла его объяснение.

Студент демонстрирует технику взятия мазка на степень чистоты влагалища: надевает перчатки, левой рукой раздвигает большие и малые половые губы, правой рукой вводит во влагалище створчатое зеркало Куско, выводит шейку матки и с помощью ложечки Фолькмана берет мазок из заднего свода влагалища, наносит на покрывное стекло в виде буквы «V».

ЗАДАЧА 2

Беременная 20 лет, поступила в стационар в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность 12 недель. Самопроизвольный угрожающий аборт.

Жалобы на тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Заболела 2 дня назад, причину заболевания связывает с подъемом тяжести на работе.

Женщина тревожна, беспокоится за дальнейший исход беременности.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД — 120/80 мм рт. ст., пульс — 74 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Обучите беременную правилам введения свечи в прямую кишку.
3. Подготовьте набор инструментов для медицинского аборта.

Эталон ответа.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы: боли внизу живота и поясничной области, беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы: кровотечение, гибель плода.

Приоритетная проблема беременной — боль внизу живота.

Краткосрочная цель: прекратить боли у беременной.

Долгосрочная цель: пролонгировать беременность.

План	Мотивация
1. Обеспечение психического покоя	1. Для уменьшения стрессовых воздействий
2. Создание физического покоя	2. Для снятия тонуса и напряжения матки

План	Мотивация
3. Проведение подготовки к процедуре иглорефлексотерапии	3. Для рефлекторного воздействия на мышечный слой матки
4. Проведение процедуры — электросон	4. Для рефлекторного воздействия на ЦНС для создания седативного эффекта
5. Проведение беседы с мужем в целях обеспечения полового покоя	5. Для снятия тонуса мышечного слоя матки
6. Проведение беседы с родственниками об обеспечении питания беременной с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов	6. Для полноценного развития плода и профилактики развития анемии у беременной
7. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты	7. Для профилактики гипоксии плода
8. Наблюдение за состоянием беременной	8. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Оценка. Пациентка отмечает уменьшение и прекращение болей. Появляется уверенность в сохранении беременности. Цель достигнута.

Студент осуществляет обучение беременной правилам введения свечи в прямую кишку и выясняет, правильно ли она поняла его объяснение.

Студент демонстрирует подготовку стерильного стола и перечисляет необходимые инструменты для медицинского аборта (ложкообразное зеркало, подъемник, пинцет, корнцанг, абортцанг, 2 кюветки, маточный зонд, расширители Гегара, пулевые щипцы, ватные шарики, флакон с 70%-ным спиртом, почкообразный лоток, стерильные перчатки).

ЗАДАЧА 3

Пациентка 40 лет, находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении с диагнозом: хронический неспецифический сальпингит.

Жалобы на зуд в области вульвы и влагалища, бели. Считает, что эти проявления возникли через несколько дней после

проведения курса антибиотикотерапии. Беспокойна, нервозна, жалуется на нарушение сна.

Объективно: при осмотре половых органов — гиперемия малых половых губ, слизистой влагалища, творожистые выделения. Следы расчесов в области наружных половых органов.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Обучите пациентку введению влагалищных тампонов.
3. Продемонстрируйте технику влагалищных ванночек.

Эталон ответа.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы:

- 1) зуд, бели;
- 2) беспокойство, нервозность;
- 3) нарушение сна.

Потенциальные проблемы:

- 1) риск развития эрозии шейки матки;
- 2) риск рецидива;
- 3) риск инфицирования полового партнера.

Приоритетная проблема: зуд и бели в области половых органов.

Краткосрочная цель: уменьшить зуд и бели у пациентки.

Долгосрочная цель: пациентка не будет предъявлять жалоб на зуд и бели к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Сообщение лечащему врачу о жалобах пациентки	1. Для назначения соответствующего лечения
2. Проведение влагалищных ванночек с 2%-ным раствором соды	2. Для нормализации влагалищной флоры
3. Взятие мазка из заднего свода влагалища	3. Для определения микрофлоры
4. Проведение беседы с пациенткой о личной гигиене	4. Для профилактики воспалительных заболеваний

План	Мотивация
5. Проведение беседы о сбалансированном питании	5. Для повышения защитных сил организма
6. Наблюдение за состоянием пациентки	6. Для ранней диагностики и своевременного оказания помощи в случае возникновения осложнений

Оценка. Пациентка отмечает уменьшение зуда и белей. Цель достигнута.

Студент обучает пациентку, как самостоятельно вводить влагалищные тампоны, и определяет ответную реакцию на проводимое обучение.

Студент демонстрирует на муляже технику влагалищных ванночек: надевает перчатки, левой рукой разводит большие и малые половые губы, правой рукой вводит створчатое зеркало, замок устанавливает кверху, фиксирует створки, наливает раствор.

Первую порцию сливает, затем наливает вторую и оставляет на 10–12 минут, затем сливает раствор и высушивает половые органы.

ЗАДАЧА 4

Пациентка 30 лет, поступила на стационарное лечение в гинекологическое отделение с диагнозом: миома тела матки с геморрагическим синдромом.

Жалобы на обильные и длительные менструации, общую слабость, головокружение. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Женщина беспокойна, нервозна, на контакты идет, но выражает страх по поводу предстоящей операции.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, пульс — 80 уд./мин., АД — 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной

проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Обучите пациентку приему гормональных препаратов.
3. Подготовьте набор инструментов для диагностического выскабливания.

Эталон ответа.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы:

- 1) обильные, длительные менструации;
- 2) общая слабость;
- 3) головокружение;
- 4) страх предстоящей операции.

Потенциальные проблемы:

- 1) кровотечение, бесплодие;
- 2) анемия;
- 3) нарушение функций соседних органов.

Приоритетная проблема — обильные и длительные менструации.

Краткосрочная цель: уменьшить менструальные выделения.

Долгосрочная цель: пациентка не будет предъявлять жалоб на кровотечение к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Придание пациентке горизонтального положения	1. Для улучшения кровоснабжения головного мозга
2. Проведение беседы о правильном приеме железосодержащих препаратов	2. Для эффективного лечения
3. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов	3. Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
4. Обучение пациентки к подготовке для диагностического выскабливания	4. Для профилактики послеоперационных осложнений
5. Применение холода на низ живота	5. Для уменьшения кровотечения
6. Проведение беседы с пациенткой с целью убеждения ее в благополучном исходе оперативного вмешательства	6. Для создания благоприятного предоперационного психологического климата

План	Мотивация
7. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки	7. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

Оценка. Пациентка отмечает значительное улучшение состояния. Кровотечение прекратилось. Цель достигнута.

Студент демонстрирует обучение приема гормональных препаратов и выясняет, правильно ли она поняла его объяснение.

Студент демонстрирует подготовку стерильного стола и перечисляет необходимые инструменты для диагностического выскабливания полости матки: стерильные ватные шарики, перчатки, флакон с 70%-ным спиртом и формалином, пинцет, ложкообразное зеркало, пулевые щипцы, расширители Гегара, 2 кюретки.

ЗАДАЧА 5

В гинекологическое отделение онкологического диспансера поступает пациентка 45 лет, на оперативное лечение с диагнозом: рак шейки матки, I стадия.

Жалобы на бели с прожилками крови, контактные кровотечения.

Считает себя больной в течение месяца. Заболевание возникло на фоне эрозии шейки матки, по поводу которой получала лечение в течение 6 месяцев.

В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, плохо спит, выражает опасение за свое будущее.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Кожные покровы нормальной окраски. Функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы не нарушены. АД — 140/80 мм рт. ст., пульс — 80 уд./мин.

Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной

проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Обучите пациентку технике самостоятельного введения вагинальных свечей.
3. Подготовьте набор инструментов для биопсии шейки матки.

Эталон ответа.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы:

- 1) бели;
- 2) контактные кровотечения;
- 3) нарушение сна;
- 4) нарушение сексуальной жизни;
- 5) тревога по поводу исхода заболевания.

Потенциальные проблемы:

- 1) риск возникновения послеоперационных осложнений;
- 2) риск метастазирования.

Приоритетные проблемы пациентки — беспокойство за исход заболевания.

Краткосрочная цель: успокоить пациентку и психологически подготовить к операции.

Долгосрочная цель: пациентка будет уверена, что операция пройдет благополучно и риск метастазирования будет предупрежден.

План	Мотивация
1. Обеспечение психического покоя	1. Для уменьшения стрессовых воздействий
2. Проведение беседы с родственниками об обеспечении питания пациентке с высоким содержанием белка, а также витаминов и микроэлементов	2. Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма
3. Проведение беседы с пациенткой о благополучном исходе заболевания	3. Для создания психологического покоя
4. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты	4. Для обогащения воздуха кислородом

План	Мотивация
5. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациентки	5. Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений
6. Обучение пациентки подготовке ЖКТ к операции	6. Для профилактики послеоперационных осложнений

Оценка. Пациентка отмечает психологический покой и уверенность в благополучном исходе заболевания. Цель достигнута.

Студент обучает пациентку, как самостоятельно вводить вагинальные свечи, и выясняет, как она с этим справляется.

Студент демонстрирует подготовку стерильного стола и перечисляет необходимые инструменты для биопсии шейки матки: стерильные ватные шарики, перчатки, флаконы с 70%-ным спиртом и формалином, пинцет, ложкообразное зеркало, пулевые щипцы, конхотом, скальпель, шовный материал.

ЗАДАЧА 6

В экстремальной ситуации (в поезде) женщина родила живого ребенка. При родах присутствовала медицинская сестра. Послед самостоятельно отделился и родился. Кровопотеря составила приблизительно 250–300 мл. Женщина жалуется на усталость, волнуется за своего ребенка.

Объективно: кожные покровы розовые, пульс — 74 уд./мин. На подкладной пеленке обильные кровянистые выделения алого цвета. При осмотре последа дефектов не выявлено.

Задания:

1. Определите и обоснуйте состояние родильницы.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику наружного массажа матки.

Эталон ответа.

1. В экстремальной ситуации у беременной произошли преждевременные роды.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

- 1) роды произошли вне стационара;
- 2) ранний послеродовой период;
- 3) кровянистые выделения из половых путей.

2. Алгоритм действий медсестры:

- 1) сообщить бригадиру железнодорожного состава о необходимости вызова по рации бригады скорой помощи к ближайшей станции, с целью экстренной транспортировки в родильный дом;
- 2) успокоить родильницу, придать удобное положение, убрать послед, пеленки, по возможности обтереть грязные участки тела, укрыть одеялом, с целью создания благоприятной обстановки;
- 3) периодически производить наружный массаж матки, наблюдать за выделениями из половых путей, с целью предотвращения кровотечения;
- 4) положить на низ живота груз, при возможности холод, с целью профилактики кровотечения;
- 5) наблюдать за состоянием беременной, периодически определять пульс, с целью контроля состояния.

3. Студент демонстрирует на муляже технику наружного массажа матки. Пальпаторно определяет дно матки и кистью правой руки совершает круговые движения, массируя матку. При этом студент должен наблюдать за выделениями из половых путей.

ЗАДАЧА 7

Пациентка 25 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища пенистого характера с гнилостным запахом, зуд во влагалище. Выделения появились после контакта с мужем, вернувшимся из командировки.

Объективно: при осмотре в зеркалах гиперемия влагалища, пенистые выделения, раздражение в области половых губ, клитора.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки, составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией вмешательств.
2. Обучите пациентку спринцеванию и введению свечей во влагалище.

Эталон ответа.

Проблемы пациентки:

Настоящие проблемы:

- 1) выделения из влагалища, зуд;
- 2) беспокойство;
- 3) нарушение сна.

Потенциальные проблемы.

- 1) риск восходящей инфекции;
- 2) риск инфицирования партнера;
- 3) риск развития шейки матки.

Приоритетная проблема — зуд и выделение из половых органов.

Краткосрочная цель: уменьшить зуд и выделения у пациентки.

Долгосрочная цель: пациентка перестает предъявлять жалобы на зуд и выделения к окончанию лечения.

План	Мотивация
1. Сообщение лечащему врачу о жалобах пациентки	1. Для назначения лечения
2. Проведение влагалищных спринцеваний или ванночек с 2%-ным раствором соды	2. Для нормализации влагалищной флоры
3. Взятие мазков из заднего свода влагалища	3. Для определения микрофлоры
4. Проведение беседы с пациенткой о необходимости лечения партнера	4. Для предупреждения перезаражения
5. Наблюдение за состоянием пациентки	5. Для решения своевременности повторного курса лечения

Оценка. У пациентки отмечается улучшение состояния, и отсутствует флора в мазке, вызвавшая заболевание.

Студент обучает пациентку спринцеванию, демонстрируя процедуру на муляже, и объясняет, что спринцеваться нужно с применением кружки Эсмарха и специального наконечника для влагалища, вводя его к своду влагалища. Кружка должна быть прикреплена не выше 50 см над пациенткой, для того чтобы раствор не попал в полость матки под большим напором.

ЗАДАЧА 8

В приемный покой гинекологического отделения доставили женщину с предварительным диагнозом: остро прервавшаяся внематочная беременность.

Жалуется на головокружение, слабость, потемнение в глазах, боли внизу живота. Внезапные острые боли внизу живота появились в момент обследования в женской консультации по поводу задержки менструации.

Объективно: состояние тяжелое, лицо бледное, холодный пот, АД — 80/50 мм рт. ст., пульс — 100 уд./мин.

Задания:

1. Определите и обоснуйте состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Подготовьте набор инструментов для проведения пункции заднего свода влагалища.

Эталон ответа.

1. В результате остро прервавшейся внематочной беременности у женщины возникло внутреннее кровотечение.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

- 1) имеется головокружение, слабость, потемнение в глазах;
 - 2) АД — 80/50 мм рт. ст., пульс — 100 уд./мин.;
 - 3) имеется бледность лица, холодный пот.
2. Алгоритм действий медсестры:
- 1) вызвать дежурного врача по телефону для подтверждения диагноза и оказания неотложной помощи;

- 2) придать больной горизонтальное положение, опустить головной конец, с целью предупреждения гипоксии мозга;
 - 3) положить на низ живота пузырь со льдом, с целью уменьшения кровотечения;
 - 4) определить АД и пульс, наблюдать за состоянием женщины до прихода врача, с целью контроля состояния.
3. Студент демонстрирует подготовку набора инструментов для пункции заднего свода влагалища: ватные шарики, перчатки, флакон с 70%-ным спиртом, пинцет, ложкообразное зеркало, пулевые щипцы, шприц, длинная игла.

ЗАДАЧА 9

К цеховой медицинской сестре обратилась женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения.

Анамнез: состоит на учете в женской консультации по поводу беременности. Срок беременности 12 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, АД — 120/80 мм рт. ст., пульс — 72 уд./мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации безболезненный.

Задания:

1. Определите и обоснуйте состояние беременной.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Составьте тезисы беседы с беременной о влиянии вредных факторов на плод.

Эталон ответа.

1. Женщине угрожает прерывание беременности.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

- 1) схваткообразные боли внизу живота;
 - 2) мажущие кровянистые выделения.
2. Алгоритм действий медсестры:
- 1) вызвать скорую помощь, с целью необходимости экстренной транспортировки в гинекологический стационар;

- 2) уложить беременную на кушетку, с целью создания физического покоя;
 - 3) периодически определять пульс, АД, наблюдать за женщиной до прибытия врача, с целью контроля состояния.
3. Студент демонстрирует способность общения с беременными, грамотно и доступно объясняет влияния вредных факторов (наркотики, алкоголь, курение, лекарственные средства) на плод.

ЗАДАЧА 10

Пациентка 40 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты.

Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота.

Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД — 110/70 мм рт. ст., пульс — 90 уд./мин, ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации.

Задания:

1. Определите и обоснуйте состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

Эталон ответа.

1. В результате перекрута ножки кисты у пациентки развился острый живот.

Информация, позволяющая заподозрить медсестре неотложное состояние:

- 1) резкие, нарастающие боли в животе с иррадиацией в паховую область и бедро;
- 2) тошнота, рвота;
- 3) вынужденное положение больной;
- 4) резкая болезненность при пальпации живота.

2. Алгоритм действий медсестры:

- 1) вызвать врача по телефону, с целью определения дальнейшей тактики при обследовании и лечении пациентки;
- 2) уложить больную на кушетку, для придания удобного положения;
- 3) измерить АД, подсчитать пульс, измерить температуру тела, для контроля за состоянием пациентки;
- 4) провести беседу с пациенткой, с целью убеждения ее в благополучном исходе заболевания и создания благоприятного психологического климата;
- 5) наблюдать за пациенткой до прибытия врача, с целью контроля состояния больной.

3. Студент демонстрирует на фантоме технику влагалищного спринцевания: надевает перчатки, готовит кружку Эсмарха с раствором (перманганата калия, отвара ромашки, фурацилина) в количестве 1–1,5 литра.левой рукой разводит большие и малые половые губы, правой рукой вводит наконечник по задней стенке во влагалище на глубину 5–6 см, открывает кран. После окончания процедуры вынимает наконечник.



1. Приказ МЗ СССР от 9.01.1986 г. № 55 «Об организации работы родильных домов (отделений)».
2. Приказ от 29.11.1997 г. № 345 «О режиме родильных стационаров».
3. *Айламазян Э.К. с соавт. Акушерство.* — СПб.: Спец. лит., 1997.
4. *Бодяжина В.И. Акушерство.* — М., 1985.
5. *Загребина В.А., Торгинов А.М. Гинекология.* — М., 1987.
6. *Кретьева Н.Е., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология.* — М.: Медицина, 1993.
7. *Руководство по акушерству и гинекологии.* — М.: Мед. литература, 1963.
8. *Славянова И.К. Акушерство и гинекология: учебное пособие.* — Ростов н/Д: Феникс, 2007.
9. *Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии.* — Ростов н/Д: Феникс, 2004.
10. *Тимощенко Л.В. Практическая гинекология.* — Киев: Здоровье, 1988.



Введение	3
Сестринские услуги в акушерстве и гинекологии	9
Глава 1. Структура акушерско-гинекологических учреждений	12
Женская консультация	12
Медико-санитарные части	14
Акушерский стационар	15
Глава 2. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы в акушерском стационаре	18
Источники инфекционного заболевания	18
Подготовка палаты и инвентаря	19
Обработка предметов ухода	20
Санитарная обработка поступающих рожениц и беременных	22
Обследование персонала	24
Глава 3. Анатомия и физиология женских половых органов. Женский таз. Периоды жизни женщины	25
Исследование таза	27
Размеры таза	28
Половые органы женщины	29
Менструальный цикл и его регуляция	36
Периоды жизни женщины	38
Глава 4. Физиология беременности. Наблюдение и уход за беременной	46
Оплодотворение	46
Развитие плода	49

Изменения в организме женщины во время беременности	53
Диагностика беременности.	
Определение срока беременности	57
Методика исследования беременной	59
Гигиена и диететика беременной	72
Условия формирования плода	83
Глава 5. Роды. Помощь при родах	93
Роды как физиологический процесс	93
Изгоняющие родовые силы и периоды родов	94
Биомеханизм родов	97
Асептика и антисептика в родах	100
Уход за роженицей	102
Обезболивание родов	110
Первый туалет новорожденного	116
Глава 6. Физиологическое течение послеродового периода	126
Изменения в организме роженицы	126
Уход за роженицей	128
Глава 7. Период новорожденности. Уход за новорожденными детьми	135
Отделение новорожденных	135
Уход за новорожденными в родильном доме	136
Уход за новорожденными	137
Гипоксия плода и асфиксия новорожденного	138
Дети с родовой травмой и уход за ними	139
Недоношенные дети и уход за ними	140
Инфекционные (гнойно-септические) заболевания новорожденных.	
Уход за детьми	143

Глава 8. Патология послеродового периода.

Уход за больной родильницей	146
Инфекционные послеродовые осложнения	146
Уход за родильницами с осложненным течением послеродового периода	151

Глава 9. Основные виды акушерской патологии.

Неотложная помощь при них. Уход за беременными с патологическим течением беременности	156
Гестозы беременности (токсикозы)	156
Кровотечения во время беременности	163
Многоплодная беременность	173
Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность	174
Осложненное течение родов	177
Родовой травматизм матери	183
Оперативное родоразрешение	186
Операция искусственного прерывания беременности	187

Глава 10. Работа операционного блока

родильного отделения	188
Обязанности операционной сестры	189
Подготовка к акушерским операциям	190
Уход за послеоперационными больными	195

Глава 11. Методы обследования

гинекологических больных	197
Общие методы исследования	197
Методы объективного исследования	201
Дополнительные методы исследования	206

Глава 12. Воспалительные заболевания

женских половых органов	213
Воспаления наружных половых органов	214
Воспалительные заболевания внутренних половых органов	216

Специфические воспалительные заболевания женских половых органов	227
Глава 13. Нарушения менструальной функции	237
Классификация нарушений	238
менструальной функции	238
Аменорея	238
Гиперменструальный синдром	240
Дисфункциональные маточные кровотечения	241
Нейроэндокринные синдромы	245
Эндометриоз	247
Глава 14. Бесплодный брак	249
Причины бесплодия	249
Диагностика бесплодия	251
Лечение бесплодия	252
Профилактика бесплодия	254
Глава 15. Понятие о сексологии и сексопатологии	256
Влечения и комплексы	258
Понятие нормы в сексологии	259
Сексопатология и ее место среди других медицинских специальностей	262
Глава 16. Предопухолевые заболевания и опухоли женских половых органов	278
Предраковые заболевания	278
Доброкачественные опухоли женских половых органов	281
Злокачественные опухоли женских половых органов	284
Глава 17. Неправильные положения женских половых органов	290
Неправильные положения матки	291
Опущение и выпадение матки и стенок влагалища	292

Глава 18. Неправильные развития женских половых органов	295
Пороки развития наружных половых органов	295
Аномалии развития яичников	296
Аномалии развития матки и влагалища	296
Недоразвитие половых органов	298
Глава 19. Травмы женских половых органов	300
Травмы наружных половых органов и влагалища	300
Повреждение матки	301
Свищи	303
Глава 20. Хирургические методы лечения гинекологических больных	306
Подготовка больной к операции	307
Течение послеоперационного периода и уход за послеоперационной больной	310
Осложнения послеоперационного периода	313
Глава 21. Операционный блок гинекологического отделения	316
Оснащение операционного блока	316
Обработка рук персонала перед операцией	317
Подготовка инструментов	318
Хранение лекарственных веществ	319
Глава 22. Методы и способы контрацепции	323
Приложения	335
<i>Приложение 1.</i> Комплекс гимнастических упражнений для женщин	335
<i>Приложение 2.</i> Индивидуальная карта беременной и родильницы	348
<i>Приложение 3.</i> История родов	349

<i>Приложение 4. История болезни гинекологической больной</i>	352
<i>Приложение 5. Вопросы, возникающие у беременных, и ответы на них</i>	354
<i>Приложение 6. Рекомендации беременным</i>	357
<i>Приложение 7. Контрольные вопросы к темам</i>	359
<i>Приложение 8. Задания в тестовой форме с одним правильным ответом</i>	365
<i>Приложение 9. Ситуационные задачи</i>	373

ЛИТЕРАТУРА	389
-------------------------	------------

Серия «Медицина»

Славянова Изабелла Карповна

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

6-е издание, дополненное и переработанное

Ответственный за выпуск
Технический редактор
Корректор
Художник

*Маличенко И.П.
Логвинова Г.А.
Подопригорина О.И.
Тимофеева Е.В.*

Сдано в набор 10.12.2009 г. Подписано в печать 18.016.2010 г.
Формат 84x108 $\frac{1}{32}$. Бумага типографская.
Гарнитура Школьная.
Тираж 3000 экз. Заказ № 47.

ООО «Феникс»
344082, г. Ростов-на-Дону,
пер. Халтуринский, 80

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.



Издательство **Феникс**

Отдел оптовых продаж:

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80
Контактные телефоны: (863) 261-89-53, 261-89-54,
261-89-55, 261-89-56, 261-89-57, **факс:** 261-89-58

Начальник отдела — РОДИОНОВА Татьяна Александровна;
e-mail: torg152@phoenixrostov.ru

Заместитель начальника отдела — МЕЗИНОВ Антон Николаевич
e-mail: torg151@phoenixrostov.ru

Менеджер по продажам
на территории Москвы,
Центра европейской части
России и Республики Казахстан
ЧЕРМАНТЕЕВА

Татьяна Степановна
e-mail: torg155@aaanet.ru

Менеджер по продажам
на территории Урала
и Северо-Запада
ХОМУТЕЦКАЯ

Екатерина Владимировна
e-mail: torg153@aaanet.ru

Менеджер по продажам
ФРАНК Татьяна Викторовна
e-mail: sibir@aaanet.ru

Менеджер по продажам
на территории ближнего
и дальнего зарубежья
ЯРУТА Игорь Игоревич
e-mail: torg150@aaanet.ru

Менеджер по продажам
ФЕДОТОВА Ирина Петровна
e-mail: torg@aaanet.ru

Менеджер по продажам
БИБИК Николай Викторович
e-mail: pr2@aaanet.ru

Менеджер по продажам
БЕСКРОВНЫЙ
Виктор Александрович
e-mail: ural@aaanet.ru

.....
**Вы можете получить книги издательства «Феникс»
по почте, сделав заказ:**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80
000 «Феникс», «Книга — почтой», Лоза Игорю Викторовичу
Тел.: 8-909-440-64-21, **e-mail:** tvoyakniga@mail.ru, www.shop50.ru



Издательство

Феникс

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА:

г. МОСКВА

Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, д. 1,
метро «Тимирязевская»

Тел.: (495) 618-03-34

e-mail: fenix-m@yandex.ru

Директор: МОИСЕЕНКО Сергей Николаевич

.....

Москва, шоссе Фрезер, 17, район метро «Авиамоторная»

Тел.: (495) 517-32-95

Тел./факс: (495) 789-83-17

e-mail: mosfen@pochta.ru, mosfen@bk.ru

Директор: МЯЧИН Виталий Васильевич

.....

Торговый Дом «КноРус»

Москва, ул. Б. Переяславская, 46

Тел.: (495) 680-02-07, 680-72-54, 680-91-06, 680-92-13

e-mail: phoenix@knorus.ru

ТАРАСОВА Стелла Борисовна

.....

г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

198096, г. Санкт-Петербург, ул. Кронштадтская, 11, офис 17

Тел.: (812) 335-34-84

e-mail: fnx.spb@mail.ru

Директор: СТРЕЛЬНИКОВА Оксана Борисовна

.....

г. ЕКАТЕРИНБУРГ

620085, г. Екатеринбург, ул. Сухоложская, д. 8

Тел.: (343) 297-25-75

e-mail: fenixkniga@mail.ru

Директор: КУТЯНИНА Олеся Сергеевна



Издательство



Феникс

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА:

г. ЧЕЛЯБИНСК — ООО «Интер-сервис ЛТД»
454007, г. Челябинск, ул. Артиллерийская, д. 124
Тел.: (351) 247-74-13
e-mail: zakup@intser.ru
Менеджер: ШАРМАНОВА Любовь



г. НОВОСИБИРСК — ООО «ТОП-Книга»
г. Новосибирск, ул. Арбузова, 1/1
Тел.: (3832) 36-10-28, доб. 1438
e-mail: phoenix@top-kniga.ru
Менеджер: МИХАЙЛОВА Наталья Валерьевна



УКРАИНА — ООО ИКЦ «Кредо»
г. Донецк, ул. Куйбышева, 131
Тел.: +38 (8062) 345-63-08, 348-37-91,
348-37-92, 345-36-52, 339-60-85, 348-37-86
e-mail: moiseenko@skif.net
МОИСЕЕНКО Владимир Вячеславович



г. НИЖНИЙ НОВГОРОД (Верхнее Поволжье)
Нижний Новгород, Мещерский Бульвар, 5, кв. 238
Тел./факс: (8312) 77-48-70
e-mail: fenixn@rambler.ru

Директор: КОЦУБА Вячеслав Вячеславович



г. САМАРА (Нижнее Поволжье)
Самара, ул. Товарная, 7Е (территория базы «Учебник»)
Тел.: (846)-951-24-76;
e-mail: fenixma@mail.ru
Директор: МИТРОХИН Андрей Михайлович

Торговый дом



еникс



ПРЕДЛАГАЕТ:

- Около 100 новых книг каждый месяц
- Более 3000 наименований книжной продукции собственного производства
- Более 1500 наименований обменной книжной продукции от лучших издательств России

ОСУЩЕСТВЛЯЕМ:

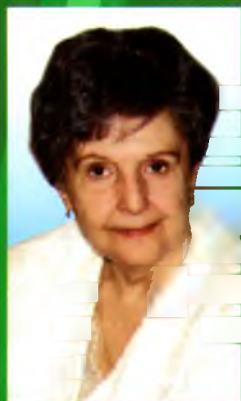
- Оптовую и розничную торговлю книжной продукцией

ГАРАНТИРУЕМ:

- Своевременную доставку книг в любую точку страны, ЗА СЧЕТ ИЗДАТЕЛЬСТВА, автотранспортом и ж.-д. контейнерами
- МНОГОУРОВНЕВУЮ систему скидок
- РЕАЛЬНЫЕ ЦЕНЫ
- Надежный ДОХОД от реализации книг нашего издательства

НАШ АДРЕС:

**344082, Ростов-на-Дону,
пер. Халтуринский, 80**



Славянова Изабелла Карповна –

к.м.н., преподаватель дисциплины
«Акушерство и гинекология»
медицинского колледжа.

Окончила в 1961 г. Ростовский
государственный медицинский
институт.

С 1961 г. по 1967 г. –
врач-ординатор городской
больницы №1 им. Семашко.

С 1967 по 1993 гг. – младший, затем старший
научный сотрудник НИИ акушерства и гинекологии.

В 1975 г. защитила кандидатскую диссертацию.

Имеет более 50 печатных работ в центральной
печати и 3 учебных пособия с грифом МО РФ.

Феникс

ISBN 978-5-222-16929-2



9 785222 169292