



ПРОФ. М. В. МОГИЛЕВ

Тигуна  
ЖЕНЩИНЫ

*Издание 2-е дополненное*

АМУРСКОЕ КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
Благовещенск-1961

*Эта книга — своего рода медицинский справочник для женщин. Автор ее — заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Благовещенского государственного медицинского института Михаил Вениаминович Могилев.*

*В книге рассказывается о процессах, происходящих в организме женщины во время беременности, при родах, в климактерическом периоде и т. д. Автор рассказывает о том, как должна вести себя женщина в различные периоды жизни, чтобы сохранить здоровье, дает ряд практических советов. В книге приводятся также справочные таблицы, которые помогут женщине ориентировочно определить возможные сроки беременности, родов, даты дородового и послеродового отпусков.*

*Отзывы просьба посылать по адресу: г. Благовещенск, Интернациональный пер., 13, Амурское книжное издательство.*

Редактор Л. С. Овечкина. Художник А. И. Шавард. Художественный редактор П. К. Пустовой. Технический редактор А. А. Павлова. Корректор Н. Б. Правоторова.

Сдано в набор 13/1-1961 г. Подписано к печати 30/III-1961 г.  
Формат 84×108/32. Бум. л. 2,75, печ. л. 5,5, усл. печ. л. 9,02,  
уч.-изд. л. 13,2. Тираж 100 000 (2—30 000). Заказ № 3533. ВЕ00399.  
Цена 60 коп. (в переплете).

Типография «Амурская правда», Благовещенск, ул. Ленина, 179.

## Особенности строения женского организма

Женский организм отличается от мужского рядом признаков.

Кости женского скелета тоньше и легче, рост и ширина плеч меньше, грудная клетка шире и короче, таз шире и объемистее, что необходимо для правильного течения родов.

У женщины более развита подкожно-жировая клетчатка равномерным слоем покрывающая все мышцы тела. Особенность женского организма — сильно развитые молочные железы, которые у мужчины находятся в зачаточном состоянии.

Но главное отличие женского организма — особое строение половых органов. Различают наружные и внутренние женские половые органы. К наружным относятся лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор и девственная плева.

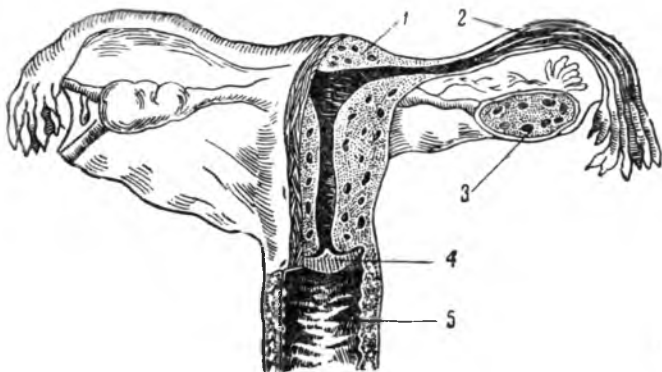
**Лобок** (венерин бугорок) — это передний нижний конец живота, располагающийся над лонным сочленением тазовых костей.

Продолжением кожи лобка являются половые губы, которые представляют собой два кожных продолговатых валика, богатых подкожно-жировой клетчаткой, между которыми находятся половая щель. Большие половые губы соединяются друг с другом под лобком и сзади над промежностью. У нерожавших женщин большие половые губы плотно сомкнуты и прикрывают вход во влагалище. В климактерическом периоде, а также у женщин, много раз рожавших, большие губы теряют эластичность, делаются дряблыми.

Под прикрытием больших губ находятся малые губы. Половая жизнь, а также роды влияют на величину малых губ, изменяют их наружный вид. Они увеличиваются, растягиваются и начинают выступать из-за больших губ, а к старости атрофируются.

**Бартолиныны железы** располагаются в толще основания больших губ. Длина железы около 2 см, ширина 1 см и толщина 0,5 см. Секрет, выделяемый железой, представляет собой слизь белесоватого цвета, щелочной реакции, которая предназначается для увлажнения входа во влагалище.

**Клитор** расположен в верхнем углу половой щели. Внутри его



*Внутренние половые органы женщины:*

- 1 — полость матки; 2 — фаллопиева труба; 3 — яичник;  
4 — шейка матки; 5 — влагалище.

содержится большое количество кровеносных сосудов, а поверхность чрезвычайно богата нервными окончаниями.

Ниже клитора на 2,5 см находится наружное отверстие мочеиспускательного канала, а еще ниже — вход во влагалище, прикрытый у женщин, не живших половой жизнью, перепонкой, называемой девственной плевой (гименом).

Девственная плева имеет разнообразную форму — с небольшим отверстием в центре, с несколькими маленькими отверстиями и совершенно без них. С начала половой жизни плева разрывается, что сопровождается обычно незначительным кровотечением, а после родов от плевы остаются небольшие бородавчатые обрывки.

За девственной плевой расположены внутренние половые органы — влагалище, матка, трубы и яичники. Матка как орган для вынашивания плода считается основным органом, трубы и яичники — его придатками.

**Влагалище** — это эластичная, сильно растяжимая трубка длиной около 10 см; нижний конец ее ограничен девственной плевой, а вверху заканчивается куполообразным расширением. В климактерическом возрасте влагалище суживается и укорачивается. Вверху в купол влагалища, ближе к его передней стенке, как бы вставлена, выступая в просвет влагалища, часть шейки матки.

**Матка** — полый, несколько сплюснутый мышечный орган грушевидной формы. Размеры матки с возрастом изменяются. Вес ее у здоровой нерожавшей женщины — около 40 г, а у рожавшей — 80—120 г. Матка имеет шейку, перешеек, тело и дно. Шейка (рыльце) матки у нерожавшей женщины имеет конусовидную форму и вдается во влагалище. Через наружное отверстие шеечного канала матка сообщается с влагалищем. Место перехода шеечного канала в полость

матки называется перешейком. Во время беременности перешеек растягивается и образует нижний отрезок плодоместилца. Верхняя широкая часть матки носит название дна матки. Длина полости матки у нерожавшей женщины 6—7 см, у рожавшей — от 7 до 8 см. Толщина стенки матки достигает 2—2,5 см и состоит из трех слоев: брюшинного покрова, мышечного слоя и слизистой оболочки. Мышца матки состоит из трех пластов, переплетающихся друг с другом, благодаря чему стенки матки могут растягиваться и сокращаться.

Матка удерживается в нормальном положении благодаря трем парам связок; круглым, широким и крестцово-маточным.

**Фаллопиевы трубы (яйцепроводы)** — парный орган; они начинаются от боков матки несколько ниже дна, прободают толщу мышечной стенки матки, а также ее слизистую оболочку, и заканчиваются открывающимся в брюшную полость отверстием трубы. Таким образом, труба соединяет брюшную полость с маткой и полостью влагалища. Поэтому микробы, занесенные во влагалище, могут проникнуть через матку в брюшную полость и вызвать ее заболевание.

Длина нормальной трубы — 10—12 см. Ширина ее просвета неодинакова, а именно: постепенно расширяется к брюшному концу, заканчиваясь воронкой, края которой имеют вид бахромок. Одна наиболее длинная бахромка тесно примыкает к яичнику. Считают, что она играет роль желобка, по которому яйцо из яичника как бы сползает в трубу. Стенка трубы состоит из таких же слоев, что и матка.

Мышечная стенка трубы состоит из гладких мышц; сокращаясь, эти мышцы передвигают яйцевую клетку в матку. Внутренняя поверхность трубы покрыта слизистой оболочкой, имеющей большое количество складок. Слизистая оболочка состоит из клеток с мерцательными ресничками, которые находятся в колебательном движении в направлении от брюшного конца трубы к матке. В широкой части трубы происходит встреча яйца со сперматозоидом — наступает оплодотворение. Воспалаясь, стенки трубы слипаются и закрывают просвет ее; в результате оплодотворенное яйцо не достигает полости матки и застревает в трубе, тогда наступает трубная, или внематочная беременность.

К заднему листку широкой связки прилегает яичник. Он напоминает по форме и размерам миндаль или крупный боб. Он соединен с маткой и боковой стенкой таза связками. Вес яичника около 6—8 г, длина 3—4, ширина 2—3, толщина 1—1,5 см. К старости яичник уменьшается в размере и весе.

В яичнике имеется два основных слоя: корковый, в котором заложены зародышевые клетки (фолликулы), и мозговой, богатый сосудами и нервами.

Все органы малого таза окружены тазовой клетчаткой. Она помогает им сохранять правильное положение.

## Гигиена девочки

### Дошкольный и начальный школьный периоды

В ранний период развития для девочки большую опасность представляют острые инфекционные заболевания — скарлатина, дифтерит, которые, помимо общего влияния на организм, могут вызвать и местные изменения в половых органах: поражение яичников, рубцовые сужения влагалища, впоследствии затрудняющие половую жизнь и препятствующие нормальному течению полового акта.

У новорожденной нормальной девочки наружные и внутренние половые органы полностью сформированы, но отличаются от органов взрослой женщины величиной, формой и соотношением отдельных частей.

Благодаря близости прямой кишки и мочеиспускательного канала ко входу во влагалище наружные половые органы девочки могут легко подвергаться воспалительным процессам. Нередко мелкие глисты (острицы) проникают из прямой кишки в область наружных половых органов, вызывают зуд. В результате расчесов образуются трещины. Кроме того, ощущение зуда нарушает сон, аппетит.

Пользование общими ванной, мочалкой, полотенцем, совместная постель со взрослыми должны быть запрещены в целях предупреждения возможности инфекции. Основное требование, которое должно выполняться при уходе за девочкой, — это сохранение чистоты наружных половых органов путем обмывания их не менее двух раз в день чистой прокипяченной тепловатой водой с мылом. Следует обращать особое внимание на состояние мочевого пузыря и прямой кишки у девочки, приучать ее опорожнять их при первом позыве, ни в коем случае не допускать запоров и переполнения мочевого пузыря, так как переполненный мочевой пузырь отклоняет тело матки назад, а переполненная воронка прямой кишки отклоняет шейку матки вперед, что может вызвать загиб матки. Неправильное же положение матки — одна из причин бесплодия.

Половые органы растут медленнее других. Величина и форма отдельных органов половой сферы у новорожденной девочки и девочки

9—10-летнего возраста мало чем отличаются друг от друга. По мере приближения к возрасту половой зрелости начинается рост всего полового аппарата.

### Школьный (подростковый) период

Период полового созревания — от 12 до 17—18 лет — носит название подросткового. В это время в организме ребенка происходят большие изменения. Девочки развиваются быстрее, чем мальчики. В то время как мальчик на 10-м году жизни прибавляет в весе в среднем 3 кг в год, девочка того же возраста увеличивает свой вес соответственно на 4.7 кг. Это касается и роста, и окружности грудной клетки.

С наступлением зрелости половые органы девочки начинают быстро развиваться. Тело матки, бывшее меньше шейки, увеличивается, мышечная стенка становится мощнее. Слизистая тела матки достигает толщины 3 мм. Происходят изменения и в яичниках девочки.

В этот период родители должны следить за правильным воспитанием девочки-подростка, строго выполнять предписанный режим, так как иначе развитие матки и яичников у девочки может задержаться, а это вызовет недоразвитие полового аппарата — инфантилизм (тело матки остается маленьким, шейка матки длинная, влагалище узкое, трубы длинные и извитые). В дальнейшем у таких женщин могут наблюдаться скудные, болезненные месячные, выкидыши, внематочная беременность и бесплодие.

Чтобы не допустить искривления скелета (позвоночника и таза), которое может впоследствии резко отразиться во время родов, необходимо следить за правильной посадкой девочек при школьных занятиях.

Для девочек школьного периода очень важно правильно построить режим занятий, сна, отдыха, питания и физических упражнений. В подростковом возрасте мозг работает напряженно, поэтому сон должен быть своевременным и достаточно продолжительным — 8,5—9 часов.

Очень важно ложиться спать и вставать в одно и то же время. Перед сном не следует разрешать девочке поздно читать, особенно лежа в кровати. Постель должна быть отдельной, находиться в хорошо проветриваемой комнате, температура воздуха не должна превышать 18°. Перед сном рекомендуются водные процедуры. Ежедневное мытье ног вечером играет существенную роль в закаливании организма, причем желательно мыть ноги в теплой воде, начиная с температуры 36° и постепенно снижая ее до 26—27°.

Максимальная продолжительность домашних занятий не должна превышать в подростковом возрасте 2,5—3 часов. После выполнения уроков следует не менее 3 часов быть на свежем воздухе (прогулки, физические упражнения).

Большое значение имеет и режим питания. Питаться девочка должна регулярно, не менее 4 раз в день, с промежутками в 4 часа. Необходимо стремиться к тому, чтобы пища была полноценной, раз-



нообразной и содержала все составные части, которые требуются молодому растущему организму.

Усиленное развитие скелета (окаменение), смена молочных зубов постоянными, прорезывание больших коренных зубов и появление так называемых зубов мудрости — все это требует, чтобы рацион девочки был богат витаминами и солями, которые содержатся, главным образом, в овощах и фруктах. В то же время пища должна быть достаточно калорийной. В сутки девочке требуется примерно 200 г хлеба, 150 г мяса, до полулитра молока, 400 г овощей, 70 г сахара, 60 г сливочного масла.

Важно соблюдать и общегигиенические правила.

Одно из них — забота о нормальной работе кишечника. Привычные хронические запоры способствуют застою крови в малом тазу. У молодых девушек на почве запоров развиваются нарушения менструации, появляются бели (выделения из половых органов). С этим необходимо бороться еще в раннем детстве. Следует приучать детей опорожнять кишечник в строго определенные часы. Овощи, черный хлеб способствуют правильному стулу.

Большое значение имеет вечерняя чистка зубов. Оставшиеся на ночь между зубами остатки пищи подвергаются гниению, разлагаются, при этом размножаются микробы, которые впоследствии разрушают зубы.

Девочку необходимо приучить к постоянному тщательному уходу за чистотой тела. Чтобы приучить организм девочки к переменам температуры, закалить его, рекомендуются водные процедуры. 1—2 раза в неделю необходимо принимать ванну или душ, а кроме того, ежедневно обмывать те части тела, где скапливаются пот и грязь (колени, промежность, половые органы, подкрыльцовая впадина), не говоря уже о мытье лица и шеи.

Кроме обычных подвижных игр на свежем воздухе и экскурсий, для девочек рекомендуется свободная гимнастика, катание на коньках, на лыжах, купание и плавание, теннис. Езда на велосипеде дает хорошее упражнение для ног, но необходимо следить, чтобы седло не давило на наружные половые органы.

Девочки-подростки иногда жалуются на утомляемость, иногда на боли в сердце при физической нагрузке. Правильно подобранный комплекс физических упражнений будет способствовать усилению развития сердечной мышцы и предупреждению описанных явлений. Установленный в течение учебного года режим сна и питания необходимо сохранять и во время каникул. Отдых должен быть активным, разнообразным (туризм, походы, игры), а не пассивным. Правильное построение режима — лучшая гарантия нормального роста и развития женщины.

Первые месячные обычно вызывают у девочки, если она не предупреждена, чувство страха. Поэтому мать, старшие сестры или школьный врач должны объяснить девочке, что кровянистые выделения есть совершенно обычное, необходимое и повторяющееся явление и ничего страшного не представляют.

Старшие должны обратить внимание также на характер и количество кровотечения и на периодичность наступающей менструации, а

тем более на болезненные менструации у девочки. Если количество теряемой крови бывает велико, то необходимо срочно обратиться к врачу-специалисту.

У девушек, как и у женщин, иногда отмечается неправильное развитие органов половой сферы. Так, у девочек в отдельных случаях возможны анатомические дефекты — полная непроницаемость девственной плевы, заращение влагалища, врожденное отсутствие влагалища и пр. Если же менструации у девочек не наступают до 14—16 лет, то это явление ненормальное, и девочку необходимо направить к врачу-специалисту.

---

## М е н с т р у а ц и я

Самое характерное явление, свойственное периоду половой зрелости женщины, — периодические, или циклические изменения слизистой оболочки тела матки, повторяющиеся в среднем через 28 дней и непрерывно чередующиеся в течение всего чадородного периода жизни женщины. Наружным проявлением этого цикла служит менструация, или выделение крови из матки.

Ко времени приближения половой зрелости начинается созревание фолликулов (пузырьков, содержащих первичную яйцевую клетку), которых в каждом яичнике девочки находится от 40 до 100 тыс.

В среднем раз в 28 дней один или два первичных фолликула увеличиваются до максимального размера и превращаются в пузырек, достигая величины горошины и больше. Внутренняя стенка пузырька представляет собой как бы зернистую перепонку. Эта перепонка состоит из ряда зернистых клеток, которые, скопясь в одном месте, окружают заключенную в них самую большую клетку организма — яйцо. В этой стадии развития фолликул называется граафовым пузырьком, по имени ученого, впервые его открывшего.

Однако в детском возрасте фолликулы не достигают биологической зрелости, и многие из них подвергаются обратному развитию. При этом фолликулярная жидкость рассасывается, эпителий распадается, яйцевая клетка погибает, и вся полость фолликула спадается. Поэтому с каждым годом число первичных фолликулов в яичнике девочки уменьшается. Только с наступлением половой зрелости растущий граафов пузырек не замирает на какой-либо стадии, а продолжает созревать, увеличиваясь до 12—18 мм в диаметре. Полость его наполняется фолликулярной жидкостью, а яйцевая клетка увеличивается в объеме и созревает.

Достигнув окончательного развития, граафов пузырек, в котором содержится созревшее яйцо, приподнимает поверхность яичника. Стенка фолликула истончается и разрывается. Жидкость фолликула, изливаясь в брюшную полость, увлекает за собой яйцо. Вскрытие фолликула и выход яйца из яичника носит название овуляции. Обычно

овуляция наступает между двумя менструациями, на 14—16-й день (считая с 1-го дня последней менструации).

Яйцо не может передвигаться самостоятельно. По выходе из фолликула оно захватывается мерцательным эпителием слизистой оболочки трубы и движется к матке. Яйцевая клетка находится в трубе 5—8 дней. За это время она либо оплодотворяется сперматозоидом и попадает в полость матки, где внедряется в ее слизистую оболочку, либо, оставшись неоплодотворенной, распадается и выталкивается маткой наружу. Графов фолликул в течение первых 8—10 дней после освобождения яйца превращается в особую железу внутренней секреции — желтое тело. Если вышедшая из фолликула яйцеклетка будет оплодотворена и наступит беременность, то образовавшееся желтое тело сохраняется в течение первых месяцев беременности и носит название истинного желтого тела; в тех случаях, когда выделившееся из фолликула яйцо не было оплодотворено, в желтом теле происходит обратный процесс развития, и тогда оно называется ложным желтым телом, или менструальным желтым телом.

Развитие фолликула с последующим образованием желтого тела продолжается в среднем 21—28 дней. В течение года в яичнике созревают и лопаются 14—18 фолликулов, следовательно, за весь период половой зрелости женщины, продолжающийся около 30—35 лет, всего созревает около 400—600 фолликулов, а остальная масса, лежащая в более глубоких слоях яичника, подвергается в различных стадиях обратному развитию.

С момента увядания желтого тела (через 14—16 дней после его образования) начинается созревание второго фолликула, который прорывает тот же цикл развития, затем — развитие третьего и т. д. Этот процесс продолжается затем в течение всего периода половой зрелости и угасает в климактерическом периоде.

Одновременно с созреванием фолликула функциональный (поверхностный) слой матки утолщается, разрыхляется, а железы извиваются. Когда фолликул лопается и развивается желтое тело, слизистая оболочка становится рыхлой, отечной. Капилляры ее переполняются кровью, эпителий желез разрастается, а в просвете желез скапливается значительное количество особой жидкости — секрета. Эта фаза процесса носит название секреторной, или предменструальной, и продолжается в течение всего периода расцвета желтого тела.

К концу второй недели, если яйцо оплодотворилось и в яичнике развивается желтое тело беременности, происходит переход предменструальной слизистой оболочки в децидуальную, свойственную беременности. Если же яйцо осталось неоплодотворенным, то в желтом теле наступают процессы обратного развития. Вследствие этого слизистая оболочка отторгается, кровеносные сосуды разрываются, что сопровождается кровотечением. Так наступает первая менструация. Продолжительность ее зависит от сократительной способности матки.

Все циклические изменения, которые происходят в слизистой оболочке матки, тесно связаны не только с процессами в яичниках, но и с другими органами. В живом организме все его части тесно связаны друг с другом и взаимно друг на друга влияют.

Гормоны (особые вещества, вырабатываемые железами внутренней секреции), образующиеся при созревании фолликулов и развитии желтого тела, вызывают изменения не только в половых органах, но и во всем организме — в составе крови, в деятельности сердца, легких, желудочно-кишечного тракта и других систем. Вот почему нельзя рассматривать менструацию с ее подготовительным периодом как исключительно местный процесс.

Во время менструации пульс замедляется, количество гемоглобина и число красных кровяных шариков уменьшается, кровяное давление повышается в предменструальном периоде и падает при появлении кровотечения, мышечная сила в дни менструации ослабевает.

Наступление менструации (появление менструальной крови) в большинстве случаев не бывает для женщин неожиданностью, так как за несколько дней до начала менструации усиливается выделение слизи из полового канала, принимающей постепенно кровянистую окраску; молочные железы в это время набухают и становятся чувствительными.

Выделение крови и отторжение слизистой продолжается в среднем 3—4 дня, иногда до 7 дней, более затяжные менструации имеют в основе какие-то заболевания; количество теряемой крови в общей сложности равно 30—100 мл (3—8 ложек). Выделяемая кровь имеет темную окраску, запах ее напоминает запах разложившегося секрета потовых желез. Менструальная кровь не свертывается. В содержимом, помимо крови, имеются обрывки слизистой оболочки, слизь из шейки матки, влагалищные выделения и др. Окончание менструации характеризуется постепенным уменьшением количества выделяемой крови и появлением слизи.

У большинства менструирующих женщин промежуток между двумя менструациями, исчисляемый с первого дня последней, составляет 28—31 день. Нередко этот срок сокращается до 21—24 дней. Каждая женщина имеет свой тип менструации, которая повторяется через определенные промежутки времени. Временное прекращение менструации наблюдается во время беременности и в период кормления грудью, хотя 50% женщин менструируют и в период кормления грудью. При ряде заболеваний у женщин (туберкулез, диабет, ожирение) менструация может вовсе прекратиться.

Правильная периодичность, свойственная менструальному процессу, у многих женщин не устанавливается сразу. Нередко после первой менструации происходит перерыв в несколько месяцев, а затем в течение нескольких лет менструации следуют не строго периодически, а с различными перерывами.

Появление менструации не служит доказательством того, что организм достиг полной зрелости, так как процесс роста в большинстве случаев продолжается еще в течение ряда лет, и организм достигает полного развития только в возрасте около 20—22 лет.

В среднем менструации начинаются в возрасте 13—16 лет и заканчиваются около 46 лет. У южанок менструации наступают раньше (с 8—9 лет), а у жительниц Крайнего Севера—позднее (в 16—18 лет). Недостаточное питание, плохие условия быта, инфекционные заболевания задерживают наступление менструации.

В большинстве случаев менструация не сопровождается изменением самочувствия. У некоторых женщин перед месячными повышается температура на несколько десятых градуса. Это наблюдается у лиц, страдающих заболеваниями легких, почек, воспалительными процессами желчного пузыря, половых органов и т. д. Многие заболевания во время месячных обостряются. Нередко перед менструацией появляется прилив крови в область носовых раковин и голосовых связок, что понижает работоспособность певиц — уменьшает силу голоса. Во время менструации отмечается большое предрасположение к простудным заболеваниям, а также кишечным расстройствам (поносы, запоры, изжога).

Многие женщины не испытывают никаких неприятных ощущений во время менструации и узнают о ней только при появлении крови, причем они отмечают даже улучшение самочувствия и обнаруживают усиленную работоспособность. Некоторые женщины, напротив, бывают уже за несколько дней до наступления менструации необычно раздражительны и вспыльчивы, чрезмерно чувствительны к зрительным впечатлениям, к шумам, а другие испытывают подавленное настроение, пониженную работоспособность.

Подобные функциональные расстройства связаны, по-видимому, с изменениями регулирующей деятельности коры головного мозга. Известно, что психические моменты — испуг, тоска, волнение — могут способствовать появлению месячных раньше срока, усилить их или, наконец, повести к возобновлению уже окончившихся месячных, а при резких длительных раздражителях месячные могут вовсе прекратиться, наступит аменорея. Поэтому во время месячных женщина должна находиться в спокойной обстановке. Противопоказано посещение спектаклей и кинофильмов, связанных с тяжелыми переживаниями.

Хотя физические силы женщины во время месячных несколько ослабевают, здоровая женщина может продолжать свой трудовой режим и даже не прерывать занятий индивидуальной гимнастикой. Однако в этот период следует избегать участия в спортивных соревнованиях, так как большое напряжение всего организма при этом может оказать неблагоприятное влияние на менструальный цикл. Женщинам, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями, занятия спортом в период менструации запрещаются. Во всем остальном следует придерживаться обычных гигиенических правил.

Наружные половые органы следует обмывать теплой водой с мылом, а потом слабым раствором марганцевокислого калия (2 раза в день).

Во время месячных можно принимать общий теплый душ, но купаться в ванне, в бассейнах, в реке, в море запрещается. Влажные спринцевания также запрещаются в это время. Разложение менструальной крови может происходить не только на наружных половых органах, но и во влагалище, поэтому при спринцевании промывная жидкость может легко проникнуть на раневую поверхность полости матки и вызвать воспалительный процесс.

Для удаления менструальной крови лучше всего применять марлевые повязки в виде подушечек или ватные прокладки, обернутые

## ЕЖЕДНЕВНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА



1. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены. Выполнение: поднимая левую руку вперед вверх, а правую отводя назад, потянуться — вдох, опуская руки — выдох. То же самое сделать, поднимая правую руку.



2. Исходное положение: ноги вместе, руки опущены. Выполнение: отводя левую ногу как можно больше назад, поднять руки вверх — вдох, опуская ногу, опустить руки — выдох. То же самое сделать, отводя правую ногу.



3. Исходное положение: ноги шире плеч, руки на поясе. Выполнение: наклониться вперед и, опуская руки, коснуться пальцами пола — выдох, выпрямиться — перевести руки на пояс — вдох.



4. Исходное положение: ноги шире плеч, руки опущены. Выполнение: наклониться влево и, сгибая руки в локтях, положить ладони на затылок — выдох, выпрямиться, опустить руки — вдох. То же самое сделать, наклоняясь вправо.



5. Исходное положение: ноги на ширине ступни, руки на пояс. Выполнение: приседая, слегка повернуть туловище влево и коснуться пальцами пола — выдох; выпрямиться, встать прямо — вдох. То же самое сделать, приседая и поворачивая туловище вправо.



6. Исходное положение: лечь на спину, ноги соединить, руки в стороны. Выполнение: сесть и, сгибая ноги, обхватить колени руками — выдох, лечь, выпрямить ноги, положить руки в стороны — вдох.



7. Исходное положение: встать на колени, руки вытянуть вперед. Выполнение: с легким поворотом туловища влево мягко сесть на пол вправо от голени, затем встать на колени и сесть влево от голени. Повторяя упражнение, попеременно садиться то вправо, то влево. Дыхание равномерное.



8. Исходное положение: ноги вместе, руки опущены. Выполнение: поднимая левую ногу в сторону, поднять руки в стороны; опуская ногу, опустить руки. То же самое сделать, поднимая правую ногу. Дыхание равномерное.



9. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены. Выполнение: разводя руки в стороны — вдох, опуская — выдох.

в марлевые бинты. Вместо марли можно использовать мягкую фланель, которую предварительно следует прокипятить. Бинты должны укрепляться на поясе таким образом, чтобы они полностью прикрывали наружные половые органы и не терлись при ходьбе.

Во время месячных, разумеется, необходимо часто менять белье и носить закрытые трусы. Следует избегать охлаждения тела, особенно ног. В холодную погоду панталоны должны быть из теплой материи (фланель, шерсть), так как этим достигается равномерное согревание переполненных кровью органов малого таза. Утомительные прогулки, танцы, езда на велосипеде, катание на лыжах, гребля в этот период не рекомендуются.



Половое сношение, употребление алкогольных напитков строго запрещаются во время менструации, так как это усиливает прилив крови к половым органам.

Каждой девушке и женщине рекомендуется записывать в календаре сроки появления менструации, их продолжительность (см. менструальный календарь на стр. 174). Такая регистрация значительно облегчает запоминание своевременных или запоздалых месячных.

Для нормальной жизнедеятельности организма первостепенное значение имеет правильный обмен веществ. Ему же, как известно, способствуют правильный режим дня, умеренность в питании и особенно занятия физкультурой и спортом.

Систематические упражнения ускоряют обмен веществ, увеличивая тем самым потребление кислорода, укрепляя нервную систему и повышая тонус всего организма.

Особое значение приобретает физкультура в профилактике женских болезней. Известно, что ряд гинекологических заболеваний (разрывы, опущения, загибы матки и т. д.) нередко является результатом патологии родового акта и послеродового периода; отсюда понятно значение физических упражнений, способствующих развитию брюшного пресса, тазового дна и общему физическому развитию женщины.

Занимаясь физкультурой, женщина должна периодически проходить врачебные осмотры, чтобы определить, как влияют физические упражнения на ее половую сферу.

Каждое гимнастическое упражнение надо делать спокойно, не спеша и не напрягаясь. Если появились сердцебиение, одышка или другие неприятные ощущения, надо прекратить упражнения и не возобновлять их без разрешения врача. В случае тех или иных расстройств со стороны половых органов (несвоевременные или затянувшиеся менструации, задержка их, боли в нижней части живота, бели и т. д.) надо немедленно обратиться в женскую консультацию.

Приводим примерный комплекс гимнастических упражнений для женщин (стр. 14—15).

В первые дни каждое упражнение делают 4—6 раз, постепенно число повторений доводят до 12.

---

## Гигиена половой жизни

Начало половой жизни для девушки совпадает с периодом возможности деторождения. В связи с этим возникает вопрос о возрасте, когда возможно начало половой жизни.

По советскому законодательству вступление в брак разрешается с 18 лет. Проф. К. Скробанский считает, что период половой зрелости в наших условиях жизни, в нашем климате наступает в 18 лет и не позже 22 лет.

Известный русский ученый И. И. Мечников устанавливает возраст половой зрелости в 20 лет для женщины и в 23 года для мужчины. Вступление в брак в возрасте моложе 18 лет сказывается не только на вступающих в брак, но и на их потомстве (возможна нежизнеспособность плода). Нельзя рекомендовать вступление в брак в пожилом возрасте.

Вопрос о влиянии брака между родственниками на потомство, несмотря на громадную литературу, существующую о нем, далеко еще не может считаться разрешенным. Браки между близкими родственниками запрещаются потому, что они даже при условиях полного здоровья супругов нередко бывают бесплодны, а рождающиеся дети часто имеют дефекты и недостаточно жизнеспособны.

В Англии, Франции, Италии, Голландии разрешались браки между двоюродными братьями и сестрами, в Германии — между двоюродными братьями и сестрами, между дядей и племянницей, племянником и теткой. В Швейцарии такие браки запрещены. В России до революции законодательство не разрешало браков между родственниками до 7-й степени родства. В Китае запрещалось вступление в брак даже лицам, носящим одну и ту же фамилию.

Весьма важным для полноценности супружеской жизни и потомства является медицинское обследование лиц, намеревающихся вступить в брак.

Страдающим открытым туберкулезом легких, диабетом, нефрозо-нефритом, осложненными пороками сердца, базедовой болезнью, психическим заболеванием не следует советовать вступать в брак. В

редких случаях могут служить препятствием к половой жизни различные пороки развития половых органов — врожденное отсутствие **влагалища**.

Обычно такой врожденный дефект сопровождается полным отсутствием матки или значительным недоразвитием ее. При этом наружные половые органы могут быть нормальными.

При таком пороке развития женщина не способна к половой жизни. Устранить этот дефект удастся оперативным способом: создается искусственное влагалище из пересаженного отрезка сигмовидной кишки или тонкого кишечника.

Из других, хотя и редко встречаемых, пороков развития можно указать на двойное влагалище, которое развивается внутриутробно. Двойное влагалище не вызывает болезненных симптомов, не препятствует зачатию, течению беременности и родам.

Хотя, как правило, девственная плева имеет только одно отверстие, но в редких случаях их имеется два, и плева представляется как бы перегородженной; крайне редко девственная плева может быть вовсе лишена какого-либо отверстия и представляет собою лишь кайму-валик и не закрывает вход во влагалище.

Во время утробной жизни встречаются иногда причины, препятствующие образованию нормальной матки. Развивается однорогая двурогая, двухполостная, двойная матка. Обе половины двойной матки могут быть хорошо развиты и месячные приходят то из обеих половин, то из одной.

Эти пороки развития не препятствуют половой жизни и часто долго не проявляются.

Перенесенное одним из супругов венерическое заболевание может при недостаточном излечении способствовать заражению другого супруга. В этом отношении большую опасность не только для самих супругов, но и для потомства представляет сифилис.

Что касается гонорей, то хотя она не имеет такого влияния на потомство, как сифилис, но часто влечет за собой серьезные изменения во внутренних половых органах, а в тяжелых случаях приводит женщину к стойкому бесплодию и потере трудоспособности.

Перенесенная мужем до брака гонорея, если она даже излечена и безопасна для жены, нередко оставляет изменения в половом аппарате мужчины, которые влекут за собой бесплодие. Поэтому вступающий в брак мужчина, ранее перенесший гонорею, должен подвергнуться тщательному обследованию врача.

Известно, что употребление алкоголя оказывает губительное влияние на потомство. У детей алкоголика очень рано проявляются физическая отсталость, психические заболевания, предрасположение к эпилепсии, туберкулезу. В семьях алкоголиков наблюдаются выкидыши, преждевременные роды и мертворождения. Матери-алкоголички не способны к кормлению грудью своих детей, так как у них отсутствует молоко. Кроме того, алкоголизм способствует понижению половой функции у мужчины, отчасти вследствие поражения центральной нервной системы, отчасти в результате нарушений нормальной деятельности половых желез.

Материальная независимость женщины в нашей стране новые

отношения между людьми, сознательное отношение к половой жизни — все это дает женщине право предъявлять мужчине определенные требования, охраняющие ее достоинство и здоровье, в том числе и требования врачебного освидетельствования.

Гигиенические принципы половой жизни имеют для женщины особо важное значение.

Вместе с наступлением половой зрелости появляется и половое влечение. Однако есть женщины, у которых вначале нет потребности в половой близости, и только позднее она постепенно развивается под влиянием привычки (выработки условного рефлекса). Некоторые женщины после начала половой жизни безразлично к ней относятся и только после рождения ребенка, а иногда даже после повторных родов начинают получать удовлетворение (оргазм).

Надо иметь в виду, что половое влечение у женщины и в особенности удовлетворение при половом акте является не врожденным, а развивается годами. Обычно женщина получает удовлетворение только с любимым человеком.

Алкоголь, курение, морфинизм понижают половое влечение, а такие заболевания, как сахарная болезнь, воспаление половых органов, нервные заболевания тормозят способность к удовлетворению при половой жизни.

Не все женщины обладают половым влечением в равной степени, напротив, есть целый ряд «холодных» женщин, для которых почти не существует чувства удовлетворения. Предполагают, что отсутствие полового влечения может наблюдаться у лиц, у которых половой жизни предшествовал онанизм (мастурбация), длительное употребление противозачаточных средств и отрицательные эмоции (пренебрежение мужа, измена), органические и функциональные заболевания центральной нервной системы с нарушением деятельности желез внутренней секреции (диабет, ожирение).

Первое половое сношение сопровождается разрывом девственной плевы с более или менее обильным кровотечением. Кроме того, возможны повреждения окружающей слизистой оболочки входа во влагалище или стенки его.

В некоторых случаях у девушек, перенесших в детстве инфекционные заболевания (дифтерит, скарлатину и т. д.), наблюдается чрезмерная плотность девственной плевы.

Заращения девственной плевы и влагалища могут наступить также вследствие воспалительных процессов еще во время утробной жизни.

Эти изменения дают себя знать лишь с наступлением половой зрелости. Поскольку менструальная кровь не может выйти наружу, больные жалуются на тяжесть в нижней части живота и на сильные схваткообразные боли, появляющиеся периодически.

Лечение — хирургическое вмешательство (образование искусственного отверстия в девственной плеве).

После разрыва на девственной плеве образуются болезненные ранки. Поэтому после первого сношения необходимо в течение 6—7 дней воздерживаться от дальнейших сношений и тщательно следить за чистотой наружных половых органов, так как ранки могут

служить местами инфекции. Если сношения в начале половой жизни болезненны, можно смазывать вход во влагалище чистым борным вазелином.

Некоторые женщины прибегают к регулярным спринцеваниям влагалища якобы в гигиенических целях, особенно после половых сношений. Всяческое спринцевание влагалища всегда небезопасно, а иногда и вредно, так как изменяет физические и биологические свойства слизистой влагалища и влагалищного секрета, особенно если для спринцевания употребляются дезинфицирующие растворы. Даже при открытом маточном зеве жидкость, употребляемая для спринцевания, может попасть в матку и в фаллопиевы трубы. Наконец, регулярные спринцевания влагалища мешают зачатию.

Таким образом, частые влагалищные спринцевания, применяемые без всякого основания, вредны для женщины; они должны производиться лишь по предписанию врача. Совершенно здоровая женщина должна ежедневно, утром и вечером, обмывать наружные половые органы теплой кипяченой водой с мылом.

Частота половых сношений не может быть строго регулирована. При слишком частых сношениях даже у здоровых людей наступает неврастения, нередко — истощение нервной системы. Поэтому частота сношений должна быть ограничена, если после них долго сохраняется усталость, разбитость. Наука считает средней нормой 50—100 сношений в год. Наиболее благоприятным временем для половых сношений являются часы перед сном. Сон помогает организму восстановить затраченную при половом акте энергию. В тех случаях, когда половые сношения происходят в утренние часы, нередко наблюдается утомляемость, разбитость, бессонница, пониженная трудоспособность.

Во время менструации половые сношения недопустимы, так как вызывают прилив крови к тазовым органам и могут усилить, а также удлинить менструацию. Следует принять во внимание повышенную возбудимость женщины во время менструации и легкую ранимость и восприимчивость полового аппарата к инфекции.

В период беременности половая жизнь, строго говоря, должна совершенно прекращаться, вплоть до полного восстановления половых органов в послеродовом периоде. Во всяком случае, половые сношения запрещены в первые два месяца и в последние два месяца беременности.

В первые месяцы беременности под влиянием полового акта может наступить отделение яйца от матки, то есть выкидыш. Во вторую половину беременности половое сношение может привести к преждевременным родам. Половой акт непосредственно перед родами способствует занесению инфекции в матку и может неблагоприятно отразиться на течении послеродового периода, вызвать послеродовые заболевания.

При беременности решительно запрещаются половые сношения для женщин, страдавших самопроизвольными выкидышами или длительно лечившихся по поводу бесплодия. Возобновление половой жизни допустимо через 6—8 недель после родов и то лишь при правильном течении послеродового периода.

Нередким расстройством половой жизни является онанизм (мастурбация), который чаще всего встречается у подростков и девушек до наступления половой жизни. Это вызывается подчас неправильным воспитанием, чтением книг с эротическим содержанием, повышающих половую возбудимость. Онанизм у детей часто вызывается раздражением половых органов глистами-острицами, которые попадают в половую щель из заднего прохода, вызывая зуд. В этих случаях необходимо противоглистное лечение. Для предупреждения онанизма особенное значение имеют правильное воспитание и физкультура, которая отвлекает девочек от слишком раннего пробуждения полового инстинкта.

# Беременность

## Оплодотворение

Беременность начинается с оплодотворения. Сущность его состоит в том, что во время полового сношения мужское семя попадает в женские половые органы и соединяется с яйцевой клеткой.

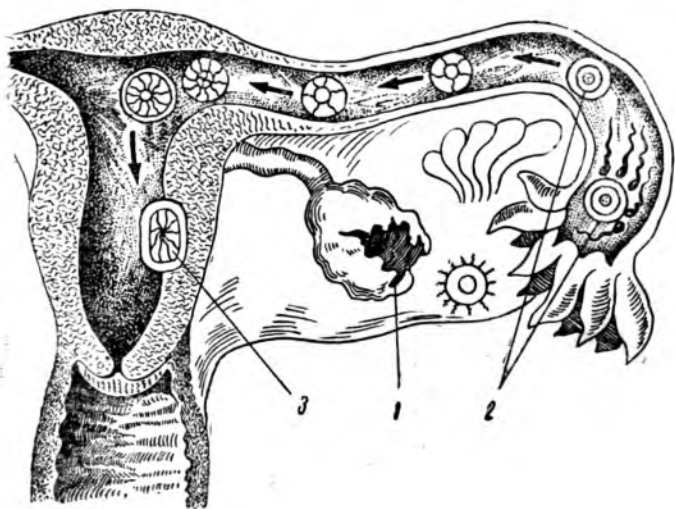
Из половых органов мужчины изливается около 3—4 мл слизи подобной жидкости (спермы), в которой содержится до 200 миллионов сперматозоидов, образующихся в мужской половой железе (яичке).

Сперматозоид состоит из короткой головки, шейки и длинного хвоста. Хвост обладает способностью совершать колебательные движения, благодаря которым сперматозоид довольно быстро двигается вперед, проходя в минуту около 3 мм; таким образом, расстояние в 16—20 см (от зева матки до брюшного отверстия фаллопиевой трубы) сперматозоид проходит в течение полутора-двух часов. Жизне способность сперматозоида в половых путях женщины может сохраняться в течение не менее 3 дней. Однако предполагают, что оплодотворение может наступить только в течение 12 часов после полового сношения.

Необходимые условия для оплодотворения — полная зрелость сперматозоида и яйцевой клетки, определенная температура и слабая щелочная среда. Оплодотворенное яйцо не может быть вторично оплодотворено, поскольку другой сперматозоид в него проникнуть не способен.

Следует отметить, что сперматозоиды мужчин, страдающих алкоголизмом, перенесших гонорею, сифилис, туберкулез яичка и др., не способны оплодотворять. Обладая малой энергией, они не могут пройти расстояние до фаллопиевой трубы и оплодотворить яйцо.

Зрелая яйцевая клетка во время овуляции выходит из лопнувшего граафова пузырька и не обладает самостоятельной подвижностью. Она передвигается по трубе благодаря движению жгутиков мерцательного эпителия. Время прохождения яйцеклетки в матку длится 6—7 дней.



*Движение оплодотворенной яйцеклетки:*

1 — лопнувший фолликул; 2 — оплодотворенное яйцо в разных стадиях развития; 3 — внедрившаяся в слизистую матки оплодотворенная яйцеклетка.

Ток жидкости во внутренних половых органах женщины направляется от брюшного конца трубы в матку и затем во влагалище: сперматозоиды идут по тому же пути в обратном направлении, проходя из влагалища в матку и затем в фаллопиевы трубы. Многие сперматозоиды погибают на пути передвижения, однако часто, не смотря на препятствия, доходят до трубы и там, вероятнее всего в брюшном отделе (воронке) фаллопиевой трубы, происходит встреча и слияние сперматозоида с яйцевой клеткой — наступает оплодотворение.

С яйцом встречаются и стремятся проникнуть несколько сперматозондов. Яйцо становится проницаемым для сперматозоида благодаря особому веществу, которое тот выделяет. Это вещество растворяет оболочки яйца. Когда наиболее сильный сперматозоид проникает в яйцо, вокруг протоплазмы яйцевой клетки образуется особая оболочка, которая не дает другим сперматозоидам проникнуть в яйцо.

Хвостик сперматозоида, проникнувшего в яйцеклетку, растворяется в протоплазме, а головка превращается в мужское ядро и сливается с ядром яйцевой клетки. В результате появляется одна клетка, так называемая зигота, способная развиваться в целый организм. С этого момента начинается развитие зародыша — дробление оплодотворенного яйца (сегментация). Образующиеся при этом клетки назы-



ваются бластомерами, или шарами дробления. Оплодотворенное яйцо с помощью мерцательного эпителия и перистальтических сокращений стенок трубы передвигается по трубе в полость матки и закрепляется там.

Оплодотворенная яйцевая клетка (зигота) делится на две дочерних клетки; в свою очередь эти две клетки делятся еще на две, затем из этих четырех образуется восемь и т. д., пока не получится скопление размножившихся клеток, напоминающее ягоду тутовника. Зародыш в этой стадии лишь немногим больше зрелой яйцеклетки. Весь процесс первоначальной сегментации яйца совершается в период передвижения по трубе.

Если яйцо движется по трубе медленно и успевает слишком быстро развиться, то оно прививается в трубе и образуется внематочная беременность. Но обычно зародыш своевременно попадает в матку, где прививается в слизистой оболочке верхнего отдела тела матки.

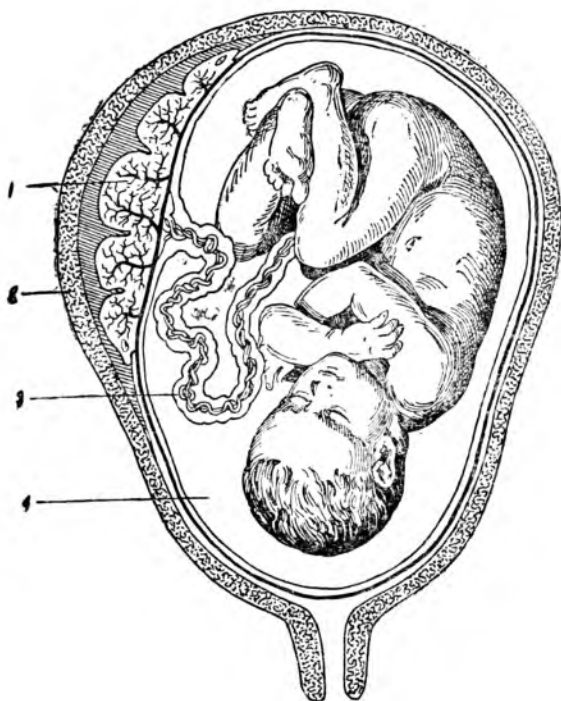
Чтобы яйцо не только прочно укрепилось в матке, но и могло хорошо питаться материнскими продуктами, на оболочке его появляются отростки — так называемые ворсины. К концу третьей или началу четвертой недели беременности поверхность яйца имеет сплошной пушистый ворсинчатый вид мохнатого пузырька. В каждой ворсине проходят конечные разветвления сосудов пуповины — капилляры, с помощью которых подается питание плоду. Ворсины внедряются глубоко в слизистую оболочку матки, которая к тому времени значительно изменяется. Она утолщается, железы в ней увеличиваются, происходит усиленное развитие кровеносных и лимфатических сосудов. Такая изменившаяся оболочка называется децидуальной (отпадающей), так как после родов она отпадает, отходит от стенок матки. Сильно разросшаяся децидуальная оболочка вместе с ворсинками образует плаценту (детское место). От плаценты к плоду идет пупочный канатик, содержащий сосуды, поддерживающие кровообращение зародыша.

В начале беременности ворсинки занимают всю наружную поверхность яйца, но со второго — третьего месяца они атрофируются за исключением той части, где развивается плацента. С момента появления плацентарного кровообращения зародыш (эмбрион) носит название плода.

Водная оболочка — самая ближайшая к плоду — получила такое название потому, что в ней заключаются так называемые воды, то есть околоплодная жидкость. Оболочка эта — продолжение кожных покровов зародыша. Она переходит на пупочный канатик и окружает его со всех сторон. Плод вместе с плодной жидкостью заключен в три оболочки, из них ближайшая — водная (амнион), затем следует ворсистая (хорион) и, наконец, — отпадающая (децидуа). Все три оболочки в конце концов срастаются и составляют мешок, наполненный околоплодной жидкостью, в котором в продолжение всей беременности находится плод. Мешок этот называется плодным пузырем.

Таким образом, плод со всех сторон окружен околоплодной жидкостью и может довольно свободно передвигаться.

Околоплодная жидкость защищает плод от давления на него со



*Прикрепление пуповины к плаценте:*

- 1 — плацента; 2 — стенка матки; 3 — пуповина;  
4 — околоплодная жидкость.

стороны внутренних органов матери, от толчков и ушибов, а также препятствует придавливанию пупочного канатика.

Количество околоплодной жидкости к концу беременности обычно достигает 1 л. Но бывают случаи, когда это количество возрастает до 5—10 и более литров. Это состояние называется водянкой плодного яйца. Большое количество вод растягивает матку и вызывает расстройство в организме и одышку, затруднение при ходьбе, боли внизу живота и т. д. Во время родов может возникнуть ряд осложнений. Чтобы предупредить опасность, связанную с этим осложнением, каждой женщине необходимо с самого начала беременности находиться под наблюдением врача женской консультации.

Реже встречается маловодие — развитие плодного яйца с недостаточным количеством околоплодных вод. Это также очень вредно потому что часть плода прилегает тогда непосредственно к маточной стенке и подвергается давлению — нарушается формирование конечностей у плода, искривляются позвоночник, руки, ноги.

Детское место (плацента) после рождения плода выходит вместе с оболочками (ворсистой и водной) и с прикрепленным к нему концом пуповины. Все эти части носят название последа.

### Развитие и положение плода в матке

В первое время плод питается при помощи ворсинок. В дальнейшем газообмен плода происходит через плаценту: кислород, связанный с гемоглобином материнской артериальной крови, переходит в кровь плода, а углекислота, находящаяся в притекающей к плаценте венозной крови, переходит в кровь матери. Через плаценту от матери к плоду переходит вода и все растворенные в материнской крови питательные вещества — сахар, жиры, соли, гормоны. Доказано, что из крови матери в кровь плода могут проходить алкоголь, эфир, морфин, хинин и многие другие ядовитые и лекарственные вещества, принимаемые матерью. Поэтому беременной женщине запрещается прием каких-либо лекарств без разрешения врача. Возможен переход через плаценту в кровь плода некоторых микробов (сифилиса, натуральной оспы, гриппа и некоторых других) и вирусов, которые могут вызвать внутриутробное заражение.

Плод растет во всех направлениях, изменяются его внутреннее строение и внешние формы. На ранних стадиях развития он напоминает зародыш низших позвоночных, затем — более высших и наконец, приобретает черты, характерные для человека.

В течение внутриутробного периода плод развивается последовательно по месяцам беременности.

**Первый месяц\***. Длина зародыша — 7—8 мм, а все плодное яйцо, в котором он находится, имеет величину грецкого ореха.

**Второй месяц**. Зародыш приобретает сходство с формой человеческого тела и с этого момента называется плодом. Величина его — с куриное яйцо; со всех сторон плод окружен ворсинками. Головка и животик значительно увеличены, что объясняется интенсивным ростом мозга и печени. На голове появляются нос, уши, глаза. Обозначаются пальцы на характерно расчлененных ногах и руках.

**Третий месяц**. Яйцо больше гусиного, ворсинок на нем уже нельзя различить, развилась плацента. Длина плода доходит до 8—9 см, вес — до 20 г. На пальцах верхних и нижних конечностей начинают появляться ногти. Наружные половые органы принимают форму, свойственную тому или другому полу.

**Четвертый месяц**. Длина плода — около 16 см, вес — до 120 г. На коже появляется тонкий волосистой пушок.

**Пятый месяц**. Длина плода — 25—26 см, вес — 280—300 г. На голове появляются волосы. Начинает отлагаться подкожный жир. На коже появляются сальные железы, сердцебиение плода можно отчетливо выслушать через брюшную стенку матери. Движения конечностей плода воспринимаются матерью как шевеление плода.

**Шестой месяц**. Плод имеет длину 30—32 см, вес его в среднем 600—700 г. Кожа покрыта сыровидной смазкой. Веки отделены

\* Имеется в виду акушерский месяц — 28 дней.

друг от друга. Плод, рожденный в это время, дышит, двигает конечностями, но не жизнеспособен.

Седьмой месяц. Плод достигает в длину 35—37 см, вес его — 1 000 г. Исчезает перепонка, закрывающая зрачок. Подкожная клетчатка еще недостаточно развита; общий вид старческий. Ногти не достигают кончиков пальцев. У мальчиков еще не опустились в мошонку, у девочек большие половые губы плохо развиты, вследствие чего клитор и малые половые губы значительно выступают между ними. Прерывание беременности до этого времени называется абортom. Плод, рожденный в этот срок, дышит, двигает конечностями, слабо кричит. При особо благоприятных условиях может выжить.

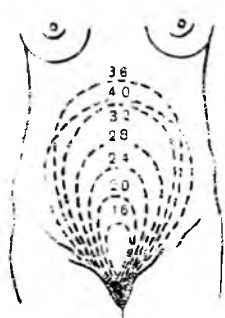
Восьмой месяц. Длина плода составляет 40—42 см, вес его 1 500 г и больше. Кожа еще красновата, но более гладкая, покрыта обильным пушком. Вследствие отложения жира формы тела плода более округленные. Плод, родившийся в этот срок, более жизнеспособен, чем семимесячный, и при надлежащем уходе может жить.

Девятый месяц. Длина плода к концу этого месяца составляет около 45 см, а вес — 2 500 г. Формы тела более округленные. Старческий, морщинистый вид личика исчезает. Ногти достигают кончиков пальцев. Кожа вместо красной становится розовой. Плод, родившийся в это время, более энергично двигает конечностями, громко кричит (не пищит), открывает глаза и обладает значительной жизнеспособностью.

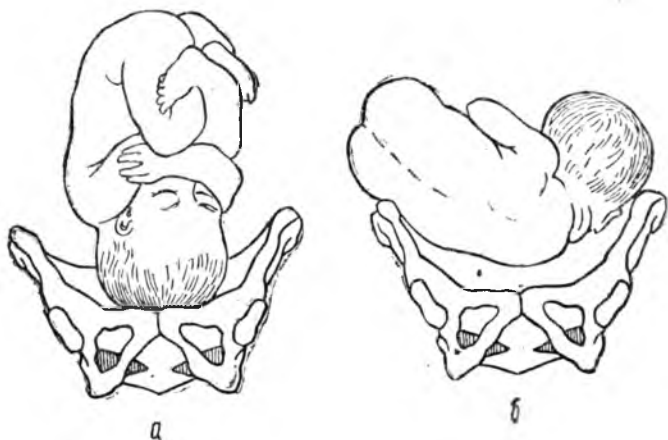
Десятый месяц. К концу этого месяца плод достигает полной зрелости. Длина его 49—50 см, вес 3 200—3 500 г.

При определении зрелости плода следует учитывать его вес, длину и все перечисленные признаки, а также продолжительность беременности, так как один какой-нибудь признак не может быть для этого достаточным. Длина плода — один из основных показателей его возраста. Новорожденные длиной меньше 45 см учитываются как незрелые (недоношенные). Новорожденные, имеющие рост (длину) больше 47 см, считаются доношенными. У новорожденных ростом от 45 до 47 см зрелость устанавливается на основании тщательного анализа всех признаков, характеризующих плод. При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается вес его, причем новорожденный весом ниже 2 500 г считается незрелым. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными.

На развитие плода оказывает влияние его пол, число предшествовавших беременностей матери, ее возраст и питание, а также физическое состояние отца (здоровье, рост, вес). Так, вес и длина новорожденных девочек в среднем меньше, чем мальчиков, дети у повторнородящих обыкновенно крупнее, чем у первородящих



*Определение срока беременности по величине матки.*



*Положение плода:*

а — продольное; б — поперечное.

Плод в матке обычно располагается в продольном направлении. Такое положение считается нормальным, так как лучше всего соответствует форме матки. При нем роды вполне благополучны для матери и плода. При поперечных и косых положениях роды в большинстве случаев требуют оперативной акушерской помощи.

Поперечные и косые положения плода наблюдаются при неправильной форме матки, многоводии, многоплодной беременности, чрезмерно растянутой матке и брюшной стенке у повторнородящих, при узком тазе. Небольшая величина плода и уродства также могут быть причиной неправильного положения.

Находящийся в продольном положении плод может предлежать головкой или тазовым концом (предлежащей частью называется та часть плода, которая находится ниже всего над входом в таз или в самом тазу). Головные предлежания встречаются гораздо чаще тазовых.

В первую половину беременности плод постоянно меняет свое положение, и поперечные положения встречаются в это время чаще; это объясняется небольшой величиной плода сравнительно с полостью матки. В последние же месяцы беременности плод помещается в продольном положении, так как его размер соответствует наибольшему размеру матки. При нормальном положении головка плода пригнута подбородком к груди, спинка согнута, ручки скрещены на груди, ножки скрещены и пригнуты к животу, плод согнут в тазобедренных и коленных сочленениях, пуповина помещается на животе между конечностями. При таком положении плод, принимая форму яйца, занимает в матке наименьшее пространство, и роды значительно облегчаются.

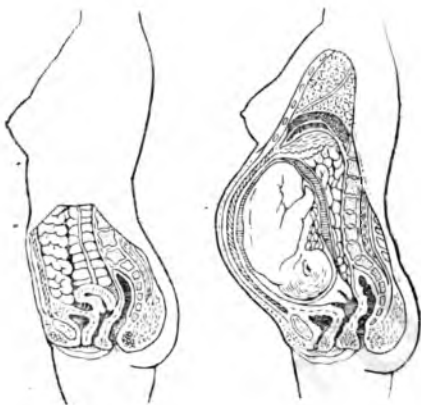
## Изменения в организме беременной

Беременность — это нормальный физиологический процесс, и поэтому материнский организм остается в это время вполне здоровым. Функциональные изменения, которые вызываются в организме женщины развитием оплодотворенного яйца, являются добавочной нагрузкой, своего рода тренировкой для материнского организма и, как при всякой тренировке, в большинстве случаев организм становится при этом более полноценным.

Все изменения, происходящие в организме беременной, направлены к тому, чтобы обеспечить благоприятное развитие плода и нормальное течение родов. У беременной матка сильно увеличивается и к концу беременности занимает большую часть брюшной полости. В первые четыре месяца беременности растет число мышечных волокон матки, причем длина каждого волокна (клетки) увеличивается в 10—12 раз, а ширина — в 3—5 раз. Длина матки за время беременности увеличивается в пять раз, толщина тела матки — до десяти раз. Матка нерожавшей женщины весит 40—50 г, а в конце беременности — 900—1 200 г (без плодного яйца), то есть возрастает в 20 раз.

Развитие мышечного слоя матки способствует нормальному течению родов. Кровеносные сосуды матки увеличиваются и к концу беременности крови к матке притекает в пять раз больше. Это значительно улучшает питание развивающегося плода. Форма матки становится шаровидной; дальнейшие изменения зависят от положения плода, а также от места прикрепления плаценты.

Наряду с ростом матки растягивается ее связочный аппарат, а брюшина, покрывающая матку, утолщается. Уже с самого начала беременности шейка матки становится более рыхлой, мягкой, легко растяжимой, что способствует раскрытию ее во время родов. В шейке образуется густая слизистая пробка, которая выталкивается только во время родов, а до того момента служит преградой для бактерий, которые могут попасть из влагалища. Слизистая оболочка входа и влагалища имеет синюшный оттенок, а стенки влагалища становятся рыхлыми, сочными, более растяжимыми. Наружные половые органы также разрыхляются, а мышцы промежности к концу беременности



Слева — матка небеременной женщины; справа — матка при беременности в 9 месяцев.

легче растягиваются. Сочленения тазовых костей к концу беременности становятся подвижными, что способствует некоторому увеличению таза во время родов.

Фаллопиевы трубы не увеличиваются. В яичнике происходят изменения: прекращается овуляция.

Во время беременности щитовидная железа иногда несколько увеличивается, но это не влечет за собой каких-либо серьезных изменений в организме.

Значительные изменения происходят и в железах внутренней секреции — околощитовидных и надпочечниках.

Работа желез внутренней секреции тесно связана с обменом веществ. Обмен веществ — это совокупность всех химических процессов, которым подвергаются питательные вещества в нашем организме. Естественно, что во время беременности обмен веществ зависит от потребности плода, поэтому преобладают процессы накопления (ассимиляции). В тесной связи с обменом веществ находится вес беременной. В среднем в течение беременности женщина увеличивает свой вес на 7 000—9 000 г, из которых на вес плода приходится в среднем 3 200, последа — 500, околоплодных вод — 1 000, на увеличение жидкости в организме — около 1 000 г, а остальное составляет естественный запас в пределах 3—4 кг. За несколько дней до родов вес беременной снижается, что указывает на усиление процессов расщепления питательных веществ.

Особенно важна во время беременности функция почек. Почки регулируют обмен воды в организме. Образующиеся от разрушения (сгорания) частиц нашего тела отбросы (излишек принятой нами воды, соли, мочевины, мочевая кислота и пр.) попадают с кровью в почки, где эти вещества преобразуются в мочу, выводящуюся затем из организма.

При нормальной беременности моча не должна содержать ни белка, ни желчных пигментов. Удельный вес мочи у беременной несколько ниже обычного — 1 011—1 015, что объясняется задержкой в организме плотных частей, необходимых плоду, а также увеличением общего количества мочи. У большинства беременных мочеиспускание учащено. Это объясняется тем, что во время беременности женщина поглощает значительно больше жидкости, необходимой как для ее собственного организма, так и для плода. Кроме того, на мочевой пузырь женщины давит головка плода. В среднем беременная женщина выделяет от 1 000 до 1 500 мл мочи.

К сердечно-сосудистой системе во время беременности предъявляются повышенные требования, так как в организм матери включается новый круг кровообращения, так называемый плацентарный, требующий большого притока крови. Однако здоровое сердце справляется с этой повышенной нагрузкой вполне удовлетворительно. Благодаря тому, что в конце беременности диафрагма поднимается (из-за растущей матки), сердце несколько смещается, но это не вызывает серьезных нарушений жизнедеятельности. После родов положение сердца быстро возвращается к норме. Пульс у беременных не меняется. Кровяное давление колеблется у них от 90 до 120 мм ртутного столба.

Во время беременности изменяется и состав крови. Она обогащается большим количеством гормонов, ферментов, холестерина. Благодаря этим веществам повышается сопротивляемость беременных к инфекции. Общее количество крови во время беременности нарастает.

У большинства женщин, особенно в первые недели беременности появляются различные вкусовые прихоти, тошнота, рвота. При наличии глистных заболеваний или воспалительного процесса рвота у беременной может стать неукротимой. Иногда наблюдается склонность к запорам. Все эти проявления связаны с расстройством вегетативной нервной системы.

На лице у беременной появляются темные пигментированные пятна; предполагают, что это зависит от деятельности некоторых желез внутренней секреции — гипофиза, надпочечника. По окончании беременности пятна исчезают. Нередко во второй половине беременности на брюшной стенке, бедрах, ягодицах и молочных железах образуются рубцы (полосы) беременности вследствие чрезмерного растяжения кожи под влиянием растущей матки; чаще всего рубцы наблюдаются у полных первородящих женщин.

Уже с самого начала беременности начинают увеличиваться молочные железы. Вследствие усиленного притока крови к молочным железам на коже их к концу беременности видны резко расширенные вены.

Во время беременности сосок и его окружность пигментируются, в особенности у брюнеток, околососковый кружок принимает резко темный оттенок. На фоне околососкового кружка видны светлые бугорки — возвышения, носящие название монгомеровых желез, которые по своему строению напоминают молочные железы. Во время беременности эти железки увеличиваются в объеме и выдаются над уровнем кожи в виде возвышений, величиною с просыное зерно.

Сосок может иметь разнообразную форму: цилиндрическую, коническую; он может быть плоским, втянутым. Соски цилиндрической формы хорошо снабжены выводными протоками — в количестве 12—30; втянутые соски имеют всего 2—6 выводных протоков.

Во время беременности молочные железы начинают отделять так называемое молозиво — жидкость особого состава. Выделение молока начинается только через 2—3 дня после родов. Развитие молочных желез и отделение молока находится под влиянием гормонов, выделяемых плацентой, гипофизом.

### **Распознавание беременности**

Установить беременность в первые недели иногда довольно затруднительно.

К сомнительным признакам беременности относятся тошнота, рвота, ухудшение аппетита, непереносимость некоторых запахов, легкое головокружение, иногда усиленное отделение слюны. Все эти признаки нельзя считать специфическими для беременности. Такие же явления могут наблюдаться и у небеременных женщин. К сомнительным признакам относятся также увеличение молочных желез и выделение молозива.



Вероятным признаком беременности может считаться задержка менструации у зрелой женщины. Однако задержка может возникнуть и по другим причинам, например, после тяжелых заболеваний, после нервных потрясений и т. д. Очень редко менструация сохраняется в течение первых 1—2 месяцев беременности.

К вероятным признакам беременности относятся также данные наружного и внутреннего осмотра. При наружном осмотре отмечается темно-коричневая окраска отдельных участков кожи лица, сосков и околососковых кружков, средней линии живота, между пупком и лобком. При внутреннем осмотре к вероятным признакам беременности причисляют разрыхленность, мягковатость, сочность, синюшность стенок влагалища и шейки матки. Форма матки становится шаровидной, увеличивается соответственно сроку беременности в длину и в поперечнике. Иногда матка принимает неровную форму. Вследствие обильного снабжения кровью она становится сочной и рыхлой.

Несмотря на все перечисленные признаки, не всегда можно правильно решить вопрос о наличии беременности. Иногда необходимо повторное наблюдение и исследование.

Бывают случаи мнимой беременности, которая наблюдается у истеричных женщин, бесплодных, жаждущих иметь ребенка. Они указывают на признаки, характерные для беременности, отсутствие месячных, тошноту, рвоту, якобы ощущают движение плода, а при поступлении в родильный дом испытывают как бы схватки. При осмотре же у них обнаруживаются атрофия матки и отсутствие беременности.

В последние годы учеными разработаны для трудных случаев лабораторные способы, позволяющие довольно точно установить раннюю стадию беременности.

Продолжительность беременности в среднем равна 40 неделям, что составляет 9 календарных или 10 акушерских месяцев. Такой срок проходит от 1-го дня последней менструации до родов. Таким образом, прибавив к тому дню, когда началась последняя менструация, 280 дней, можно приблизительно определить время родов. Обычно срок родов определяют так. От месяца и числа начала последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и к полученному числу прибавляют 7 дней. Например, если последняя менструация началась 20 января, то, отсчитав 3 месяца назад, получим 20 октября, прибавив 7 дней, получим 27 октября — предполагаемый срок родов. Вот почему важно запомнить число и месяц, когда начались последние месячные.

Надо, однако, иметь в виду, что в некоторых случаях роды могут произойти на 10—25 дней раньше 280-дневного срока. Бывают редкие случаи, когда роды наступают более чем на 2—3 недели позже 280 дней. Такая беременность считается переношенной, а роды — запоздалыми.

Можно определить срок родов по времени, когда беременная начинает ощущать шевеление плода. Так как шевеление плода ощущается на 19-й или 20-й неделе, считая с начала последних месячных, то к указанному дню первого шевеления плода надо прибавить 20 недель, или 140 дней. Однако по этим данным установить время

родов с достаточной точностью нельзя, так как не все беременные женщины одинаково воспринимают эти движения. Срок беременности в первой ее половине определяется путем внутреннего исследования, а во второй половине — на основании наружного измерения величины матки, высоты стояния ее дна и окружности живота.

Правильно установить срок родов очень важно, потому что в последние месяцы беременности женщина должна особенно строго соблюдать режим, нормально питаться, не переутомляться.

Советское государство, заботясь о здоровье женщины, Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 года увеличило срок отпуска по беременности и родам с 77 до 112 календарных дней; 56 дней до родов и 56 дней после родов с выдачей за этот период пособия в установленном порядке. Если роды были ненормальные или родилось двое или более детей, послеродовой отпуск увеличивается.

Увеличение дородового отпуска дает возможность женщине, готовящейся стать матерью, укрепить свое здоровье, подготовиться к родам. После рождения ребенка мать получает возможность значительную часть периода кормления грудью провести с ребенком, обеспечивая ему нормальное вскармливание и развитие. Эти мероприятия поведут к снижению заболеваемости и смертности новорожденных.

Кроме того, беременной и кормящей женщине предоставлено право присоединить к так называемому декретному отпуску очередной отпуск за текущий год и получить дополнительно к нему отпуск без сохранения содержания на срок до 3 месяцев. Стаж работы женщины при возвращении в то же учреждение или производство не прерывается. Устав сельскохозяйственной артели подобные же льготы предоставляет по беременности и родам женщинам-колхозницам.

Для своевременного получения отпуска важно как можно раньше посетить женскую консультацию. В первые недели беременности женщине легче вспомнить время прекращения последних месячных, а врачу или акушерке — легче определить срок беременности; в таких случаях ошибки не превышают 7—10 дней.

Каждая беременная женщина желает знать даты дородового отпуска, предполагаемого срока родов и время выхода на работу — окончания послеродового отпуска. Календарь для беременных женщин (стр. 34—45) дает возможность ориентировочно определять указанные даты. (В основу этого календаря положен принцип акушерского календаря, разработанного А. В. Прейсманом).

Срок беременности и время предполагаемых родов определяются с помощью календаря по времени возможного оплодотворения. С этой точки зрения, как уже говорилось, весьма важно, чтобы каждая женщина регистрировала дни своих месячных.

Время возможного оплодотворения, указанное в календаре, определяется, исходя из наиболее типичного — четырехнедельного — менструального цикла, который чаще всего встречается у женщин.

В виду возможности индивидуальных колебаний времени овуляции (внезапное заболевание, дополнительная овуляция), надо считать, что все вышеуказанные числовые даты являются предположительными.

## Календарь для беременных женщин

### Я Н В А Р Ь

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск		Время родов	Дата выхода на работу	
		колхозницам	и служащим работницам		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.1	16—23.9	21—28.8	16—23.10	16—23.11	11—18.12
2	11—18.1	17—24.9	22—29.8	17—24.10	17—24.11	12—19.12
3	12—19.1	18—25.9	23—30.8	18—25.10	18—25.11	13—20.12
4	13—20.1	19—26.9	24—31.8	19—26.10	19—26.11	14—21.12
5	14—21.1	20—27.9	25.8—1.9	20—27.10	20—27.11	15—22.12
6	15—22.1	21—28.9	26.8—2.9	21—28.10	21—28.11	16—23.12
7	16—23.1	22—29.9	27.8—3.9	22—29.10	22—29.11	17—24.12
8	17—24.1	23—30.9	28.8—4.9	23—30.10	23—30.11	18—25.12
9	18—25.1	24.9—1.10	29.8—5.9	24—31.10	24.11—1.12	19—26.12
10	19—26.1	25.9—2.10	30.8—6.9	25.10—1.11	25.11—2.12	20—27.12
11	20—27.1	26.9—3.10	31.8—7.9	26.10—2.11	26.11—3.12	21—28.12
12	21—28.1	27.9—4.10	1—8.9	27.10—3.11	27.11—4.12	22—29.12
13	22—29.1	28.9—5.10	2—9.9	28.10—4.11	28.11—5.12	23—30.12
14	23—30.1	29.9—6.10	3—10.9	29.10—5.11	29.11—6.12	24—31.12
15	24—31.1	30.9—7.10	4—11.9	30.10—6.11	30.11—7.12	25.12—1.1
16	25.1—1.2	1—8.10	5—12.9	31.10—7.11	1—8.12	26.12—2.1
17	26.1—2.2	2—9.10	6—13.9	1—8.11	2—9.12	27.12—3.1
18	27.1—3.2	3—10.10	7—14.9	2—9.11	3—10.12	28.12—4.1
19	28.1—4.2	4—11.10	8—15.9	3—10.11	4—11.12	29.12—5.1
20	29.1—5.2	5—12.10	9—16.9	4—11.11	5—12.12	30.12—6.1
21	30.1—6.2	6—13.10	10—17.9	5—12.11	6—13.12	31.12—7.1
22	31.1—7.2	7—14.10	11—18.9	6—13.11	7—14.12	1—8.1
23	1—8.2	8—15.10	12—19.9	7—14.11	8—15.12	2—9.1
24	2—9.2	9—16.10	13—20.9	8—15.11	9—16.12	3—10.1
25	3—10.2	10—17.10	14—21.9	9—16.11	10—17.12	4—11.1
26	4—11.2	11—18.10	15—22.9	10—17.11	11—18.12	5—12.1
27	5—12.2	12—19.10	16—23.9	11—18.11	12—19.12	6—13.1
28	6—13.2	13—20.10	17—24.9	12—19.11	13—20.12	7—14.1
29	7—14.2	14—21.10	18—25.9	13—20.11	14—21.12	8—15.1
30	8—15.2	15—22.10	19—26.9	14—21.11	15—22.12	9—16.1
31	9—16.2	16—23.10	20—27.9	15—22.11	16—23.12	10—17.1

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.2	16—23.10	21—28.9
2	11—18.2	17—24.10	22—29.9
3	12—19.2	18—25.10	23—30.9
4	13—20.2	19—26.10	24.9—1.10
5	14—21.2	20—27.10	25.9—2.10
6	15—22.2	21—28.10	26.9—3.10
7	16—23.2	22—29.10	27.9—4.10
8	17—24.2	23—30.10	28.9—5.10
9	18—25.2	24—31.10	29.9—6.10
10	19—26.2	25.10—1.11	30.9—7.10
11	20—27.2	26.10—2.11	1—8.10
12	21—28.2	27.10—3.11	2—9.10
13	22—29.2	28.10—4.11	3—10.10
14	23.2—1.3	29.10—5.11	4—11.10
15	24.2—2.3	30.10—6.11	5—12.10
16	25.2—3.3	31.10—7.11	6—13.10
17	26.2—4.3	1—8.11	7—14.10
18	27.2—5.3	2—9.11	8—15.10
19	28.2—6.3	3—10.11	9—16.10
20	29.2—7.3	4—11.11	10—17.10
21	1—8.3	5—12.11	11—18.10
22	2—9.3	6—13.11	12—19.10
23	3—10.3	7—14.11	13—20.10
24	4—11.3	8—15.11	14—21.10
25	5—12.3	9—16.11	15—22.10
26	6—13.3	10—17.11	16—23.10
27	7—14.3	11—18.11	17—24.10
28	8—15.3	12—19.11	18—25.10
29	9—16.3	13—20.11	19—26.10

ь

Время родов	Дата выхода на работу	
	колхозницам	работницам и служащим
16—23.11	16—23.12	11—18.1
17—24.11	17—24.12	12—19.1
18—25.11	18—25.12	13—20.1
19—26.11	19—26.12	14—21.1
20—27.11	20—27.12	15—22.1
21—28.11	21—28.12	16—23.1
22—29.11	22—29.12	17—24.1
23—30.11	23—30.12	18—25.1
24.11—1.12	24—31.12	19—26.1
25.11—2.12	25.12—1.1	20—27.1
26.11—3.12	26.12—2.1	21—28.1
27.11—4.12	27.12—3.1	22—29.1
28.11—5.12	28.12—4.1	23—30.1
29.11—6.12	29.12—5.1	24—31.1
30.11—7.12	30.12—6.1	25.1—1.2
1—8.12	31.12—7.1	26.1—2.2
2—9.12	1—8.1	27.1—3.2
3—10.12	2—9.1	28.1—4.2
4—11.12	3—10.1	29.1—5.2
5—12.12	4—11.1	30.1—6.2
6—13.12	5—12.1	31.1—7.2
7—14.12	6—13.1	1—8.2
8—15.12	7—14.1	2—9.2
9—16.12	8—15.1	3—10.2
10—17.12	9—16.1	4—11.2
11—18.12	10—17.1	5—12.2
12—19.12	11—18.1	6—13.2
13—20.12	12—19.1	7—14.2
14—21.12	13—20.1	8—15.2

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.3	15—22.11	20—27.10
2	11—18.3	16—23.11	21—28.10
3	12—19.3	17—24.11	22—29.10
4	13—20.3	18—25.11	23—30.10
5	14—21.3	19—26.11	24—31.10
6	15—22.3	20—27.11	25.10—1.11
7	16—23.3	21—28.11	26.10—2.11
8	17—24.3	22—29.11	27.10—3.11
9	18—25.3	23—30.11	28.10—4.11
10	19—26.3	24.11—1.12	29.10—5.11
11	20—27.3	25.11—2.12	30.10—6.11
12	21—28.3	26.11—3.12	31.10—7.11
13	22—29.3	27.11—4.12	1—8.11
14	23—30.3	28.11—5.12	2—9.11
15	24—31.3	29.11—6.12	3—10.11
16	25.3—1.4	30.11—7.12	4—11.11
17	26.3—2.4	1—8.12	5—12.11
18	27.3—3.4	2—9.12	6—13.11
19	28.3—4.4	3—10.12	7—14.11
20	29.3—5.4	4—11.12	8—15.11
21	30.3—6.4	5—12.12	9—16.11
22	31.3—7.4	6—13.12	10—17.11
23	1—8.4	7—14.12	11—18.11
24	2—9.4	8—15.12	12—19.11
25	3—10.4	9—16.12	13—20.11
26	4—11.4	10—17.12	14—21.11
27	5—12.4	11—18.12	15—22.11
28	6—13.4	12—19.12	16—23.11
29	7—14.4	13—20.12	17—24.11
30	8—15.4	14—21.12	18—25.11
31	9—16.4	15—22.12	19—26.11

Время родов	Дата выхода на работу	
	колхозницам	работницам и служащим
15--22.12	15--22.1	9--16.2
16--23.12	16--23.1	10--17.2
17--24.12	17--24.1	11--18.2
18--25.12	18--25.1	12--19.2
19--26.12	19--26.1	13--20.2
20--27.12	20--27.1	14--21.2
21--28.12	21--28.1	15--22.2
22--29.12	22--29.1	16--23.2
23--30.12	23--30.1	17--24.2
24--31.12	24--31.1	18--25.2
25.12--1.1	25.1--1.2	19--26.2
26.12--2.1	26.1--2.2	20--27.2
27.12--3.1	27.1--3.2	21--28.2
28.12--4.1	28.1--4.2	22.2--1.3
29.12--5.1	29.1--5.2	23.2--2.3
30.12--6.1	30.1--6.2	24.2--3.3
31.12--7.1	31.1--7.2	25.2--4.3
1--8.1	1--8.2	26.2--5.3
2--9.1	2--9.2	27.2--6.3
3--10.1	3--10.2	28.2--7.3
4--11.1	4--11.2	1--8.3
5--12.1	5--12.2	2--9.3
6--13.1	6--13.2	3--10.3
7--14.1	7--14.2	4--11.3
8--15.1	8--15.2	5--12.3
9--16.1	9--16.2	6--13.3
10--17.1	10--17.2	7--14.3
11--18.1	11--18.2	8--15.3
12--19.1	12--19.2	9--16.3
13--20.1	13--20.2	10--17.3
14--21.1	14--21.2	11--18.3

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.4	15—22.12	20—27.11
2	11—18.4	16—23.12	21—28.11
3	12—19.4	17—24.12	22—29.11
4	13—20.4	18—25.12	23—30.11
5	14—21.4	19—26.12	24.11—1.12
6	15—22.4	20—27.12	25.11—2.12
7	16—23.4	21—28.12	26.11—3.12
8	17—24.4	22—29.12	27.11—4.12
9	18—25.4	23—30.12	28.11—5.12
10	19—26.4	24—31.12	29.11—6.12
11	20—27.4	25.12—1.1	30.11 7.12
12	21—28.4	26.12—2.1	1 8.12
13	22—29.4	27.12—3.1	2 9.12
14	23—30.4	28.12—4.1	3—10.12
15	24.4—1.5	29.12—5.1	4—11.12
16	25.4—2.5	30.12—6.1	5—12.12
17	26.4—3.5	31.12—7.1	6—13.12
18	27.4—4.5	1 8.1	7—14.12
19	28.4—5.5	2—9.1	8—15.12
20	29.4—6.5	3—10.1	9—16.12
21	30.4—7.5	4—11.1	10—17.12
22	1—8.5	5—12.1	11—18.12
23	2—9.5	6—13.1	12—19.12
24	3—10.5	7—14.1	13—20.12
25	4—11.5	8—15.1	14—21.12
26	5—12.5	9—16.1	15—22.12
27	6—13.5	10—17.1	16—23.12
28	7—14.5	11—18.1	17—24.12
29	8—15.5	12—19.1	18—25.12
30	9—16.5	13—20.1	19—26.12
31	10—17.5	14—21.1	20—27.12



Время родов	Дата выхода на работу	
	колхозницам	работницам и служащим
15—22.1	15—22.2	12—19.3
16—23.1	16—23.2	13—20.3
17—24.1	17—24.2	14—21.3
18—25.1	18—25.2	15—22.3
19—26.1	19—26.2	16—23.3
20—27.1	20—27.2	17—24.3
21—28.1	21—28.2	18—25.3
22—29.1	22—29.2	19—26.3
23—30.1	23.2—1.3	20—27.3
24—31.1	24.2—2.3	21—28.3
25.1—1.2	25.2—3.3	22—29.3
26.1—2.2	26.2—4.3	23—30.3
27.1—3.2	27.2—5.3	24—31.3
28.1—4.2	28.2—6.3	25.3—1.4
29.1—5.2	29.2—7.3	26.3—2.4
30.1—6.2	1.2—8.3	27.3—3.4
31.1—7.2	2.2—9.3	28.3—4.4
1—8.2	3.2—10.3	29.3—5.4
2—9.2	4.2—11.3	30.3—6.4
3—10.2	5.2—12.3	31.3—7.4
4—11.2	6.2—13.3	1—8.4
5—12.2	7.2—14.3	2—9.4
6—13.2	8.2—15.3	3—10.4
7—14.2	9.2—16.3	4—11.4
8—15.2	10.2—17.3	5—12.4
9—16.2	11—18.3	6—13.4
10—17.2	12—19.3	7—14.4
11—18.2	13—20.3	8—15.4
12—19.2	14—21.3	9—16.4
13—20.2	15—22.3	10—17.4
14—21.2	16—23.3	11—18.4

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой
		колхозницам
1	10—17.5	14—21.1
2	11—18.5	15—22.1
3	12—19.5	16—23.1
4	13—20.5	17—24.1
5	14—21.5	18—25.1
6	15—22.5	19—26.1
7	16—23.5	20—27.1
8	17—24.5	21—28.1
9	18—25.5	22—29.1
10	19—26.5	23—30.1
11	20—27.5	24—31.1
12	21—28.5	25.1—1.2
13	22—29.5	26.1—2.2
14	23—30.5	27.1—3.2
15	24—31.5	28.1—4.2
16	25.5—1.6	29.1—5.2
17	26.5—2.6	30.1—6.2
18	27.5—3.6	31.1—7.2
19	28.5—4.6	1—8.2
20	29.5—5.6	2—9.2
21	30.5—6.6	3—10.2
22	31.5—7.6	4—11.2
23	1—8.6	5—12.2
24	2—9.6	6—13.2
25	3—10.6	7—14.2
26	4—11.6	8—15.2
27	5—12.6	9—16.2
28	6—13.6	10—17.2
29	7—14.6	11—18.2
30	8—15.6	12—19.2
31	9—16.6	13—20.2

отпуск	Время родов	Дата выхода на работу	
		колхозницам	работницам и служащим
и служащим работницам			
20—27.12	14—21.2	14—21.3	11—18.4
21—28.12	15—22.2	15—22.3	12—19.4
22—29.12	16—23.2	16—23.3	13—20.4
23—30.12	17—24.2	17—24.3	14—21.4
24—31.12	18—25.2	18—25.3	15—22.4
25.12—1.1	19—26.2	19—26.3	16—23.4
26.12—2.1	20—27.2	20—27.3	17—24.4
27.12—3.1	21—28.2	21—28.3	18—25.4
28.12—4.1	22.2—1.3	22—29.3	19—26.4
29.12—5.1	23.2—2.3	23—30.3	20—27.4
30.12—6.1	24.2—3.3	24—31.3	21—28.4
31.12—7.1	25.2—4.3	25.3—1.4	22—29.4
1—8.1	26.2—5.3	26.3—2.4	23—30.4
2—9.1	27.2—6.3	27.3—3.4	24.4—1.5
3—10.1	28.2—7.3	28.3—4.4	25.4—2.5
4—11.1	1—8.3	29.3—5.4	26.4—3.5
5—12.1	2—9.3	30.3—6.4	27.4—4.5
6—13.1	3—10.3	31.3—7.4	28.4—5.5
7—14.1	4—11.3	1—8.4	29.4—6.5
8—15.1	5—12.3	2—9.4	30.4—7.5
9—16.1	6—13.3	3—10.4	1—8.5
10—17.1	7—14.3	4—11.4	2—9.5
11—18.1	8—15.3	5—12.4	3—10.5
13—20.1	9—16.3	6—13.4	4—11.5
12—19.1	10—17.3	7—14.4	5—12.5
14—21.1	11—18.3	8—15.4	6—13.5
15—22.1	12—19.3	9—16.4	7—14.5
16—23.1	13—20.3	10—17.4	8—15.5
17—24.1	14—21.3	11—18.4	9—16.5
18—25.1	15—22.3	12—19.4	10—17.5
19—26.1	16—23.3	13—20.4	11—18.5

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.6	17—24.2	20—27.1
2	11—18.6	18—25.2	21—28.1
3	12—19.6	19—26.2	22—29.1
4	13—20.6	20—27.2	23—30.1
5	14—21.6	21—28.2	24—31.1
6	15—22.6	22—29.2	25.1—1.2
7	16—23.6	23.2—1.3	26.1—2.2
8	17—24.6	24.2—2.3	27.1—3.2
9	18—25.6	25.2—3.3	28.1—4.2
10	19—26.6	26.2—4.3	29.1—5.2
11	20—27.6	27.2—5.3	30.1—6.2
12	21—28.6	28.2—6.3	31.1—7.2
13	22—29.6	29.2—7.3	1—8.2
14	23—30.6	1—8.3	2—9.2
15	24.6—1.7	2—9.3	3—10.2
16	25.6—2.7	3—10.3	4—11.2
17	26.6—3.7	4—11.3	5—12.2
18	27.6—4.7	5—12.3	6—13.2
19	28.6—5.7	6—13.3	7—14.2
20	29.6—6.7	7—14.3	8—15.2
21	30.6—7.7	8—15.3	9—16.2
22	1—8.7	9—16.3	10—17.2
23	2—9.7	10—17.3	11—18.2
24	3—10.7	11—18.3	12—19.2
25	4—11.7	12—19.3	13—20.2
26	5—12.7	13—20.3	14—21.2
27	6—13.7	14—21.3	15—22.2
28	7—14.7	15—22.3	16—23.2
29	8—15.7	16—23.3	17—24.2
30	9—16.7	17—24.3	18—25.2

## Дата выхода на работу

Время родов

колхозницам

работницам  
и служащим

17—24.3	17—24.4	12—19.5
18—25.3	18—25.4	13—20.5
19—26.3	19—26.4	14—21.5
20—27.3	20—27.4	15—22.5
21—28.3	21—28.4	16—23.5
22—29.3	22—29.4	17—24.5
23—30.3	23—30.4	18—25.5
24—31.3	24.4—1.5	19—26.5
25.3—1.4	25.4—2.5	20—27.5
26.3—2.4	26.4—3.5	21—28.5
27.3—3.4	27.4—4.5	22—29.5
28.3—4.4	28.4—5.5	23—30.5
29.3—5.4	29.4—6.5	24—31.5
30.3—6.4	30.4—7.5	25.5—1.6
31.3—7.4	1—8.5	26.5—2.6
1—8.4	2—9.5	27.5—3.6
2—9.4	3—10.5	28.5—4.6
3—10.4	4—11.5	29.5—5.6
4—11.4	5—12.5	30.5—6.6
5—12.4	6—13.5	31.5—7.6
6—13.4	7—14.5	1—8.6
7—14.4	8—15.5	2—9.6
8—15.4	9—16.5	3—10.6
9—16.4	10—17.5	4—11.6
10—17.4	11—18.5	5—12.6
11—18.4	12—19.5	6—13.6
12—19.4	13—20.5	7—14.6
13—20.4	14—21.5	8—15.6
14—21.4	15—22.5	9—16.6
15—22.4	16—23.5	10—17.6

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	и служащим работницам
1	10—17.7	16—23.3	19—26.2
2	11—18.7	17—24.3	20—27.2
3	12—19.7	18—25.3	21—28.2
4	13—20.7	19—26.3	22.2—1.3
5	14—21.7	20—27.3	23.2—2.3
6	15—22.7	21—28.3	24.2—3.3
7	16—23.7	22—29.3	25.2—4.3
8	17—24.7	23—30.3	26.2—5.3
9	18—25.7	24—31.3	27.2—6.3
10	19—26.7	25.3—1.4	28.2—7.3
11	20—27.7	26.3—2.4	1—8.3
12	21—28.7	27.3—3.4	2—9.3
13	22—29.7	28.3—4.4	3—10.3
14	23—30.7	29.3—5.4	4—11.3
15	24—31.7	30.3—6.4	5—12.3
16	25.7—1.8	31.3—7.4	6—13.3
17	26.7—2.8	1—8.4	7—14.3
18	27.7—3.8	2—9.4	8—15.3
19	28.7—4.6	3—10.4	9—16.3
20	29.7—5.8	4—11.4	10—17.3
21	30.7—6.8	5—12.4	11—18.3
22	31.7—7.8	6—13.4	12—19.3
23	1—8.8	7—14.4	13—20.3
24	2—9.8	8—15.4	11—21.3
25	3—10.8	9—16.4	15—22.3
26	4—11.8	10—17.4	16—23.3
27	5—12.8	11—18.4	17—24.3
28	6—13.8	12—19.4	18—25.3
29	7—14.8	13—20.4	19—26.3
30	8—15.8	14—21.4	20—27.3
31	9—16.8	15—22.4	21—28.2

## Дата выхода на работу

Время родов

колхозницам

работницам  
и служащим

16--23.4	16--23.5	11--18.6
17--24.4	17--24.5	12--19.6
18--25.4	18--25.5	13--20.6
19--26.4	19--26.5	14--21.6
20--27.4	20--27.5	15--22.6
21--28.4	21--28.5	16--23.6
22--29.4	22--29.5	17--24.6
23--30.4	23--30.5	18--25.6
24.4--1.5	24--31.5	19--26.6
25.4--2.5	25.5--1.6	20--27.6
26.4--3.5	26.5--2.6	21--28.6
27.4--4.5	27.5--3.6	22--29.6
28.4--5.5	28.5--1.6	23--30.6
29.4--6.5	29.5--5.6	24.6--1.7
30.4--7.5	30.5--6.6	25.6--2.7
1--8.5	31.5--7.6	26.6--3.7
2--9.5	1--8.6	27.6--4.7
3--10.5	2--9.6	28.6--5.7
4--11.5	3--10.6	29.6--6.7
5--12.5	4--11.6	30.6--7.7
6--13.5	5--12.6	1--8.7
7--14.5	6--13.6	2--9.7
8--15.5	7--14.6	3--10.7
9--16.5	8--15.6	4--11.7
10--17.5	9--16.6	5--12.7
11--18.5	10--17.6	6--13.7
12--19.5	11--18.6	7--14.7
13--20.5	12--19.6	8--15.7
14--21.5	13--20.6	9--16.7
15--22.5	14--21.6	10--17.7
16--23.5	15--22.6	11--18.7

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.8	17—24.4	22—29.3
2	11—18.8	18—25.4	23—30.3
3	12—19.8	19—26.4	24—31.3
4	13—20.8	20—27.4	25.3—1.4
5	14—21.8	21—28.4	26.3—2.4
6	15—22.8	22—29.4	27.3—3.4
7	16—23.8	23—30.4	28.3—4.4
8	17—24.8	24.4—1.5	29.3—5.4
9	18—25.8	25.4—2.5	30.3—6.4
10	19—26.8	26.4—3.5	31.3—7.4
11	20—27.8	27.4—4.5	1—8.4
12	21—28.8	28.4—5.5	2—9.4
13	22—29.8	29.4—6.5	3—10.4
14	23—30.8	30.4—7.5	4—11.4
15	24—31.8	1—8.5	5—12.4
16	25.8—1.9	2—9.5	6—13.4
17	26.8—2.9	3—10.5	7—14.4
18	27.8—3.9	4—11.5	8—15.4
19	28.8—4.9	5—12.5	9—16.4
20	29.8—5.9	6—13.5	10—17.4
21	30.8—6.9	7—14.5	11—18.4
22	31.8—7.9	8—15.5	12—19.4
23	1—8.9	9—16.5	13—20.4
24	2—9.9	10—17.5	14—21.4
25	3—10.9	11—18.5	15—22.4
26	4—11.9	12—19.5	16—23.4
27	5—12.9	13—20.5	17—24.4
28	6—13.9	14—21.5	18—25.4
29	7—14.9	15—22.5	19—26.4
30	8—15.9	16—23.5	20—27.4
31	9—16.9	17—24.5	21—28.4



Время родов	Дата выхода на работу	
	колхозницам	работницам и служащим
17—24.5	17—24.6	12—19.7
18—25.5	18—25.6	13—20.7
19—26.5	19—26.6	14—21.7
20—27.5	20—27.6	15—22.7
21—28.5	21—28.6	16—23.7
22—29.5	22—29.6	17—24.7
23—30.5	23—30.6	18—25.7
24—31.5	24.6—1.7	19—26.7
25.5—1.6	25.6—2.7	20—27.7
26.5—2.6	26.6—3.7	21—28.7
27.5—3.6	27.6—4.7	22—29.7
28.5—4.6	28.6—5.7	23—30.7
29.5—5.6	29.6—6.7	24—31.7
30.5—6.6	30.6—7.7	25.7—1.8
31.5—7.6	1—8.7	26.7—2.8
1—8.6	2—9.7	27.7—3.8
2—9.6	3—10.7	28.7—4.8
3—10.6	4—11.7	29.7—5.8
4—11.6	5—12.7	30.7—6.8
5—12.6	6—13.7	31.7—7.8
6—13.6	7—14.7	1—8.8
7—14.6	8—15.7	2—9.8
8—15.6	9—16.7	3—10.8
9—16.6	10—17.7	4—11.8
10—17.6	11—18.7	5—12.8
11—18.6	12—19.7	6—13.8
12—19.6	13—20.7	7—14.8
13—20.6	14—21.7	8—15.8
14—21.6	15—22.7	9—16.8
15—22.6	16—23.7	10—17.8
16—23.6	17—24.7	11—18.8

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой
		колхозницам
1	10—17.9	17—24.5
2	11—18.9	18—25.5
3	12—19.9	19—26.5
4	13—20.9	20—27.5
5	14—21.9	21—28.5
6	15—22.9	22—29.5
7	16—23.9	23—30.5
8	17—24.9	24—31.5
9	18—25.9	25.5—1.6
10	19—26.9	26.5—2.6
11	20—27.9	27.5—3.6
12	21—28.9	28.5—4.6
13	22—29.9	29.5—5.6
14	23—30.9	30.5—6.6
15	24.9—1.10	31.5—7.6
16	25.9—2.10	1—8.6
17	26.9—3.10	2—9.6
18	27.9—4.10	3—10.6
19	28.9—5.10	4—11.6
20	29.9—6.10	5—12.6
21	30.9—7.10	6—13.6
22	1—8.10	7—14.6
23	2—9.10	8—15.6
24	3—10.10	9—16.6
25	4—11.10	10—17.6
26	5—12.10	11—18.6
27	6—13.10	12—19.6
28	7—14.10	13—20.6
29	8—15.10	14—21.6
30	9—16.10	15—22.6

# С Е Н Т Я Б Р Ъ

отпуск	Дата выхода на работу		
	Время родов	колхозницам	работницам и служащим
22—29.4	17—24.6	17—24.7	12—19.8
23—30.4	18—25.6	18—25.7	13—20.8
25.4—2.5	19—26.6	19—26.7	14—21.8
24.4—1.5	20—27.6	20—27.7	15—22.8
26.4—3.5	21—28.6	21—28.7	16—23.8
27.4—4.5	22—29.6	22—29.7	17—24.8
28.4—5.5	23—30.6	23—30.7	18—25.8
29.4—6.5	24.6—1.7	24—31.7	19—26.8
30.4—7.5	25.6—2.7	25.7—1.8	20—27.8
1—8.5	26.6—3.7	26.7—2.8	21—28.8
2—9.5	27.6—4.7	27.7—3.8	22—29.8
3—10.5	28.6—5.7	28.7—4.8	23—30.8
4—11.5	29.6—6.7	29.7—5.8	24—31.8
5—12.5	30.6—7.7	30.7—6.8	25.8—1.9
6—13.5	1—8.7	31.7—7.8	26.8—2.9
7—14.5	2—9.7	1—8.8	27.8—3.9
8—15.5	3—10.7	2—9.8	28.8—4.9
9—16.5	4—11.7	3—10.8	29.8—5.9
10—17.5	5—12.7	4—11.8	30.8—6.9
11—18.5	6—13.7	5—12.8	31.8—7.9
12—19.5	7—14.7	6—13.8	1—8.9
13—20.5	8—15.7	7—14.8	2—9.9
14—21.5	9—16.7	8—15.8	3—10.9
15—22.5	10—17.7	9—16.8	4—11.9
16—23.5	11—18.7	10—17.8	5—12.9
17—24.5	12—19.7	11—18.8	6—13.9
18—25.5	13—20.7	12—19.8	7—14.9
19—26.5	14—21.7	13—20.8	8—15.9
20—27.5	15—22.7	14—21.8	9—16.9
21—28.5	16—23.7	15—22.8	10—17.9

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.10	17—24.6	22—29.5
2	11—18.10	18—25.6	23—30.5
3	12—19.10	19—26.6	24—31.5
4	13—20.10	20—27.6	25.5—1.6
5	14—21.10	21—28.6	26.5—2.6
6	15—22.10	22—29.6	27.5—3.6
7	16—23.10	23—30.6	28.6—4.6
8	17—24.10	24.6—1.7	29.5—5.6
9	18—25.10	25.6—2.7	30.5—6.6
10	19—26.10	26.6—3.7	31.5—7.6
11	20—27.10	27.6—4.7	1—8.6
12	21—28.10	28.6—5.7	2—9.6
13	22—29.10	29.6—6.7	3—10.6
14	23—30.10	30.6—7.7	4—11.6
15	24—31.10	1—8.7	5—12.6
16	25.10—1.11	2—9.7	6—13.6
17	26.10—2.11	3—10.7	7—14.6
18	27.10—3.11	4—11.7	8—15.6
19	28.10—4.11	5—12.7	9—16.6
20	29.10—5.11	6—13.7	10—17.6
21	30.10—6.11	7—14.7	11—18.6
22	31.10—7.11	8—15.7	12—19.6
23	1—8.11	9—16.7	13—20.6
24	2—9.11	10—17.7	14—21.6
25	3—10.11	11—18.7	15—22.6
26	4—11.11	12—19.7	16—23.6
27	5—12.11	13—20.7	17—24.6
28	6—13.11	14—21.7	18—25.6
29	7—14.11	15—22.7	19—26.6
30	8—15.11	16—23.7	20—27.6
31	9—16.11	17—24.7	21—28.6

Время родов	Дата выхода на работу	
	колхозницам	работницам и служащим
17—24.7	17—24.8	11—18.9
18—25.7	18—25.8	12—19.9
19—26.7	19—26.8	13—20.9
20—27.7	20—27.8	14—21.9
21—28.7	21—28.8	15—22.9
22—29.7	22—29.8	16—23.9
23—30.7	23—30.8	17—24.9
24—31.7	24—31.8	18—25.9
25.7—1.8	25.8—1.9	19—26.9
26.7—2.8	26.8—2.9	20—27.9
27.7—3.8	27.8—3.9	21—28.9
28.7—4.8	28.8—4.9	22—29.9
29.7—5.8	29.8—5.9	23—30.9
30.7—6.8	30.8—6.9	24.9—1.10
31.7—7.8	31.8—7.9	25.9—2.10
1—8.8	1—8.9	26.9—3.10
2—9.8	2—9.9	27.9—4.10
3—10.8	3—10.9	28.9—5.10
4—11.8	4—11.9	29.9—6.10
5—12.8	5—12.9	30.9—7.10
6—13.8	6—13.9	1—8.10
7—14.8	7—14.9	2—9.10
8—15.8	8—15.9	3—10.10
9—16.8	9—16.9	4—11.10
10—17.8	10—17.9	5—12.10
11—18.8	11—18.9	6—13.10
12—19.8	13—20.9	7—14.10
13—20.8	12—19.9	8—15.10
14—21.8	14—21.9	9—16.10
15—22.8	15—22.9	10—17.10
16—23.8	16—23.9	11—18.10

Первый день последней менструации	Время возможного сызодостово- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.11	16—23.7	21—28.6
2	11—18.11	17—24.7	22—29.6
3	12—19.11	18—25.7	23—30.6
4	13—20.11	19—26.7	24.6—1.7
5	14—21.11	20—27.7	25.6—2.7
6	15—22.11	21—28.7	26.6—3.7
7	16—23.11	22—29.7	27.6—4.7
8	17—24.11	23—30.7	28.6—5.7
9	18—25.11	24—31.7	29.6—6.7
10	19—26.11	25.7—1.8	30.6—7.7
11	20—27.11	26.7—2.8	1—8.7
12	21—28.11	27.7—3.8	2—9.7
13	22—29.11	28.7—4.8	3—10.7
14	23—30.11	29.7—5.8	4—11.7
15	24.11—1.12	30.7—6.8	5—12.7
16	25.11—2.12	31.7—7.8	6—13.7
17	26.11—3.12	1—8.8	7—14.7
18	27.11—4.12	2—9.8	8—15.7
19	28.11—5.12	3—10.8	9—16.7
20	29.11—6.12	4—11.8	10—17.7
21	30.11—7.12	5—12.8	11—18.7
22	1—8.12	6—13.8	12—19.7
23	2—9.12	7—14.8	13—20.7
24	3—10.12	8—15.8	14—21.7
25	4—11.12	9—16.8	15—22.7
26	5—12.12	10—17.8	16—23.7
27	6—13.12	11—18.8	17—24.7
28	7—14.12	12—19.8	18—25.7
29	8—15.12	13—20.8	19—26.7
30	9—16.12	14—21.8	20—27.7

## Дата выхода на работу

Время родов

колхозницам

работницам  
и служащим

16—23.8	16—23.9	11—18.10
17—24.8	17—24.9	12—19.10
18—25.8	18—25.9	13—20.10
19—26.8	19—26.9	14—21.10
20—27.8	20—27.9	15—22.10
21—28.8	21—28.9	16—23.10
22—29.8	22—29.9	17—24.10
23—30.8	23—30.9	18—25.10
24—31.8	24.9—1.10	19—26.10
25.8—1.9	25.9—2.10	20—27.10
26.8—2.9	26.8—3.10	21—28.10
27.8—3.9	27.9—4.10	22—29.10
28.8—4.9	28.9—5.10	23—30.10
29.8—5.9	29.9—6.10	24—31.10
30.8—6.9	30.9—7.10	25.10—1.11
31.8—7.9	1—8.10	26.10—2.11
1—8.9	2—9.10	27.10—3.11
2—9.9	3—10.10	28.10—4.11
3—10.9	4—11.10	29.10—5.11
4—11.9	5—12.10	30.10—6.11
5—12.9	6—13.10	31.10—7.11
6—13.9	7—14.10	1—8.11
7—14.9	8—15.10	2—9.11
8—15.9	9—16.10	3—10.11
9—16.9	10—17.10	4—11.11
10—17.9	11—18.10	5—12.11
11—18.9	12—19.10	6—13.11
12—19.9	13—20.10	7—14.11
13—20.9	14—21.10	8—15.11
14—21.9	15—22.10	9—16.11

Первый день последней менструации	Время возможного оплодотво- рения	Дородовой отпуск	
		колхозницам	работницам и служащим
1	10—17.12	16—23.8	21—28.7
2	11—18.12	17—24.8	22—29.7
3	12—19.12	18—25.8	23—30.7
4	13—20.12	19—26.8	24—31.7
5	14—21.12	20—27.8	25.7—1.8
6	15—22.12	21—28.8	26.7—2.8
7	16—23.12	22—29.8	27.7—3.8
8	17—24.12	23—30.8	28.7—4.8
9	18—25.12	24—31.8	29.7—5.8
10	19—26.12	25.8—1.9	30.7—6.8
11	20—27.12	26.8—2.9	31.7—7.8
12	21—28.12	27.8—3.9	1—8.8
13	22—29.12	28.8—4.9	2—9.8
14	23—30.12	29.8—5.9	3—10.8
15	24—31.12	30.8—6.9	4—11.8
16	25.12—1.1	31.8—7.9	5—12.8
17	26.12—2.1	1—8.9	6—13.8
18	27.12—3.1	2—9.9	7—14.8
19	28.12—4.1	3—10.9	8—15.8
20	29.12—5.1	4—11.9	9—16.8
21	30.12—6.1	5—12.9	10—17.8
22	31.12—7.1	6—13.9	11—18.8
23	1—8.1	7—14.9	12—19.8
24	2—9.1	8—15.9	13—20.8
25	3—10.1	9—16.9	14—21.8
26	4—11.1	10—17.9	15—22.8
27	5—12.1	11—18.9	16—23.8
28	6—13.1	12—19.9	17—24.8
29	7—14.1	13—20.9	18—25.8
30	8—15.1	14—21.9	19—26.8
31	9—16.1	15—22.9	20—27.8



## Дата выхода на работу

Время родов

колхозницам

работницам  
и служащим

15—22.9	16—23.10	10—17.11
16—23.9	17—24.10	11—18.11
17—24.9	18—25.10	12—19.11
18—25.9	19—26.10	13—20.11
19—26.9	20—27.10	14—21.11
20—27.9	21—28.10	15—22.11
21—28.9	22—29.10	16—23.11
22—29.9	23—30.10	17—24.11
23—30.9	24—31.10	18—25.11
24.9—1.10	25.10—1.11	19—26.11
25.9—2.10	26.10—2.11	20—27.11
26.9—3.10	27.10—3.11	21—28.11
27.9—4.10	28.10—4.11	22—29.11
28.9—5.10	29.10—5.11	23—30.11
29.9—6.10	30.10—6.11	24.11—1.12
30.9—7.10	31.10—7.11	25.11—2.12
1—8.10	1—8.11	26.11—3.12
2—9.10	2—9.11	27.11—4.12
3—10.10	3—10.11	28.11—5.12
4—11.10	4—11.11	29.11—6.12
5—12.10	5—12.11	30.11—7.12
6—13.10	6—13.11	1—8.12
7—14.10	7—14.11	2—9.12
8—15.10	8—15.11	3—10.12
9—16.10	9—16.11	4—11.12
10—17.10	10—17.11	5—12.12
11—18.10	11—18.11	6—13.12
12—19.10	12—19.11	7—14.12
13—20.10	13—20.11	8—15.12
14—21.10	14—21.11	9—16.12
15—22.10	15—22.11	10—17.12

Кроме того, следует учитывать каждый конкретный случай течения беременности (нормальное или патологическое). Поэтому полученные с помощью календаря показатели должны подкрепляться данными исследования беременной.

При подсчете дородового отпуска и даты выхода на работу учитывалось, что работницам и служащим отпуск до родов и после родов предоставляется на 56 календарных дней, а колхозницам — на 30 дней до родов и после.

Общее собрание колхозников может вносить изменения в Устав сельскохозяйственной артели и увеличивать отпуск по беременности и родам женщинам — членам колхоза.

В случае ненормальных родов, а также рождения двух или более детей отпуск после родов увеличивается до 70 календарных дней.

---

## Гигиена беременности

Если для любого человека важно соблюдать правила гигиены, то тем более это относится к женщине в период беременности. Беременность — хотя и нормальное состояние, но в связи с ростом и развитием плода материнский организм несет большую нагрузку, и при неблагоприятных условиях беременность может нарушиться. Поэтому будущая мать должна тщательно и умело выполнять все гигиенические правила, касающиеся режима труда и отдыха, питания, супружеской жизни, одежды и т. д., которые обеспечат не только нормальное течение беременности, но и благополучный исход родов и рождение здорового ребенка.

### Режим труда и отдыха беременной

В первой половине беременности женщина может выполнять обычную, ежедневную работу как на производстве, так и дома. Однако нельзя переутомляться, чтобы не наступило истощение центральной нервной системы, не нарушился сон.

Тяжелый физический труд, переноска тяжестей, работа в горячих цехах на заводе, длительное охлаждение, работа, связанная с сильным сотрясением тела, — все это вредно для беременных. Противоположительно также ночная работа, что предусмотрено нашим кодексом законов о труде. Вредны недостаточная вентиляция в помещении, недостаток света, слишком высокая или низкая температура, неправильное положение тела, чрезмерные движения и т. п. При устранении этих условий работа во время беременности не запрещается.

После обычного дневного труда полезны отдых и сон в течение часа. Ночной сон должен продолжаться 8—9 часов. Очень полезна за час перед сном прогулка на свежем воздухе.

Чтобы сон был спокойным и наступил быстрее, следует устранить внешние раздражители — шум, свет. Не следует наедаться перед сном. Комнату, где спит беременная, нужно хорошо проветрить, температура в ней не должна превышать 18—19°. Во время бере

менности кофе, крепкий чай и алкогольные напитки строго запрещаются.

У беременной женщины повышена потребность в кислороде. Поэтому она ежедневно должна 2—3 часа проводить на свежем воздухе.

Большое значение имеет активный режим, который подготавливает организм беременной к физическим нагрузкам. Основные элементы активного режима — это физические упражнения в сочетании с естественными факторами природы (солнце, воздух, вода).

Многочисленные наблюдения показывают, что у женщин, постоянно занимающихся физкультурой, или хотя бы начавших заниматься ею в период беременности, плод развивается полноценно, и беременность протекает более благоприятно. Так, проф. С. А. Ягунов утверждает, что продолжительность родов у женщин, занимающихся гимнастикой, короче на 5—6 часов, меньше бывает осложнений в родовом акте, реже наблюдается слабость родовой деятельности и т. д. Полезны ежедневные прогулки, время которых постоянно увеличивается; однако нужно следить за тем, чтобы они не приносили переутомления. Беременным запрещаются спортивные состязания, которые требуют большого физического и морального напряжения, катание на коньках, лыжах, гребля, верховая и велосипедная езда. Передвижение на пароходе, по железной дороге при нормальной беременности разрешается почти до конца беременности.

Несомненно, что особенно полезное действие оказывают физические упражнения, если они применяются систематически и по плану: иначе вместо пользы они принесут вред. Во время беременности повышенные требования предъявляются к сердцу, так как в организм матери включается плацентарный круг кровообращения, требующий большого притока крови, а растущая матка, поднимая диафрагму, смещает сердце вверх. Поэтому уже при незначительном физическом напряжении у беременных нередко появляются одышка, учащение пульса, боли в области сердца и быстрая утомляемость. При правильно организованных физических упражнениях, когда нагрузка увеличивается постепенно, сердце успевает хорошо приспособиться к предъявляемым к нему требованиям; кровоснабжение сердечной мышцы и питание ее значительно улучшается. Хорошая деятельность сердечно-сосудистой системы в свою очередь способствует нормальной функции почек.

Систематические занятия физкультурой оказывают большое влияние и на органы дыхания — содействуют укреплению дыхательных мышц грудной клетки. Это особенно важно в последние месяцы беременности, когда ощущается большая потребность в кислороде. Словом, физические упражнения содействуют правильной жизнедеятельности всего организма беременной для подготовки ее к предстоящим родам.

Прежде чем приступить к физическим упражнениям, нужно обязательно показаться врачу женской консультации и выполнять упражнения под его контролем.

При ряде заболеваний во время беременности женщине запрещаются физические упражнения. К таким заболеваниям относятся: склонность к выкидышам и преждевременным родам, заболевания ис-

чени и желчных путей, кровотечение из половой сферы, расширение вен, стойкое повышение кровяного давления—гипертония, нарушение кровообращения при сердечно-сосудистых заболеваниях, туберкулез легких, малокровие, неправильное положение плода и др. Перед выполнением упражнений следует хорошо проветрить комнату. В теплое время года занятия следует проводить при открытой форточке или открытом окне. Костюм для занятий должен быть легким, удобным, не стесняющим движений. Лучше всего легкие трусики, нетугой лифчик и мягкие тапочки.

Физические упражнения рекомендуется проводить утром, после ночного отдыха, после утреннего туалета, опорожнения кишечника и мочевого пузыря. За 20—30 минут до начала гимнастики рекомендуется выпить стакан сладкого чая и съесть небольшой кусок черного хлеба с маслом.

Приводим комплекс наиболее употребительных физических упражнений для беременных (стр. 50—52).

После занятий следует обтираться полотенцем, смоченным теплой водой (34—36°), а в дальнейшем приучать себя постепенно к воде комнатной температуры. Сначала обтирают шею, затем плечи, руки, грудь, живот, спину и ноги и тотчас вытираются сухим полотенцем. Температура воздуха в комнате, где проводится обтирание, не должна быть ниже 20—22°, так как наилучший эффект от применения водной процедуры достигается тогда, когда она действует на теплую кожу. Нужна осторожность при обтирании области живота: вода, используемая для обтирания живота, должна быть достаточно теплой, не следует надавливать на живот. После упражнений полезно принимать душ. Температура воды должна быть не ниже 34—36 градусов.

В последние дни беременности женщина должна больше отдыхать, не делать утомительных прогулок, особенно вечером и в холодное время. Очень важно научиться руководить своим дыханием, так как это пригодится при родах. Поэтому беременной рекомендуется тренироваться глубоко вдыхать воздух и учиться дольше задерживать выдох.

Таким образом, твердо установленный режим дня, рациональное питание, закаливание, хорошие гигиенические условия, физические упражнения — вот средства, укрепляющие здоровье и повышающие защитные силы организма беременной.

### Гигиена жилища, одежды, обуви

Жилище со всей его обстановкой оказывает огромное влияние на нервную систему, на состояние здоровья, на настроение и работоспособность. А это особенно важно при беременности.

Жилище должно быть чистым, теплым, сухим, светлым, достаточно просторным, уютным и красивым. Проветривать комнату нужно по крайней мере три раза в день — утром во время уборки, днем, после обеда, и вечером, перед сном. Летом большую часть суток окна следует держать открытыми. Оконные стекла надо протирать раз в неделю, а летом мыть не реже раза в месяц. В жилых комнатах не следует заниматься работой, которая может загрязнить воздух и само помещение. Температура воздуха должна быть в пределах от 18 до

1. Исходное положение: стоя, ноги на ширине ступни, руки вдоль туловища. Выполнение: поднять руки через стороны вверх — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. Упражнение повторить 3 раза.



2. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Выполнение: наклонить корпус вправо — выдох, выпрямиться — вдох. То же самое проделать влево. Упражнение повторить 3—4 раза.



3. Исходное положение: сидя на полу, руки в упоре. Выполнение: отвести правую (левую) ногу вправо (влево) — вдох, соединить ноги вместе — выдох. Упражнение повторить 3—4 раза.



4 и 4а. Исходное положение: стоя у спинки стула, повернувшись к ней левым (правым) боком, левая (правая) рука опирается на спинку стула. Выполнение: поднять правую ногу вперед — вдох, опустить — выдох; отвести ее вправо назад — вдох, опустить — выдох. То же самое проделать левой ногой. Упражнение повторить 2—3 раза каждой ногой



## В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

5 и 5а. Исходное положение: сидя на полу, ноги разведены в стороны. Выполнение: развести руки с поворотом корпуса влево — вдох, наклониться к левой ноге — выдох; выпрямиться, руки в стороны — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. То же самое проделать в правую сторону. Упражнение повторить 2—3 раза в каждую сторону.



6 и 6а. Исходное положение: лежа на спине, руки под головой. Выполнение: согнуть ноги в коленях, притянуть колени к животу — вдох, вернуться в исходное положение — выдох.



7. Исходное положение: стоя на коленях, руки на поясе. Выполнение: отставить правую ногу вправо на носок — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. То же самое проделать левой ногой. Упражнение повторить 3—4 раза.



8. Исходное положение: стоя, повернувшись левым (правым) боком к спинке стула, опираясь на нее левой (правой) рукой. Выполнение: согнуть правую ногу в колене, отвести левую ногу назад до отказа. Принять положение глубокого выпада на правую ногу, сделать несколько пружинящих движений. Вернуться в исходное положение. То же самое проделать в другую сторону. Упражнение повторить 3—4 раза.





9. Исходное положение: стоя, повернувшись левым (правым) боком к спинке стула, опираясь на нее левой (правой) рукой. Выполнение: сгибая правую ногу в колене, поднять ее под прямым углом к туловищу, отвести колено в сторону с помощью правой руки; вернуться в исходное положение. То же самое проделать левой ногой. Дыхание произвольное. Упражнение повторить 3—4 раза каждой ногой



10 и 10а. Исходное положение: лежа на левом (правом) боку, левая (правая) рука под головой, правая (левая) вдоль туловища. Выполнение: правую ногу вытянуть вперед — вдох, вернуть в исходное положение — выдох; поднять правую ногу вверх — вдох, опустить — выдох; отвести правую ногу назад — вдох, вернуть в исходное положение — выдох. То же самое проделать левой ногой. Упражнение повторить 2—3 раза.



11 и 11а. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки вдоль туловища. Выполнение: имитация движений при езде на велосипеде. Дыхание произвольное.



20°. Не следует держать в комнате много вещей, в особенности мягких (ковров, доржек, занавесок и др.), так как они способствуют накоплению пыли, а следовательно, и микробов, и уменьшают полезный объем воздуха.

Пол в жилых комнатах не должен иметь щелей. Поверхность его должна быть покрашена. Такой пол легко поддерживать в чистоте что предупредит появление пыли. Не следует заносить в жилые комнаты верхнюю одежду.

Чистоту в комнате следует поддерживать путем ежедневной влажной уборки. Сухую уборку производить не рекомендуется, так как



пыль при этом поднимается в воздух, загрязняет его, а через некоторое время вновь оседает на вещи. Стены и потолок надо очищать регулярно. Одежда, белье, обувь должны храниться в шкафах. Верхнюю одежду необходимо систематически вытряхивать и проветривать на открытом воздухе.

Для того, чтобы поддерживать чистоту в кухне, необходимо иметь достаточный запас воды. Если в доме нет водопровода, нужно приобрести закрытый бак с краном, чтобы не пользоваться кружкой или ковшом, которые часто загрязняют воду. Для сбора пищевых отходов и мусора необходимы специальные ведра с крышками. В кухне не должна скопляться грязная посуда, привлекающая мух. Тщательно следует следить за чистотой уборной, иначе возможно распространение острозаразных кишечных заболеваний.

Одежду беременной следует шить из материала, плохо проводящего тепло, хорошо пропускающего воздух и в то же время легко моющегося. Материал должен хорошо предохранять организм от переохлаждения зимой и перегревания летом. Хорошая воздухопроводность материи необходима для своевременного удаления выделяемых кожей пота, углекислоты и других веществ.

Одежду нужно шить так, чтобы она не стесняла движений, не затрудняла дыхания и соответствовала времени года; точки опоры одежды беременной должна иметь на плечах, а не на талии, чтобы не стягивать живота, особенно во второй половине беременности. Юбку рекомендуется носить на бретельках. Очень важно для беременных носить лифчик; по мере увеличения молочных желез меняют его размер. Лифчик надо носить так, чтобы он не сдавливал, а высоко поднимал молочные железы и лишь слегка прижимал их, но и не затруднял дыхания. Лифчик следует часто менять и после стирки проглаживать горячим утюгом.

Охлаждение ног у беременной может быть причиной заболевания почек, поэтому следует носить теплые чулки. Лучше всего их укреплять на резинках, пристегивающихся к поясу или биндажу. Увеличенная матка с плодом во время беременности сдавливает сосуды, снабжающие кровью нижние конечности. Иногда стенки сосудов теряют эластичность, и у беременных может возникнуть расширение вен. По



*Лифчик и пояс  
с подвязками  
для беременной*



*Бандаж  
для беременной*

этому женщине нельзя пользоваться круглыми, опоясывающими резинками или подвязывать чулки тесемками, шнурками, которые сдавливают кровеносные сосуды и ухудшают нормальное кровообращение. Часто это приводит к отекам и к узловатым расширениям вен на ногах, которые остаются потом на всю жизнь.

Имеет значение и обувь, которая должна соответствовать форме ступни и не мешать ее движениям. неподходящая обувь вызывает деформацию пальцев и всей ступни, приводит к образованию мозолей. Тесная обувь нарушает кровообращение в ногах, а это может служить причиной обморожения. Обувь должна быть свободной, легкой и удобной, с невысокими каблуками. К концу беременности, чтобы сохранить равновесие, женщине приходится несколько прогибать спину, откидывать назад голову и верхнюю часть туловища. Обувь с высо-

кими каблуками мешает сохранить равновесие, вызывает излишнее напряжение мышц нижних конечностей и спины. Поэтому возможны нарушения равновесия и падения на живот, что очень опасно для матери и ребенка. Больше всего подходят легкие и достаточно просторные туфли на невысоком каблуке. Чем ближе к родам, тем труднее становится будущей матери сгибаться, поэтому лучше всего носить обувь без шнуровки, которую легко можно снимать и надевать, не наклоняясь.

Большое внимание нужно обратить на уход за брюшной стенкой беременных. Брюшная стенка, особенно у повторнородящих, сильно растягивается, иногда это растяжение остается после родов, способствуя запорам, а иногда слабость потуг во время родов может наступить из-за слабости брюшного пресса. Чтобы избежать этих явлений, следует, начиная с 5-го месяца беременности, носить бандаж. В отличие от пояса бандаж не сжимает, а поддерживает живот, благодаря чему сохраняется правильное положение матки. Чрезмерное растяжение брюшных стенок растущим плодом способствует отвисанию живота. Бандаж предохраняет мышцы брюшной стенки от перерастяжения. Он особенно необходим в тех случаях, когда брюшная стенка слабая, растянута предшествующими родами, особенно после родов двойнями или после многоводия и при отвислом животе. Поэтому при растяжении брюшной стенки бандаж надевают уже в первые месяцы беременности. Особенно важно носить бандаж полным женщинам. Бандаж можно купить в аптеке или сшить самой. Для этого требуется холст или парусина шириной в 35—40 см. Шьют бандаж по объему живота, по бокам делают выточки. Его следует делать на завязках или тесемках, чтобы по мере увеличения живота можно было изменять необходимую ширину, избегая чрезмерного затягивания.



*Надевание бандажа.*

Беременная надевает бандаж лежа, прямо на рубашку, а на ночь его снимает. Очень удобны бандажи, вязанные из ниток.

### **Личная гигиена**

**Уход за кожей.** Беременная женщина должна уделять большое внимание уходу за кожей. За сутки из организма человека выделяется до полулитра пота и от 15 до 50 г кожного сала. Смешиваясь с роговыми чешуйками, они покрывают поверхность тела влажным липким слоем, разлагаются и издают неприятный запах. Этот слой закрывает выводные протоки желез и мешает выходу вредных и ненужных организму веществ. Кроме того, кожа принимает участие в поддержании нормальной температуры тела и защищает организм от вредных воздействий внешней среды, от проникновения в него болезнетворных микробов. Поэтому понятно, что во время беременности необходимо особенно тщательно следить за чистотой кожи: мыться следует с мылом, так как кожное сало в воде без мыла не растворяется.

Утром беременной рекомендуется умываться до пояса водой комнатной температуры, а затем растираться жестким полотенцем. Это улучшает кровообращение, дыхание, укрепляет нервную систему и вызывает бодрое самочувствие. Перед сном, кроме рук и лица, следует вымыть и ноги.

Большое внимание беременная должна обращать на содержание в чистоте наружных половых органов. Дело в том, что во время беременности увеличиваются выделения из влагалища. Разлагаясь, они ведут к образованию опрелостей, появлению гнойничков и служат хорошей средой для микробов, которые во время родов могут попасть в матку и вызвать послеродовые заболевания. Поэтому утром и вечером — 2 раза в день — рекомендуется подмываться

теплой водой с мылом над тазиком. Не следует подмываться водой. налитой в таз, ибо при этом с самого начала подмывания вода за грязняется. Спринцевания во время беременности без назначения врача недопустимы.

Летом беременной полезно ежедневно принимать душ. В остальное время следует не реже раза в неделю мыться с мылом в ванне. После ванны нужно отдохнуть 20—30 минут. Париться беременной ни в коем случае нельзя. В последние 6—8 недель перед родами садиться в ванну нельзя, так как в половой канал могут попасть смывные воды, содержащие микробы.

Во время беременности у большинства женщин наблюдается повышенная потливость, ввиду чего белье загрязняется быстрее и его следует менять чаще (не реже раза в шесть дней) и постельное белье — не реже раза в десять дней. Перед сном дневное белье надо снимать и надевать ночное, просторное и удобное. Ночные рубашки лучше всего шить из льняных или хлопчатобумажных тканей. При стирке не следует крахмалить.

Беременная должна иметь отдельную постель. Слишком жесткие или слишком мягкие матрацы и тюфяки не способствуют полноценному отдыху. Лучше всего пользоваться пружинным матрацем или металлической сеткой, покрытой волосяным тюфяком. Матрац, подушку и одеяло необходимо тщательно проветривать на открытом воздухе не реже раза в 10—12 дней. Полезно спать при открытой форточке.

Беременные восприимчивы к заразным болезням, которые протекают у них тяжелее, чем обычно. Поэтому необходимо по возможности остерегаться всякого общения с заразными больными.

При появлении хотя бы незначительной головной боли надо немедленно обратиться к врачу женской консультации. Незначительное недомогание, насморк, боль или неловкость при глотании, повышение температуры указывают на серьезное для беременной заболевание.

Хронические заболевания (хронический аппендицит, заболевания шейки матки, влагалища, фурункулез и др.) могут во время беременности стать очагами болезнетворных микробов. Поэтому необходимо обратиться в женскую консультацию к врачу, чтобы своевременно начатым лечением предупредить дальнейшее развитие болезни.

**Подготовка молочных желез.** В период беременности молочные железы выделяют не молоко, а густую жидкость желтого цвета — молозиво. Капельки его оседают на коже соска, засыхают и образуют корочки, где поселяются микробы. Поэтому ежедневно по утрам беременная должна обмывать молочные железы водой комнатной температуры с мылом (детским), а затем вытирать их жестким полотенцем. Такое обмывание способствует огрублению кожи соска, обычно нежной и легко ранимой. Корочки нельзя отдирать, можно положить на них кусочек марли, смазанной чистым борным вазелином, после чего они легко отстанут.

Полезны также воздушные ванны, которые проводятся с 5—6-го месяца беременности один—два раза в день в течение 10 минут в комнате, лежа на кровати с открытой грудью.

Соски у женщин обычно выступают над поверхностью молочных желез. Такой сосок ребенок хорошо захватывает, и кормление протекает

кает нормально, но у некоторых женщин соски бывают плоскими и вытянутыми. При таких сосках кормить ребенка трудно, а иногда не возможно. В этих случаях рекомендуется ежедневно чистыми руками осторожно потягивать соски, захватив их двумя пальцами.

Чрезмерная сухость кожи сосков способствует образованию трещин, поэтому соски рекомендуется смазывать борным вазелином.

**Уход за полостью рта и зубами.** В начале беременности может наблюдаться катаральное воспаление десен, тогда необходимо свое временно обратиться в женскую консультацию для санации (оздоровления) рта; должен быть снят зубной камень, удалены негигиенические протезы, извлечены корни, запломбированы кариозные зубы, обновлены пломбы. Особенно тщательно следует следить за полостью рта, если у беременной наблюдается заболевание почек.

Как уже говорилось, плод потребляет кальций и фосфор, идущие на построение его скелета, из материнского организма. Если в пище беременной мало минеральных веществ, на построение скелета плода расходуются запасы кальция и фосфора самого организма матери. В результате зубы беременной беднеют кальцием, прочность их уменьшается, они расшатываются и выпадают. В поврежденных больных зубах задерживаются и разлагаются частички пищи. Гнездящиеся там микробы могут проникнуть во внутренние органы и вызвать тяжелые послеродовые заболевания. Поэтому беременная должна периодически проверять у зубного врача состояние полости рта и в случае необходимости лечить больные зубы. Понятно, что необходимо соблюдать не только режим питания, но и чистоту рта. Утром и перед сном зубы следует чистить щеткой с зубным порошком, а после еды полоскать рот теплой водой.

**Половая жизнь** во время беременности, как уже указывалось выше, должна быть сведена до минимума. Половое сношение вызывает резкий прилив крови к половым органам беременной, в результате плодное яйцо может отслоиться от стенки матки, возможны кровотечения и выкидыш. Поэтому в первые два месяца беременности, когда плодное яйцо еще слабо прикреплено к стенке матки, половые сношения запрещаются категорически. Также опасны половые сношения в последние два месяца беременности, так как может наступить раннее отхождение околоплодных вод и возникает опасность проникновения микробов в половые органы женщины. Все это способно привести к преждевременным родам и послеродовым заболеваниям. Половая жизнь безусловно запрещается во всех случаях угрожающего выкидыша и при заболеваниях, осложняющих беременность (туберкулезе, пороке сердца, кровотечениях и т. д.).

---

## **Заболевания, связанные с беременностью**

Как уже указывалось, во время беременности в организме женщины наступает значительная перестройка: меняются функции органов и систем, особенно нервной, желез внутренней секреции, а также свойства крови и обмен веществ. С этими явлениями будущая мать в подавляющем большинстве случаев справляется без осложнений. Но у некоторых женщин, если не принять соответствующих профилактических мер, беременность может стать причиной ряда заболеваний.

### **Токсикозы беременности**

Заболевания, которые возникают только во время беременности и проходят с окончанием родов, принято называть токсикозами беременности. От токсикозов нужно отличать заболевания, существовавшие до беременности, но протекавшие скрыто (туберкулез, порок сердца, заболевание печени и др.), которые при наступлении беременности начинают проявляться и могут вызвать глубокие нарушения в организме.

Токсикозы встречаются как в первой, так и во второй половине беременности.

При токсикозах первой половины обычно наблюдаются расстройства желудочно-кишечного характера, проявляющиеся чаще всего в виде слюноотделения, редкой или неукротимой рвоты. Эти явления встречаются главным образом у женщин с неуравновешенной нервной системы. У этих беременных отмечается повышенная чувствительность органов обоняния; их раздражает любой запах (пищи, папирос, плохо проветриваемого помещения и т. д.). Эти токсикозы начинаются с пятой—шестой недели беременности и продолжаются 11—12 недель.

В тяжелых случаях количество теряемой слюны может достигать до 1—1,5 л в сутки. Вытекающая слюна раздражает губы, кожу углов рта и подбородка. Слюнотечение вызывает бессонницу, действует на нервную систему больной. Больная должна быть помещена

на лечение в палату патологии беременных. Постельный режим, спокойная обстановка, лечение препаратами брома и кофеина дают хорошие результаты.

При частой рвоте беременная также должна обратиться в женскую консультацию и лечь в палату патологии беременных при родильном доме. Там она подвергнется строгому постельному режиму и медикаментозному лечению (бром, спазмолитические средства, хлористый кальций, глюкоза, переливание крови, витамины, питательные клизмы и др.). Если под влиянием ухода и примененной терапии рвота не прекращается и становится неукротимой, а состояние беременной ухудшается (количество мочи уменьшается, пульс учащается, вес резко падает, выраженная слабость и прочее), приходится прервать беременность, так как может наступить смерть вследствие истощения большой и дистрофии печени.

Если во время нормальной беременности режим питания имеет большое значение в профилактике осложнений беременности, особенно токсикозов, то при наступившем токсикозе рациональное питание — одно из крайне важных элементов лечения.

При токсикозах первой половины беременности (ранних токсикозах) необходимо придерживаться питания, рекомендованного для второй половины нормальной беременности, ограничив лишь углеводистые продукты (картофель, крупы).

Так как со рвотой организм теряет много солей, витаминов и воды, то эту потерю следует восполнять употреблением небольших порций селедочного паштета, отваров шиповника, дрожжевого паштетика, а также витаминных препаратов (поливитаминных драже, аскорбиновой кислоты, витамина В и особенно пиридоксина).

Пищу следует принимать частыми малыми порциями. Первый завтрак необходимо принимать в постели, до вставания.

Появлению токсикозов во второй половине беременности способствуют перенесенные тяжелые заболевания почек, печени, щитовидной железы, неправильное питание и несоблюдение при беременности диеты, переутомление и пр.

Поэтому если беременная женщина в прошлом перенесла заболевание печени или почек, то уже в первой половине беременности следует исключить из рациона супы и соусы на мясном и рыбном бульонах и заменить жареные блюда отварными и запеченными. Солить пищу следует очень умеренно, полностью избегать солений, копченостей.

Поздние токсикозы часто возникают у женщин, страдающих гипертонической болезнью.

Основные формы токсикозов второй половины беременности — водянка, нефропатия и эклампсия — представляют собой различные стадии одного и того же заболевания. Эти токсикозы, начавшись при беременности, могут наблюдаться и во время родов и в послеродовом периоде.

**Водянка (отек)** беременных не зависит от заболевания сердца или почек, а возникает на почве увеличенной проницаемости капилляров. Отеки развиваются чаще всего у первородящих, у женщин тучных, у которых обильно развита подкожная клетчатка. Отеки появ-

## Примерное меню на неделю

(бессолевая диета.)

Часы	Понедельник	Вторник	Среда
8 (1-й завтрак)	Масло сливоч. Каша рис. мол. Чай с мол.	Масло сливоч. Сырк. масса. Чай с мол.	Масло сливоч. Рыба отварн. с картоф. и сме- тан. соусом. Чай с мол.
12 (2-й завтрак)	Отварн. кукур. (консервы) с маслом	Салат овощн. со смет.	Винегрет со смет. (без сол. огурцов)
15 (Обед)	Щи из свеж. капусты, веге- тар. со смет. (0,5 тарелки). Мясо отварн. поджар. с от- варн. луком и вермишелью. Яб- локо печ.	Лапша молоч. (0,5 тарелки). Беф-строг. из вывар. мяса с карт. пюре. Ком- пот	Суп рис. с овоц. вегетар. (0,5 та- релки). Морков. яблочн. котлеты. Молочн. желе
17 (Полдник)	Отварн. шиповн.	Отварн. шиповн.	Отварн. шиповн.
18 (Ужин)	Манн. биточ. со сладк. под- ливк. Чай с мол. 1 стакан	Рис. пудинг с изюм. Чай с мол. 1 стакан	Картоф. зразы с мясом и от- варн. луком. Чай с мол. 1 стакан
22 (Перед сном)	Простокваша, кефир или ацидофилин		

ляются сначала на нижних конечностях, а затем в области половых органов, на животе, на спине. Лицо одутловатое. Могут развиваться скрытые отеки, которые устанавливаются лишь при взвешивании беременной. С начала четвертого месяца беременности вес женщины прибавляется на 450 г в неделю. В последнюю неделю (40-ю) беременности вес обычно не увеличивается, а даже иногда уменьшается на 1 кг. Если же в последние 2—3 месяца беременная прибавляет в весе более 400—450 г за неделю, следует предположить, что у нее развивается отек. Лечение — постельный режим, ограниченное употребление жидкости, молочно-растительная диета. Если после этого лечения отеки в течение нескольких дней не исчезают — лучше всего больной лечь в палату патологии беременных. Это необходимо сделать для того, чтобы предупредить переход водянки в нефропатию.

**Нефропатия** — это заболевание почек (от греческого слова «неф



**при нефропатии****хлеб белый)**

Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Масло слив. Греч. каша с масл. Чай с мол.	Масло сливоч. Макароны от- варн. с творо- гом. Чай с мол.	Масло сливоч. Каша гречн. с мол. Чай с мол.	Масло сл. Ви- негрет. Чай с мол.
Творожн. пу- динг со смет.	Морковн. кот- леты	Маннне биточ. со сладкой под- ливк.	Блин. с варен.
Борщ веге- тар. Блины с мясом. Ябло- ко или ягоды с сах	Суп овощн. ве- гетар. (0,5 та- релки). Мясо отварн. запечен. с рисом и зелен. горошком. Ком- пот	Суп картоф. с гречками (0,5 тарелки) Беф- строг. из вывар. мяса с морков. и карт. Кисель клюкв.	Суп перл. с овощ. вегет. Тефтели с карт. и зел. горошк. Яб- локо или яго- ды с сах.
Отв шиповн.	Отварн. шиповн.	Отварн. шиповн.	Отв. шиповн
Рагу из ово- щей. Чай 1 стакан	Голубцы с овощ. в сметан. соусе. Чай с мол. 1 стакан	Котлеты капу- стн. со смет. Чай с мол. 1 стакан	Крупенник со смет. Чай 1 стакан

**Простокваша, кефир или ацидофилин**

рон» — почка и «патос» — болезнь). При этом заболевании, помимо отеков, появляется белок в моче, иногда в осадке — форменные элементы, повышается артериальное давление. Беременная с нефропатией обязательно должна быть помещена в палату патологии при родильном доме и находиться там до полного излечения.

Основное лечение — постельный режим, покой и молочно-растительная диета. Подкожно вводится раствор сернокислой магнезии.

Чтобы не заболеть нефропатией, беременная должна избегать в последние месяцы обильной мясной и соленой пищи, чрезмерного употребления жидкости, охлаждения тела, длительного стояния на улице в холодную погоду. Особенно опасны при нефропатии инфекционные заболевания.

При недостаточном лечении нефропатия может перейти в преэклампсию. В этих случаях к высокому артериальному давлению (ги-

пертонии), отекам и наличию белка в моче присоединяются головная боль в лобных долях (нарушения мозгового кровообращения), расстройство зрения, боль в подложечной области, угнетенное состояние, рвота. При этой стадии позднего токсикоза возможны кровоизлияние в жизненно важные органы, преждевременная отслойка плаценты, внутриутробная смерть плода и другие осложнения, опасные для жизни матери и плода. В этих случаях необходимо немедленно поместить больную в родильный дом, где проводится соответствующее лечение: родоразрешение с помощью щадящих методов, введение глюкозы, витаминов, магниевых солей и пр.

Если своевременно не лечились предшествующие формы поздних токсикозов, преэклампсия может перейти в самую опасную стадию токсикоза — эклампсию (от греческого слова — «эклампейн» — воспаляться, возгораться).

Это заболевание сопровождается судорожными припадками. Судороги чаще возникают во время родов, реже — во время беременности, иногда у родильниц. Эклампсия бывает, главным образом, при первых родах — у чрезмерно полных женщин, у старых первородящих с возрастными изменениями сосудов, при многоплодной беременности и др.

Каждый припадок эклампсии опасен для жизни больной, он может привести к смерти вследствие кровоизлияний в мозг и отека легких. В настоящее время, в связи с хорошо поставленной системой профилактики и лечения (по методу В. В. Строганова), смертность женщин от эклампсии резко снизилась.

Чтобы избежать тяжелых последствий беременности, каждая женщина с самого начала беременности должна находиться под наблюдением женской консультации и строго выполнять советы врача.

При поздних токсикозах беременности количество поваренной соли в суточном рационе не должно превышать 5 г, а жидкости — 800 г. Пища должна содержать разнообразные витамины и высококачественные белки.

Весьма полезны также так называемые «разгрузочные» дни. Применять разгрузочные дни надо примерно один раз в неделю; при полноте и склонности к ожирению можно ими пользоваться и чаще, наблюдая при этом за весом. В течение суток выпивают 1—1,5 л компота, по 1 стакану через каждые 2 часа, или съедают 500—600 г творога со 100 г сметаны, разделенными на 6 порций и потребляемыми через каждые 2,5 часа; очищенные от кожуры и семенных коробочек зрелые яблоки в виде пюре с добавлением небольшого количества сахара или без сахара употребляются 5—6 раз в сутки по 300 г на прием. Если разгрузочный день переносится трудно, вызывает резкую слабость, можно добавить несколько сухарей или немного подсушенного хлеба. В разгрузочные дни беременной необходимо соблюдать полный покой и находиться на постельном или полупостельном режиме.

Нередко женщины, обладая после разгрузочного дня повышенным аппетитом, быстро восполняют потерянное и тем самым сводят к нулю результаты этого метода лечения. Поэтому после разгрузочного дня следует назначать и так называемый «полуразгрузочный» день.

то есть день потребления пищевого рациона в половинном размере.

При нефропатии беременная может пользоваться диетой, рекомендуемой для второй половины нормальной беременности, резко ограничив при этом употребление поваренной соли. Для этих больных лучше всего готовить пищу без соли, назначать бессолевой хлеб и ежедневно на стол ставить 2—3 г соли (неполную чайную ложку) для прибавления ее к пище во время еды. Находящаяся при этом на поверхности соль придает пище больше вкуса, чем добавленная в таком же небольшом количестве в процессе приготовления.

Целесообразно ограничить в рационе количество углеводов и жиров. Ограничивать белки в диете не следует, так как женщина теряет при токсикозах, особенно при нефропатии, значительное количество белка. В связи с этим рекомендуется дополнительно принимать пищевые прессованные дрожжи в количестве 80—100 г, или сухие дрожжи (до 10 г в день), обеспечивая этим также получение витаминов группы В. Очень важно в этих случаях увеличить потребление свежих овощей, фруктов, ягод, особенно черной смородины, содержащих витамин С, который обладает антитоксическим действием.

### Несовместимость крови в организмах матери и плода

В акушерской практике известны случаи, когда тотчас после родов у новорожденного наступали отек тканей, малокровие и желтуха, с катастрофической быстротой приводившие ребенка к гибели.

Лишь в 1940 году удалось пролить свет на происхождение этого заболевания у новорожденных. В крови человека было найдено особое вещество, названное «резус-фактор» (это вещество впервые было найдено в крови у обезьян типа макакус-резус).

Как было выяснено, кровь почти 85% людей содержит «резус-фактор». У 15% людей кровь «резус-отрицательна». Если этим людям переливать кровь, в которой содержится «резус-фактор», то у них может наступить разрушение кровяных телец (эритроцитов) и в результате — смерть.

Разрушение — растворение эритроцитов (гемолиз) может также наступить у внутриутробного плода и новорожденного, если кровь беременной женщины не содержит «резус-фактор», а кровь отца содержит. Но даже в этом случае гемолитическая болезнь наступает не всегда. Особенно благополучна в этом отношении первая беременность, поэтому первобеременные, особенно носители «резус-отрицательной» крови, должны тщательно оберегать свою первую беременность.

В настоящее время наука располагает методами, позволяющими своевременно распознать гемолитическую болезнь плода и новорожденного и успешно предупредить тяжелые последствия ее. Эффективный способ борьбы с этим заболеванием — так называемое «обменное» переливание крови. Почти вся кровь новорожденного заменяется кровью донора, и быстро наступает выздоровление.

Лабораторным путем очень точно определяется наличие «резус-фактора» или отсутствие его в крови беременной.

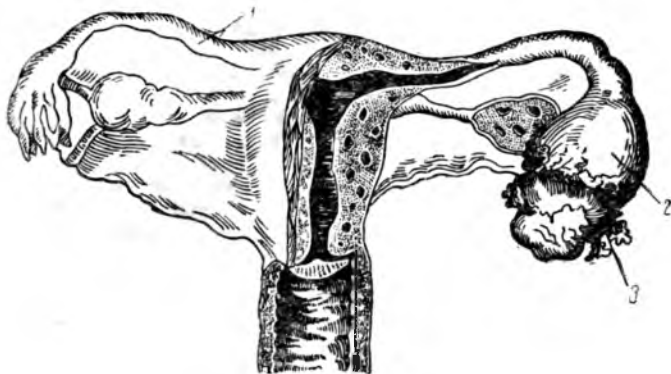
Поэтому каждая беременная женщина должна с первых недель беременности подвергнуться обследованию крови. В случае наличия у беременной «резус-отрицательной» крови, необходимо своевременно провести профилактику, рекомендуемую врачами женской консультации.

### Внематочная (несвоеместная) беременность

Это тяжелое заболевание наступает вследствие того, что привитие (имплантация) и дальнейшее развитие оплодотворенного яйца происходит вне матки, причем наиболее часто (98,5%) — в фаллопиевой трубе, очень редко — в брюшной полости или в яичнике.

Всякая задержка оплодотворенного яйца в продвижении по трубе может сопровождаться развитием трубной беременности. Такая задержка может быть вызвана недоразвитием либо воспалительными изменениями внутреннего покрова трубы. Поэтому внематочная (трубная) беременность чаще всего развивается после осложненного аборта, а также после внутриматочных инъекций йода с целью плодизгнания. Внематочная беременность может наступить при гонорройном заболевании половых органов, когда возникает слипчивое воспаление слизистой оболочки матки, брюшины и труб, образуются перегибы труб, суживаются просветы их.

При внедрении оплодотворенного яйца в слизистую оболочку матки ворсинки наружной оболочки яйца (трофобласт) как бы прогрызают стенку материнских кровеносных сосудов и врастают в самый просвет этих сосудов. Так же погружается оплодотворенная яйцеклетка в подлежащие ткани трубы, но поскольку стенки трубы тонкие и не могут расширяться, как матка, то ворсинки быстро проедают их



#### Внематочная беременность:

- 1 — фаллопиева труба (нормальная); 2 — трубная беременность.  
3 — выкидыш плодного яйца.

С ростом оплодотворенного яйца стенки труб растягиваются, истончаются, разрыхляются, и труба разрывается. При этом происходит обильное кровотечение в брюшную полость.

В большинстве случаев внематочная беременность прерывается на 5—8-й неделе.

Чаще всего яйцо, погибая в трубе, вместе со сгустками крови отслаивается от ее стенок и выскальзывает в брюшную полость — наступает трубный выкидыш. В этом случае также возникает кровотечение в брюшную полость; оно менее обильно, но более продолжительно, чем при разрыве трубы.

Таким образом, разрыв трубы и трубный выкидыш сопровождаются внутренним кровотечением в брюшную полость, и в этом главная опасность внематочной беременности.

При внематочной беременности обычно наблюдаются задержка менструации (иногда даже 1—2 дня). Приступообразные (схваткообразные) боли в нижней части живота (иногда несколько раз в день), преимущественно на стороне трубы, где развивается внематочная беременность. Боли иногда сопровождаются обморочным состоянием, тошнотой или даже рвотой. Нередко боли отдают в область заднего прохода. При разрыве трубы боли возникают внезапно, остро и носят «режущий» характер. Разрыв трубы обычно сопровождается тяжелым шоком: обморок с потерей сознания, частый слабый пульс, резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, конечности, уши, нос холодеют, брюшная стенка напряжена, живот болезненный, дыхание поверхностное. Выделения из половых путей темные, кровянистые, скудные.

Единственное лечение, которое может спасти женщину от опасности — это вовремя сделанная операция. Все формы внематочной беременности требуют безотлагательного хирургического вмешательства, задача которого — остановка кровотечения и удаление плодного яйца вместе с трубой. В подавляющем большинстве случаев операция кончается благополучно.

Каждая женщина, у которой наступило нарушение менструального цикла (при наличии признаков беременности) и появились боли в нижней части живота, должна немедленно обратиться в женскую консультацию.

## Р о д ы

К концу беременности организм женщины готовится к наступлению родов.

Если в начале беременности усиленно вырабатывается гормон желтого тела (прогестерон), который снижает возбудимость матки, что очень важно для сохранения беременности, то в конце беременности количество этого гормона резко уменьшается. В то же время значительно увеличивается количество циркулирующего в крови фолликулярного гормона, который повышает возбудимость и чувствительность мышцы матки ко всяким раздражителям. В конце беременности в материнском организме усиленно образуются вещества, возбуждающие сократительную способность матки. Кроме того, сократительная способность матки увеличивается под влиянием и других причин — химических, механических и др. Все раздражения, передаваемые в кору головного мозга, служат сигналами того, что происходит в матке, но эти возбуждения задерживаются корой головного мозга до определенной поры. В последние дни беременности сдерживающее влияние коры головного мозга временно прекращается, в связи с чем матка, «готовая» к родам, получает необходимый «толчок» к развязке и начинает ритмически сокращаться (схватки) — наступают роды.

В последние две—три недели беременности дно матки отклоняется вперед, предлежащая часть плода глубже прилегает ко входу в таз. Благодаря чему живот опускается и дыхание становится более свободным. Движения плода становятся более медленными, и беременная ощущает толчки реже. Матка становится легко возбудимой и сокращается при малейшем раздражении. Но эти схватки не регулярны и бывают настолько слабыми, что не ощущаются. Иногда сокращения матки усиливаются, но потом прекращаются, иногда же, постепенно усиливаясь, они переходят в настоящие родовые схватки.

Во многих случаях роды начинаются внезапно, без каких-либо ощутимых для беременной предвестников. За 2—3 дня до родов отмечается падение веса. В это время женщина нередко легко раздражает

ся, быстрее утомляется, у нее часто меняется настроение. Момент наступления родов точно установить трудно. Характерный признак близких родов — появление из влагалища густой, тягучей слизи. Предродовые схватки повторяются регулярно, через каждые 15—20 минут. Если положить руку на живот роженицы, то можно почувствовать, как мягкая стенка матки постепенно уплотняется, твердеет, становится напряженной; у женщин с тонкой брюшной стенкой даже на глаз видно, как выделяются контуры матки. Через некоторое время стенки матки вновь расслабляются, наступает состояние покоя.

Все указанные признаки близких родов появляются не сразу. Иногда и околоплодные воды отходят при мало ощутимых схватках. Поэтому при появлении какого-либо из указанных признаков беременная должна немедленно отправиться в родильный дом.

В родильном доме создаются все условия для благополучного течения родов и послеродового периода.

Чтобы обезопасить роженицу от возможного заражения, в родильном доме устраиваются два отделения, изолированные друг от друга; первое — для здоровых и второе — для больных рожениц. На такие же два отделения разбито и помещение для новорожденных. Время от времени во всем родильном доме проводятся генеральная уборка и общая дезинфекция.

Медицинский персонал работает в стерильных масках, новорожденных завертывают в стерильные пеленки. Само собой разумеется, что в домашних условиях все эти санитарно-гигиенические мероприятия не могут быть выполнены, поэтому роды на дому недопустимы. Многочисленные исследования врачей показали, что роды, проведенные дома, чаще всего протекают с осложнениями, а иногда приводят к заболеванию матери и ребенка.

Отправляясь в родильный дом, женщина должна иметь при себе карточку беременной, выданную консультацией, по которой врач или акушерка, ведущие роды, могут познакомиться с течением беременности.

В передней (вестибюле) родильного дома женщина оставляет верхнюю одежду. В приемной роженице измеряют температуру и производят общий наружный осмотр. Здоровую роженицу с нормальной температурой направляют в первое отделение, роженицы с повышенной температурой, у которых обнаружены признаки инфекционного заболевания, — во второе отделение. Следует помнить, что безобидное инфекционное заболевание роженицы может стать рассадником инфекции во всем родильном доме.

Оставив в приемной платье, обувь и белье, роженица направляется в смотровую. Там ее подвергают специальному обследованию: измеряют таз, определяют положение плода, измеряют кровяное давление и т. д. На каждую женщину составляется «история родов», куда в дальнейшем записываются все сведения о течении родов и послеродового периода. Затем роженица направляется в санпропускник, где ей с помощью клизмы очищают кишечник (если кишечник пуст, роды проходят быстрее и легче). Затем роженицу моют под душем теплой водой с мылом и мочалкой, причем особое внимание обращается на

обмывание ног, живота и бедер. Для каждой роженицы существует стерилизованный индивидуальный пакет: в нем содержатся мочалка для обмывания тела, мочалка для обмывания и полотенце для обтирания наружных половых органов, а также широкие рейтузы, которые надеваются после окончательной санобработки.

Волосы на лобке и наружных половых органах сбривают, в крайнем случае коротко обрезают ножницами (выбрита кожа лучше поддается дезинфекции). Надев белье родильного дома, роженица переходит в предродовую комнату, где ее осматривает врач или акушерка а затем в родовой зал.

При появлении родовых схваток беременная, особенно первородящая, бывает очень взволнованна: беспокойство за благоприятный исход родов создает тревожное настроение.

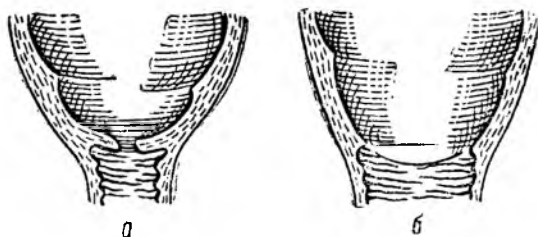
Боязнь и волнение возникают часто оттого, что женщина не знает, как протекают роды, поэтому даже небольшая схватка пугает ее. А ведь от поведения женщины во многом зависит и течение родов. Если женщина ведет себя спокойно, уверенно, роды протекают быстро и абсолютно нормально.

Роды принято делить на три периода: период раскрытия, период изгнания и послеродовой период.

Период раскрытия начинается от первых схваток и продолжается до полного раскрытия шейки матки. Это происходит в результате сокращения матки (схваток). Женщина ощущает сжатие, сдавливание внизу живота и в пояснице.

Схватки следуют одна за другой с небольшими промежутками и обычно не прекращаются до полного завершения родов. Вначале они короткие (20—30 секунд), но по мере развития родов становятся все более продолжительными, доходя до 1—1,5 минуты в конце родов. Кроме того, увеличивается сила и частота схваток. Промежутки между схватками, составляющие вначале родов 15—20 минут, затем сокращаются до 3—4 минут. Общее количество схваток во время родов колеблется от 100 до 200. Если схватки регулярны и достаточно интенсивны, значит роды протекают нормально.

Во время каждой схватки продольно идущие мышечные волокна матки оттягиваются вверх, а шейка в это время расширяется, раскры-



*Плодный пузырь:*

а — в начале раскрытия шейки матки; б — в период раскрытия шейки матки.





*Положение головки  
плода в тазу  
в период раскрытия*

вается и сглаживается настолько, что через нее может пройти головка плода.

Плодный пузырь, наполненный околоплодными водами, во время схваток вдавливается в канал шейки и постепенно расширяет его. Шейка матки делается тонкой и постепенно раскрывается. Эластичная шейка растягивается медленно, поэтому период раскрытия — самый длительный период родов. Он продолжается у первородящих 15—18 часов, а у повторнородящих — 10—12 часов. Следует указать, что у первородящих сначала раскрывается внутренний зев,

происходит сглаживание шейки, а затем начинает раскрываться наружный маточный зев. У повторнородящих раскрытие внутреннего зева, сглаживание шейки и раскрытие наружного маточного зева происходит одновременно.

К моменту полного раскрытия шейки матки яйцевые оболочки, испытывающие под влиянием сокращений матки большое давление, разрываются и при этом изливаются так называемые передние воды, то есть часть околоплодных вод, которая находится впереди головки. На этом заканчивается первый период родов. Обычно к этому времени головка плода стоит уже низко в тазу, и после непродолжительного покоя сокращения матки вновь возобновляются, и с этого момента начинается второй период — период изгнания.

В течение всего периода родов женский организм выполняет большую физическую работу, требующую расходования значительного количества энергии. Поэтому в перерывах между схватками роженица должна подкрепляться высококалорийной, легко усваиваемой и необъемистой пищей (молочно-растительные продукты, фруктовый сок, кисель, шоколад и т. д.). Особенно полезен для нее сахар, так как он способствует сокращению мышц. При слабости родовой деятельности его применяют как терапевтическое средство.



*Нервные связи  
плодного яйца  
с центральной  
нервной системой*

Для того, чтобы роды протекали нормально, рожаящей женщине надо сохранять силы и бодрость. Страх, волнения угнетают деятельность центральной нервной системы, и она уже не может тормозить сигналы, направляющиеся в сознание из внутренних органов; могут появиться ощущения боли. При бодром и радостном настроении кора полушарий головного мозга противодействует проникновению в сознание болевых ощущений.

Роженице важно настроить себя так, чтобы помогать родовой деятельности, а не мешать ей. Для этого следует помнить, что роды — не заболевание, а нормальный для женского организма процесс. Нужно оставаться бодрой, активной, не тратить сил на бесполезный страх, а активно участвовать в родах; тогда они завершаются быстро и безболезненно.

В чем же должна проявляться активность роженицы в течение родового акта? В самом начале родов от нее не требуется никаких приемов, за исключением точного выполнения психогигиенического режима (сохранение бодрости).

В дальнейшем, когда схватки учащаются и станут более продолжительными, роженице необходимо во время схваток дышать как можно глубже. В течение одной схватки нужно делать 2—3 вдоха и выдоха. Вдох делать носом, выдох — ртом. Вдох должен производиться медленно, а выдох быстрее. Когда схватка кончится, надо дышать как обычно. Глубокое дыхание увеличивает вентиляцию легких, что осо-



*Первый прием  
обезболивания родов  
по психопрофилактиче-  
скому методу.*

Вверху — исходное положение рук; внизу — руки во время входа скользят от средней линии.





*Второй прием  
обезболивания родов по  
психопрофилактическому  
методу.*

Прижатие пальцами рук  
остей подвздошных костей.



*Третий прием  
обезболивания родов по  
психопрофилактическому  
методу.*

Придавливание во время  
вдоха поясницы кулаками.

бенно важно для роженицы, так как из-за высокого стояния диафрагмы дыхательные экскурсии легких у нее понижены и доставка кислорода уменьшена. Глубокое дыхание во время схватки крайне важно не только для самой роженицы, но и для плода.

Во время схватки следует также поглаживать кожу нижней половины живота. Двумя руками, сложенными вместе так, чтобы кончики пальцев обеих рук соприкасались и находились под прямым углом к средней линии живота, непосредственно над лобком, производится легкое нежное поглаживание от средней линии живота кнаружи и по боковой поверхности живота. Поглаживание сочетается с глубоким вдохом; при выдохе руки не касаются кожи живота, а направляются по воздуху в исходное положение. Движения эти следует выполнять плавно, легко.

Если роженица утомлена, беспокойна, то вместо поглаживания она может массировать или растирать поясничную область ладонями. Концы пальцев обращены к позвоночнику. Растирание производится в пояснично-крестцовой области, вниз, по направлению к ягодицам. При движении ладоней по коже вниз делают вдох, при возвратном движении вверх — выдох. Массаж указанных участков кожи имеет большое значение, так как в коже пояснично-крестцовой области располагаются внутрикожные нервные окончания, которые связаны с женским половым аппаратом, в частности с маткой.



*Четвертый прием обезболивания родов  
по психопрофилактическому методу.*

Отрывистый массаж поясницы.

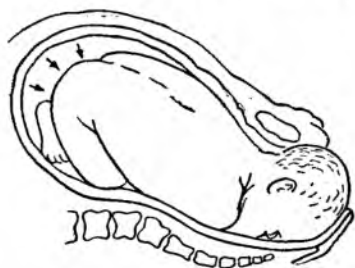
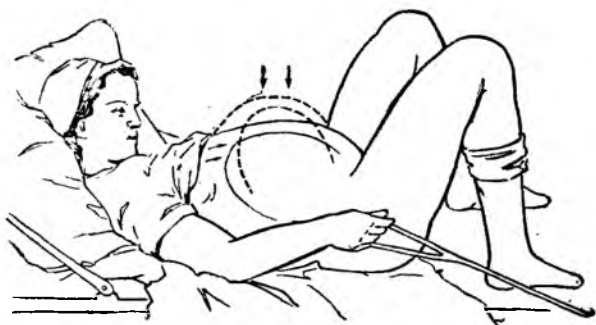
Если после применения этих приемов роженицу больше не беспокоит напряженность брюшной стенки и поясницы во время схваток, то необязательно переходить к последующим приемам. Если же в конце периода раскрытия, когда схватки начинают повторяться через 1,5—2 минуты, возникают тягостные ощущения, роженице следует использовать и другие приемы. Так, следует прижимать костные точки тазовых костей. Большими пальцами рук прижимаются костные выступы передневерхних остей подвздошных костей.

Наконец, последний прием, который выполняет роженица, заключается в том, что руками, сжатыми в кулаки, прижимаются боковые углы крестцовой кости. Кулаки надо расположить параллельно позвоночному столбу слева и справа от него на уровне крестца.

В паузе между схватками роженице следует отдыхать.

Итак, в период раскрытия матка совершает огромную работу: расширяет и раскрывает узкий шейный канал, превращая его в тонкостенную широкую выходную трубку, диаметр которой становится достаточным для прохождения плода. При нормальном течении родов, как только произойдет полное раскрытие зева, оболочки плодного пузыря разрываются, и околоплодные воды изливаются наружу. Вслед за отхождением вод интенсивные схватки сменяются на некоторое время затишьем. После этого схватки возрастают с удвоенной силой, но теперь они носят уже иной характер. К сокращениям мышцы матки присоединяется одновременное сокращение мышц брюшного пресса. Появляются потуги (ощущения, как при натуживании в момент испражнения). С этого момента наступает второй период родов.

**Период изгнания** Как только наступают потуги, роженицу переводят в родовую комнату. Потуги свидетельствуют о том, что плод правильно продвигается по родовому каналу и надавливает на прямую кишку.



*Положение  
роженицы  
и плода  
во время  
потуг.*

У первородящих период изгнания продолжается в среднем полтора—два часа, а у повторнородящих — от получаса до одного часа. Этот период также протекает последовательно. Под влиянием схваток и потуг головка плода опускается, достигает тазового дна, а потом нижнего отдела влагалища и продвигается к выходу из родового канала. Во время потуг головка плода то показывается из половой щели, то вновь скрывается. Наконец, через некоторое время головка плода после потуги уже не уходит обратно и полностью рождается. Еще одна или две потуги — и за головкой легко рождаются плечики и за ними все туловище плода (обычно в одну потугу).

Одновременно с рождением плода изливается большое количество оставшихся после разрыва пузыря задних вод. Рождением плода заканчивается второй период родов.

Во время потуг роженица должна быть особенно дисциплинированной и точно выполнять указания врача или акушерки. Роженица лежит на спине. Плечи приподняты, ноги согнуты в коленях и упираются стопами в кровать, бедра широко разведены, руками роженица держится за борта родильной кровати или за привязанные к ним лямки («вожжи»). Под таз роженице подкладывается полужесткий валик. При таком положении во время потуг используется сила не только брюшного пресса, но и мышц туловища, конечностей и даже шеи.

Потуга проводится следующим образом: к началу схватки, когда появится позыв на потугу, роженица делает глубокий вдох и задерживает дыхание. Наполненные воздухом легкие давят на диафрагму, которая опускается ниже и вызывает повышение внутрибрюшного давления, передающегося на матку. Роженица захватывает руками «вожжи», тянет их на себя и, упираясь пятками в кровать, напрягает шейные мышцы, приподнимая голову и прижимая подбородок к груди. Рот при этом закрыт, глаза открыты. Когда роженица не может больше задерживать дыхание, она спокойно делает выдох, тут же вновь производит глубокий вдох и, задерживая дыхание, продолжает потугу как и в первый раз.

В промежутках между потугами роженица свободно дышит, расслабляет мышцы ног, кладет руки на грудь или производит ими легкие движения, чтобы восстановить нарушенное кровообращение. Если роженица тужится неправильно, рывками, непродолжительно или вне схваток, то такие потуги неэффективны. Если же потуга во время схватки длительна и правильно выполняется, тогда плод следует своему механизму изгнания.

После рождения большей части головки потуги следует прекратить. Роженица освобождает руки от «вожжей», снимает их с краев кровати, за которые она держалась, и свободно кладет руки так чтобы за бортом кровати свисали кисти, после чего начинает редко свободно и очень глубоко дышать. Расслабление рук и спокойное дыхание способствуют расслаблению мышц брюшной стенки, что весьма важно в момент, когда акушерка, защищая промежность, постепенно выводит головку из половой щели.

После выведения головки роженице предлагают еще раз потужиться, чтобы родились плечики. Остальное туловище рождается уже без всякого напряжения со стороны роженицы. Таким образом, все родовые усилия нужны только для рождения головки.

Приняв родившегося ребенка, акушерка прежде всего очищает у него рот и нос от слизи, затем перевязывает стерильной тесьмой пуповину, пересекает ее, завертывает ребенка в теплые стерильные пеленки. Ребенка измеряют, взвешивают, регистрируют; на руку ему надевается клеенчатая браслетка. На ней отмечают пол новорожденного, фамилия, имя матери, номер истории родов, номер детской кроватки. После этого ребенок переносится в палату для новорожденных.

С рождением младенца начинается последовый период — один из самых ответственных в родовой деятельности. Часто уже через несколько минут после рождения плода вновь возобновляются схватки, но уже значительно слабее. Они вызывают отделение последа. При этом вскрываются маточно-плацентарные сосуды и наступает небольшая кровопотеря, не превышающая 200 мл крови (1 стакан). Вслед за детским местом отделяются оболочки. Сокращения матки изгоняют детское место в ее расширенную выходную трубку. Затем одной—двумя потугами рождается послед с оболочками.

Сразу после рождения последа мышца матки сокращается так что стенки ее становятся плотными. Тело матки сразу опускается, а дно располагается по средней линии между доном и пупком.

Роженица не должна притрагиваться к животу и ни в коем случае не надавливать на матку, в которой находится послед, так как это может нарушить ритм сокращений матки и затруднит отделение последа.

Выделившийся послед тщательно осматривается акушеркой, так как задержка его частей в матке может неблагоприятно отразиться на здоровье матери в послеродовом периоде. После этого осматриваются наружные половые органы, промежность и влагалище роженицы. При правильном поведении роженицы во время родов разрывы происходят очень редко, но уж если они появились, то на всякую даже незначительную трещину накладывается шов. Эта операция производится под местным обезболиванием, поэтому она совершенно безболезненна. Необходимо же это для того, чтобы избежать возможной инфекции.

Продолжительное физическое напряжение, потеря тепла, связанная с рождением ребенка и последа, вызывают у матери озноб. Поэтому роженицу тепло укрывают, дают ей сладкий горячий чай, кофе и создают полный покой.

С рождением последа заканчиваются роды и наступает послеродовой период.

Так как в течение первых двух часов после родов может наступить расслабление мышц матки, то на это время роженица оставляется в родильной комнате. После этого ее переводят в послеродовую палату.

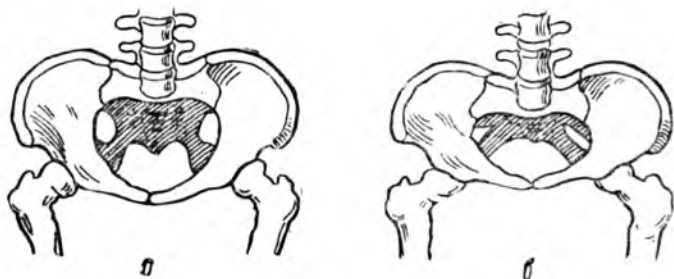
### Осложнения при родах

**Узкий таз.** Одна из наиболее частых причин осложнений во время родов — неправильное строение таза. Так как женский таз состоит из нескольких костей, образующих как бы кольцо, через которое и должна пройти головка плода, то даже небольшое отклонение от нормальных размеров создает препятствие в родах. Это кольцо может быть сужено по направлению спереди назад или с боков (узкий плоский таз и т. п.). Однако важно подчеркнуть, что даже суженный, неправильной формы таз может не служить препятствием для нормального течения родов, если величина головки будет соответствовать емкости таза. В то же время нормальный таз может оказаться узким для слишком большой головки.

Сужение таза может произойти в результате перенесенного рахита инфекционных заболеваний, тяжелого физического труда в детстве.

Влияние узкого таза начинает сказываться уже к концу беременности: матка с плодом не уместается в брюшной полости, так как головка плода не вставляется во вход в таз, поэтому живот становится остроконечным. Ввиду того, что вход в таз свободен и не прикрыт лежащей головкой, околоплодные воды отходят часто преждевременно, что может привести к внутриутробной гибели плода.

При суженном тазе подвижная, высокостоящая головка не может опуститься в таз; наступление родового акта задерживается, плод перенашивается и несоответствие между тазом и плодом увеличивается.



### Женский таз:

а — нормальный; б — суженный.

Если роды наступили, то роженице надо затратить колоссальное усилие, чтобы протолкнуть головку плода через суженный таз. У повторнородящих женщин с узким тазом слабость родовой деятельности встречается чаще. Наступает остановка родового акта. Плод внутриутробно погибает от кровоизлияния в мозг или от удушья. В открытую полость матки может проникнуть инфекция, которая вызывает заражение крови у рожениц.

В других случаях мышца матки в результате большого напряжения разрывается, плод, к тому времени обычно уже погибший, выталкивается в брюшную полость, а сама роженица, если ей не оказать своевременную помощь, погибает либо от внутреннего кровотечения, либо от воспаления брюшины (перитонита). Наконец, бывает, что, находясь долго во входе в таз, головка слишком сильно сдавливает мочевой пузырь, в результате может наступить омертвление прижатых участков мочевых путей и образования мочевых свищей — с недержанием мочи.

Таковы последствия родов при узком тазе для матери и плода. Еще задолго до родов беременная должна систематически посещать женскую консультацию. Только в условиях родовспомогательного учреждения женщине могут оказать соответствующую акушерскую помощь и избавить ее от опасных осложнений во время родов.

**Предлежание плаценты (детского места).** Опасное осложнение при родах дает неправильное расположение детского места, так называемое предлежание плаценты.

При нормальных условиях детское место обычно развивается в верхних отделах матки — в дне или у боковых стенок. Иногда же по некоторым причинам (многократные выскабливания при абортах, гонорройные воспаления) детское место образуется в нижней части матки, недалеко от внутреннего отверстия шейки матки, полностью или отчасти закрывая его.

Уже в последние месяцы беременности происходят слабые (предварительные) схватки, которые почти не ощущаются роженицей, но растягивают нижнюю часть матки, где расположено детское место.



Под влиянием таких маточных сокращений детское место отслаивается от стенок матки, сосуды, соединяющие детское место с маткой, разрываются и появляются кровотечения. Повторные кровотечения усиливаются по мере приближения родов. С наступлением родов кровотечение может принять угрожающий характер. Плод часто погибает еще до окончания родов.

**Кровотечения.** При нормальном течении послеродового периода выделение последа завершается в первые два часа после рождения плода. Небольшое кровотечение бывает при всяких родах и происходит в то время, когда послед начинает отделяться от стенок матки. Кровеносные сосуды, соединяющие послед со стенкой матки, разрываются и кровоточат, но, вследствие происходящих при этом сокращений матки, сосуды сдавливаются, сжимаются и кровоотделение останавливается. Общая потеря крови во время родов до выхода последа и после него в нормальных случаях не превышает 300—350 мл. Более значительные кровоотделения в послеродовом периоде происходят в результате неправильного отделения последа и плохой сократительной способности матки.

Когда матка женщины подвергается неоднократным выскабливаниям (абортам), слизистая оболочка ее развивается недостаточно и при наступлении беременности ворсинки плаценты могут либо плотно прикрепиться к истонченной слизистой матки, либо врастают в оголенную мышцу матки, нередко располагаясь между мышечными волокнами. При таких осложнениях даже ручное отделение плаценты представляет крайние трудности и сопряжено с огромным риском для жизни женщины, так как плацентарную ткань необходимо отирать от мышцы матки. В этих случаях приходится удалять матку, так как другим методом остановить кровотечение невозможно.

Однако гораздо чаще встречается осложнение в виде неполного отделения последа, обычно сопровождающееся сильным кровотечением. Оно наступает в результате недостаточной сократительной способности матки. Такое состояние матки называется атонией и возникает часто при недоразвитии мышцы матки (инфантилизме полового аппарата), при пороках матки, затяжных родах, многоводии, двойнях, опухолях в матке, ненормальном прикреплении плаценты — в нижних отделах матки — и т. п.

Для борьбы с атонией наука располагает рядом эффективных мер (переливание крови, введение в сосудистое русло кровоостанавливающих средств, содержание в кислородной палатке и т. д.), и если помощь оказана своевременно, больную удается спасти.

После рождения ребенка требуется некоторое время, чтобы восстановился здоровый тонус мышцы матки, без которого новые схватки, необходимые для рождения последа, невозможны.

Однако никакие манипуляции на матке, с целью ускорения отделения последа, недопустимы. Всякое растирание мышцы матки, разминание, массаж и другое грубое раздражение мышцы матки, производимые без надобности, нарушают нормальное отделение последа и могут вызвать кровотечения.

Грубое вмешательство может вызвать спазматическое сокращение матки, которое ведет к продолжительному задержанию последа

Спазмы могут также наступить после потягивания за пуповину еще не отделившегося последа.

Задержка последа в матке свыше двух—трех часов, даже если нет выделений крови, опасна из-за возможности заражения роженицы.

Не менее опасны для жизни женщины кровотечения, которые могут наступить тотчас после выхода последа. Эти потери крови могут быть даже не обильными, но, повторяясь, они приводят к обескровливанию утомленной роженицы.

Причиной кровотечений могут быть всякого рода ранения мягких частей родового канала — слизистой оболочки влагалища или клитора. Особенно угрожающие кровотечения наступают при разрывах шейки и стенок матки, а также при разрыве промежности.

Иногда же кровотечение бывает внутри ткани: так, при прохождении головки может разорваться сосуд, идущий внутри одной из больших губ, и тогда образуется большая кровяная опухоль, достигающая иногда величины детской головки. В этих случаях кровотечение удается остановить только хирургическим путем.

Из всего сказанного следует, что только в родильном доме, где всегда имеется квалифицированный медицинский персонал, могут быть приняты все меры по профилактике потери крови роженицами и остановке кровотечения.

---

## Послеродовой период

### Изменения в организме женщины

В течение послеродового периода (6—8 недель) организм женщины постепенно возвращается к тому состоянию, в котором он находился до беременности. Наибольшие изменения в организме совершаются в первые дни послеродового периода.

Общее состояние матери после родов, как правило, хорошее. Иногда только у повторнородящих появляются довольно чувствительные послеродовые схватки, подчас настолько сильные, что требуют назначения лекарственных веществ.

Аппетит, вначале пониженный, через несколько дней после родов, особенно у кормящих, повышается. У здоровых родильниц температура не бывает выше 37°. Благодаря более низкому стоянию диафрагмы емкость легких у родильниц увеличивается, дыхание становится более глубоким. В первые дни послеродового периода мочеиспускание нередко задерживается из-за слабости растянутой брюшной стенки. Вследствие расслабления брюшного пресса и вялости кишечной мускулатуры родильницы обычно страдают запорами. Иногда опорожнению кишечника мешают развивающиеся во время беременности отечные геморроидальные узлы и трещины заднего прохода. Задержке стула способствует и вынужденное пребывание в постели. Но следует помнить, что если мочевой пузырь или прямая кишка переполнены, то матка смещается вверх и сокращение ее задерживается.

В первые дни после родов родильницы испытывают усиленную жажду. Матка сразу же после выхода из нее плода, околоплодных вод и последа уменьшается в несколько раз. Непосредственно после родов вес матки составляет 1 кг, длина — 15 см, ширина — 12 см, толщина передней и задней стенок — 4—5 см.

Полость матки уменьшается благодаря сокращению и перемещению мышечных волокон. Одновременно сосуды, залегающие в маточных стенках, как бы закупориваются элементами крови, и поэтому кровоотделение прекращается. Сокращению матки способствует

кормление грудью. Матка быстрее сокращается у тех, кто до и во время беременности занимался физическими упражнениями. У первородящих обратное развитие матки совершается быстрее.

В первые 6—8 дней послеродового периода матка сокращается быстрее, в последующие дни — медленнее. К концу послеродового периода ее вес достигает 50 г, то есть уменьшается почти в 20 раз.

Наиболее значительные изменения происходят после родов во внутренней поверхности матки. К десятому —

двенадцатому дню послеродового периода внутренняя поверхность матки уже покрыта разросшимся из остатков желез эпителием. Полное восстановление слизистой матки заканчивается к двадцатому — двадцать пятому дню и только в области плацентарной площадки полное восстановление затягивается.

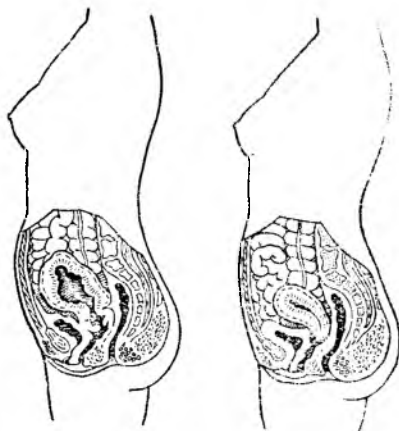
После родов стенки шейки матки дряблые, вялые, истончены до толщины несколько миллиметров. Обратное развитие шейки начинается с внутреннего зева, который закрывается к 10-му дню, а закрытие и формирование наружного зева шейки матки заканчивается к 15—20-му дню после родов.

Функция матки полностью восстанавливается через 40—60 дней после родов.

Большие изменения происходят в промежности и во внутренних половых органах: влагалище, связочном аппарате, трубах и яичниках.

Нередко слишком большое растяжение промежности и тканей тазового дна во время родов служит причиной трещин, ссадин, а иногда разрывов; разрывы, как уже было сказано, зашивают. Иногда происходит расхождение мышц тазового дна и промежности без видимых разрывов слизистой и кожи. В таких случаях промежность остается не полноценной, половая щель не закрывается и широко зияет. Если своевременно не принять мер против этого, может произойти опущение и выпадение стенок влагалища и матки.

Связочный аппарат матки иногда перерастягивается, и хотя его упругость затем восстанавливается, иногда при особых неблагоприятных условиях (роды на дому и т. д.) он теряет свою полноценность



Слева — матка в первый день после родов; справа — через две недели после родов.

Стенки влагалища после родов растянуты и дряблы. Влагалищная трубка суживается и восстанавливается только через 30—40 дней после родов. Влагалище несколько теряет упругость и остается более вытянутым, чем до беременности.

Созревание фолликулов и образование графовых пузырьков в яичниках у не кормящих женщин происходит нередко уже через 30—40 дней. В связи с этим у них и месячные появляются через 2—2,5 месяца после родов. У кормящих матерей менструация появляется позже, почти у 50% — на 4—5-м месяце после родов.

Следует иметь в виду, что беременность может наступить в послеродовом периоде и без появления месячных. В половине случаев во время кормления овуляция отсутствует, женщины не опасаются беременности. Однако длительное кормление не является гарантией от новой беременности.

Выделения после родов увеличены, их количество в течение первых 7—8 дней достигает почти 1 л. Они имеют вид крови, затем становятся бледными и, наконец, — светло-слизистыми. Спустя 4—5 недель после родов появляются обычные влагалищные выделения.

### Уход за молочными железами

В течение первых трех — четырех суток после родов из молочных желез родильницы выделяется молозиво — жидкость беловато-кремового цвета, содержащая большое количество белка и жира. На шестые—седьмые сутки появляется настоящее грудное молоко, содержащее 1—1,5% белков, 6—7% сахара, 3—4% жиров, 0,2% солей, а также витамины, количество которых зависит от питания матери. Кроме того, в грудном молоке содержатся особые вещества (имунные тела), предохраняющие ребенка от заразных заболеваний.

Отсюда ясно, что пища кормящей матери должна быть разнообразной, полноценной, содержать достаточное количество витаминов, особенно витамина А, который предупреждает сухость кожи сосков.

Состав пищи для кормящей женщины может оставаться таким же, как и во время беременности, только количество ее следует увеличить. Нельзя есть в больших количествах чеснок и лук, их можно использовать только в качестве приправы. Абсолютно запрещаются спиртные напитки, так как алкоголь легко проникает в организм ребенка с молоком матери, отравляет его.

В течение всего периода кормления (9—10 месяцев) женщина ни в коем случае не должна курить, так как никотин может неблагоприятно отразиться на ребенке.

Следует помнить, что некоторые лекарства (опиум, морфий, кодеин, атропин, йодистый калий и др.), переходя в молоко, неблагоприятно влияют на ребенка или уменьшают отделение молока.

Чтобы предупредить появление трещин сосков, необходимо строго соблюдать гигиенический режим кормления ребенка.

Обычно первый раз доношенного здорового новорожденного прикладывают к груди матери через 12 часов после родов. В дальнейшем кормление производится через 3—3,5 часа с обязательным

шестичасовым перерывом ночью. Новорожденные привыкают к установленному порядку питания и остаются спокойными в промежутках между кормлениями. Такой режим питания ребенка обеспечивает ему отдых для желудка и кишечника.

Перед каждым кормлением мать должна тщательно вымыть руки с мылом, очистить ногти, обмыть молочные железы кипяченой водой с мылом. После кормления рекомендуется обмывать каждый сосок отдельно ватным шариком, смоченным в растворе риванола (1:1000). Несмытая смесь слюны и молока, задерживаясь в кожных складках соска, может вызвать раздражение.

Во время кормления женщина надевает на лицо марлевую повязку, прикрывающую нос и рот, чтобы не заразить ребенка.

Продолжительность кормления не должна превышать 15—20 минут. Оставлять ребенка у груди дольше бесцельно — он устает и активно сосать не может.

Кормить ребенка следует каждый раз только из одной молочной железы; это способствует правильной функции молочных желез.

Большое значение имеет техника кормления ребенка. При неправильном сосании кожа соска размягчается слюной ребенка и вытекающим молоком, а затем разбухает, разрывается и образуются ссадины, переходящие в трещины.

При кормлении головка ребенка не должна быть согнута или запрокинута назад. Захватив пальцами молочную железу около соска, нужно сделать первые капли молока, глубоко ввести сосок в ротик ребенка, так чтобы он захватил не только сосок, но и большую часть околососкового кружка у основания. Нужно терпеливо и спокойно держать ребенка у груди, чтобы он активно сосал; при этом мать должна следить за тем, чтобы грудь не мешала ребенку свободно дышать носом. С 4-го дня послеродового периода (если позволяет состояние здоровья) мать кормит ребенка сидя, подложив под спину подушку.

Если после кормления в молочной железе остается молоко, его нужно сцеживать: полное опорожнение молочной железы усиливает молокоотделение, предупреждает грудницу (мастит). Причинами застоя молока могут быть трещины на сосках, вялое сосание слабых детей, плохо берущих грудь.

Перед сцеживанием родильница моет руки с мылом, вытирает их чистым полотенцем, обмывает соски стерильной ватой, смоченной в кипяченой воде. Молоко сцеживают в прокипяченные стакан или кружку. Сцеживают молоко пальцами правой руки — большим, указательным и средним. Сосок захватывается у основания по границе околососкового кружка так, чтобы большой палец был сверху, а указательный — внизу, быстро и энергично сдавливают и одновременно вытягивают сосок вниз и вперед. При этом пальцы вдавливаются в молочную железу, но они не должны сползть с соску. Нужно нащупать мышечный жом, который обычно расположен у основания соска, тогда при ритмичном сжатии пальцами молоко выделяется струйками. Сцеживание нужно производить без всяких усилий. Совершенно недопустимо сдавливать молочную железу выше околососкового кружка и разминать ее, так как это ведет к ее по-

вреждению. Сцеживание производят не дольше 15 минут и повторяют после каждого кормления в зависимости от степени опорожнения молочной железы.

У некоторых женщин молоко выделяется самопроизвольно. Это не означает, что у них много молока, а объясняется расстройством нервных волокон у основания соска. В связи с этим кормление должно проходить в спокойной обстановке. Всякие волнения, переживания неблагоприятно отражаются на нервной системе, которая регулирует молокоотделение.

Родильницам со слабыми сосками, легко отделяющими молоко, рекомендуется накладывать сухие стерильные марлевые прокладки и часто менять их.

Иногда у родильниц наблюдается недостаточное выделение молока. Причиной этого могут быть особенности организма — ожирение, недоразвитие, различные заболевания матери, неправильная техника вскармливания. Выделение молока иногда уменьшается при свисании или тугом стягивании молочных желез.

Полезное действие на организм кормящей матери, и в частности на молочные железы, оказывают воздушные ванны. Родильница лежит на кровати с открытой грудью в течение 10—15 минут. Эту процедуру следует проделывать тотчас после проветривания комнаты.

### Личная гигиена

После родов женщина должна особенно тщательно следить за чистотой наружных половых органов, чтобы избежать заразных заболеваний. Необходимо регулярно, утром и вечером, подмываться теплой кипяченой водой с мылом. Кроме того, на наружные половые органы накладывают прокладку из мягкого стираного и проглаженного полотна (величина прокладки — около 80 кв. см). Прокладку можно приготовить также из полосок стерильной гигроскопической ваты, обернутых стерильной марлей или широким бинтом. В аптеках можно приобрести готовые стерильные повязки. Назначение прокладок — впитывать выделения из половых путей. Необходимо помнить, что в выделениях из половых путей, даже здоровой, нелихорадящей родильницы, могут находиться болезнетворные микробы, которые явятся источником распространения инфекции.

Спринцевания влагалища родильнице запрещаются, так как они нарушают целостность слизистой оболочки влагалища и могут послужить источником инфекции.

Не приходится говорить, насколько важна для покоя и предупреждения инфекции отдельная постель для родильницы. Постельное и нательное белье следует менять не реже двух раз в неделю, причем на постель вверх простыни надо класть чистую клеенку и проглаженную подстилку. Комната, в которой живут родильница и ребенок, не должна быть слишком заставлена мебелью. Комнату следует часто проветривать, в ней нельзя курить, сушить пеленки, драпировать грязное белье.

Так как восстановление слизистой оболочки матки заканчивается лишь на 25—30-й день после родов, в это время нельзя принимать

ванны, так как вместе с водой во влагалище могут попасть болезнетворные микробы. Лучше всего после выписки из родильного дома каждые 2—3 дня мыться теплой водой с мылом под душем или стоя в тазу. В бане разрешается мыться не ранее, чем через 3—4 недели после родов.

Даже после совершенно нормальных родов родильница более всего нуждается в покое. Однако, поскольку длительное лежание резко ослабляет и здорового человека, то не стоит долго выдерживать в постели здоровых родильниц. Длительное пребывание в постели способствует задержке мочеиспускания, запорам, застою крови в венах таза и нижних конечностях. Уже через 2—3 часа после родов здоровой родильнице без швов разрешается поворачиваться набок, на третьей сутки — осторожно присаживаться в постели, на четвертые сутки сидеть и уже с пятого дня становится на ноги. На 8—10-й день после родов женщина выписывается из родильного дома. Более ранняя выписка не допускается, так как в этот период не закончилось еще заживление родовой раны матки и существует опасность послеродового заболевания.

В послеродовом периоде большое значение имеют физические упражнения. Ведь во время беременности брюшная стенка у женщин растягивается, а после рождения ребенка становится вялой и дряблой. В связи с некоторым ослаблением брюшного пресса и мышц таза после родов, особенно в первые дни, могут наблюдаться расстройства деятельности мочевого пузыря (затруднение мочеиспускания) и кишечника (запоры). Физические упражнения, специально подобранные для родильниц, очень важны и в значительной степени устраняют эти явления. Занятия можно начинать только со вторых суток после родов, так как в первые 12—24 часа родильница нуждается в абсолютном покое и отдыхе.

Разумеется, упражнения могут делать только те родильницы, у которых роды протекали нормально, без осложнений.

Физические упражнения, как было уже сказано, оказывают большое влияние на организм — способствуют его укреплению, усиливая сопротивляемость заболеваниям. Доказано, что физические упражнения в послеродовом периоде способствуют более быстрому восстановлению сил родильницы (улучшают сон, усиливают аппетит, повышают деятельность молочных желез).

Первые занятия родильница проводит только лежа, с наименьшей нагрузкой, и начинает их с дыхательной гимнастики. В дальнейшем физические упражнения постепенно увеличиваются, причем вводятся упражнения для укрепления брюшной стенки и мышц тазового дна, которые не утомляют родильницу, а, наоборот, укрепляют определенные мышечные группы. Однако необходимо помнить, что занятия физкультурой для женщины в послеродовом периоде можно проводить лишь после разрешения лечащего врача.

Физические упражнения в послеродовом периоде рекомендуется выполнять, предварительно забинтовав живот полотенцем (шириной не менее в две ладони) или специально шитым бинтом. Если этого не сделать, может произойти расхождение мышц передней брюшной стенки и выпячивание живота.



Упражнение проводится утром, не ранее чем через полчаса после завтрака.

Приводим общеупотребительные физические упражнения для рожениц.

Роженица должна помнить, что полезно заниматься физкультурой не только в родильном доме, но и дома.

Физическая работа (стирка, мытье полов) разрешается только через 4 недели после родов, если нет кровянистых выделений, боли, повышенной температуры.

## ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ



1. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Выполнение: сгибание и разгибание нижних конечностей в коленных и тазобедренных суставах (ступня скользит по постели). В исходном положении — вдох, при сгибании ноги — выдох.



2. Исходное положение: упор на согнутые в локтевых суставах руки. Выполнение: поднять голову и плечи — вдох, вернуться в исходное положение — выдох.



3. Исходное положение: лежа, руки вдоль туловища. Выполнение: руки согнуть в локтевых суставах, ноги согнуть в коленях, опора на затылок; прогибание туловища вверх — вдох, возвращение в исходное положение — выдох. Упражнение повторить 4—6 раз.



4. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Выполнение: поднимание обеих конечностей — вдох, возвращение в исходное положение — выдох. Упражнение повторить 4—5 раз.



5. Исходное положение: сидя на полу, руки в упоре. Выполнение: отвести правую (левую) ногу вправо (влево) — вдох, соединить ноги вместе — выдох. Упражнение повторить 3—4 раза.

Половая жизнь может возобновиться не ранее 40—45 дней после родов, так как сношения в первые недели после родов, когда половые органы легко ранимы, могут вызвать кровотечения. Женщины должны избегать наступления новой беременности, пока продолжается период кормления грудью. У кормящих матерей в большинстве случаев созревание яйцеклеток в яичниках не совершается, а потому мало шансов на оплодотворение. Однако спустя 8—10 недель после родов у некоторых кормящих матерей все же может наступить овуляция и без видимой менструации, а стало быть и возможно оплодотворение. Поэтому желательно в течение периода кормления грудью пользоваться противозачаточными средствами.

Ученые высказывают мнение, что здоровая женщина при нормальных условиях жизни может без ущерба для здоровья рожать с промежутками приблизительно в три года: девять месяцев на вынашивание плода, год на кормление и год на отдых.

### Заболевание молочных желез

**Трещины сосков** — одно из наиболее частых осложнений в послеродовом периоде. Особенно часто наблюдаются трещины сосков у рожавших, не проводивших дородовой подготовки молочных желез.

Основная причина образования трещин — недостаточная эластичность кожи, недоразвитие молочных желез и сосков. При плоских втянутых сосках ребенок с силой захватывает его между челюстями и вытягивает. При этом разрывается поверхностный слой кожи соска, и образуются трещины.

Трещины могут появиться при загрязнении сосков. Остатки молока, застревая в складках кожи соска, образуют корочки, которые при сосании сдираются, и образуются трещины.

Если у матери мало молока, ребенок вынужден сосать с большим напряжением, что также может вызвать трещины сосков.

Трещины крайне болезненны. Постоянное сосание мешает их заживлению.

Чтобы предупредить трещины сосков, рекомендуется, помимо гигиенических советов, указанных в разделе ухода за молочными железами, укорачивать время кормления новорожденного, а затем докармливать его сцеженным молоком. При плоских и втянутых сосках нужно пользоваться ручным молокоотсосом.

Для лечения трещин в настоящее время применяют 1-процентную синтомициновую эмульсию, 3-процентную синтомициновую мазь, опрыскивание сосков раствором грамицидина, присыпку трещин стрептоцидом, облучение желез кварцем, орошение пенициллином после каждого кормления и пр.

Применение того или иного способа лечения возможно только по согласованию с врачом. Однако все методы лечения могут оказаться неэффективными, если не будут соблюдаться гигиенические правила по уходу за молочными железами.

Трещины опасны еще и тем, что могут послужить причиной другого тяжелого заболевания — мастита.

**Мастит (грудница)** — воспаление молочной железы, вызванное микробами (стафилококками или стрептококками), проникшими через трещины сосков в молочные протоки.

Чаще всего грудница появляется на 2—4-й неделе после родов, иногда и в более поздний период, преимущественно у первородящих.

Воспаление молочной железы начинается повышением температуры, ознобом и плохим самочувствием. В одной или нескольких долях железы появляются уплотнения, болезненные при прикосновении. Кожа над пораженной долькой лоснится и краснеет. Боль распространяется в подмышечную впадину, движение соответствующей руки затруднено и болезненно.

В зависимости от глубины расположения воспалительного очага и времени начатого лечения процесс может закончиться рассасыванием. Иногда же образуется гнойник, который нужно вскрывать оперативным путем.

Очень важно своевременно начать лечение мастита.

Если по каким-либо причинам женщина при первых признаках мастита не может обратиться к врачу, она должна принять слабительное и положить на молочную железу водочный компресс, а кормление не прекращать. Лечение же должно проводиться только под руководством врача.

Воспаление молочной железы, как и любое заболевание, легче предупредить, чем лечить. Для этого необходимо не допускать появления трещин сосков, регулярно сцеживать оставшееся молоко, массажировать молочные железы. Большое значение в предупреждении мастита имеют также рациональное питание и физические упражнения для родильниц.

---

## Питание в период беременности и кормления

Питание — одно из обязательных условий нормального развития человеческого организма. Человек живет, движется, занимается физическим или умственным трудом, и вся его деятельность сопровождается расходом энергии. Запасы энергии возобновляются за счет питательных веществ. Количество необходимой человеку пищи зависит от возраста, роста, веса, от рода занятий, климата, от состояния организма.

Неправильное питание приводит к снижению трудоспособности человека, организм легко подвергается инфекционным заболеваниям. Вот почему будущей матери во время беременности необходимо с особой тщательностью соблюдать правила гигиены питания. Полноценное питание способствует предупреждению осложнений беременности, облегчает роды, дает возможность матери выкормить здорового ребенка.

В состав пищи входят белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества. Все эти составные части пищи должны поступать в организм в правильном соотношении.

### Белки

Белки — очень сложные органические соединения. Они содержат азот, углерод, кислород, водород и почти всегда — некоторое количество серы, фосфора, железа и других минералов. Белки — основная составная часть каждой клетки. Они участвуют в построении тканей нашего тела и в других важных жизненных процессах, служат для пополнения тканей, требующих постоянного восстановления (кожа, волосы, ногти).

Особенно нуждаются в белках центральная нервная система и ее высшие отделы, находящиеся в коре головного мозга; избыток белка в пище вызывает излишнее возбуждение нервной системы. При недостатке белка в пище страдают и железы внутренней секреции (яичники, щитовидная железа и др.), продукты деятельности которых — гор-

моны поступают непосредственно в кровь. Тогда снижается выработка гормонов и нарушаются многие функции организма: понижается половое чувство у женщин, могут прекратиться месячные, может наступить бесплодие. Во время беременности при белковом голодании наблюдаются изменения в детском месте и нарушается развитие плода, во время родов имеют место кровотечения.

Советские ученые считают, что средняя норма белка в суточном рационе взрослого человека — 1,5 г на 1 кг; при этом рекомендуется, чтобы не менее  $\frac{1}{3}$  белка всего суточного рациона покрывалось за счет полноценных белков, содержащихся в продуктах животного происхождения, а  $\frac{2}{3}$  — растительных белков. Беременной с 4-го месяца суточная норма белка должна увеличиться, в среднем, до 2 г на 1 кг веса. Такое же количество белка можно считать достаточным и в период кормления ребенка грудью.

Потребность в белках повышается при слишком напряженном физическом и умственном труде и в период роста молодого организма. Слишком насыщенная белками или исключительно белковая пища приводит к перегрузке организма азотистыми шлаками, вызывает расстройство печени и почек, нарушает функции желез и усиливает гнилостные процессы в кишечнике.

Полноценные животные белки содержатся в мясе, рыбе, печени, яйцах, молоке, твороге; растительные белки — в горохе, бобах, чечевице, крупах, ржаной муке, картофеле, рисе, сое, дрожжах, капусте, кукурузе, пшеничной муке.

Очень ценны молочные белки, например, белки творога, играющие большую роль в обезвреживающей деятельности печени.

По разработанным Институтом питания АМН СССР физиологическим нормам среднесуточное потребление молока и молочных продуктов для населения СССР должно составлять: молока цельного — 500 мл (в том числе кефир, ацидофильн, простокваша), творожных изделий — 100 г, сметаны — 18 г, масла сливочного — 33 г, сыра — 10 г, сливок — 10 г.

## Жиры

Это органическое вещество из соединений углерода, водорода и кислорода. Жиры служат прежде всего источником энергии в организме. Кроме того, они обладают другими достоинствами — дольше задерживаясь в желудке, способны насыщать. Жиры придают пище приятный вкус и хорошо усваиваются. Одно время считали, что организм может обойтись без жиров, что необходимую энергию может дать углеводистая пища. Но теперь доказано, что жиры — совершенно необходимая составная часть пищи.

Лучше всего используются в организме легкоплавкие жиры, то есть такие, температура плавления которых ниже температуры тела. По легкости усвоения на первом месте стоит жир, содержащийся в молоке и молочных продуктах (сливки, сметана, сливочное и топленое масло).

Растительное масло также относится к легкоплавким жирам и потому хорошо усваивается организмом — особенно прованское, коко-

совое. Тугоплавкие жиры, например, говяжье, баранье и свиное сало хуже усваиваются организмом. Больные, у которых имеются даже незначительные нарушения органов пищеварения, плохо переносят тугоплавкие жиры.

Всасывание жиров нарушается, главным образом, при заболеваниях печени и желчных путей. Избыток жиров в пище также снижает ее усвояемость. Чрезмерное поступление жира в организм ведет к отложению излишков, особенно в подкожной клетчатке. При избыточном питании, а также при некоторых нарушениях желез внутренней секреции жиры могут накапливаться под кожей, в сальнике, в печени, в почках и других органах, что ведет к серьезным нарушениям этих органов. Жир, который откладывается в организме, образуется, в основном, из жиров и углеводов и в меньшем количестве — из белков. Недостаток жиров в пище снижает ее калорийность.

В состав пищи входят также химически сходные с жирами жироподобные вещества — липоиды. К ним относятся, главным образом, холестерин и лецитин. Холестерин содержится в яичном желтке, икре, в печени и почках. В молоке его немного. Употребление пищи с чрезмерным количеством холестерина ведет к склерозу, образованию камней в почках и желчном пузыре.

Лецитин, содержащий азот и фосфор, встречается в большинстве употребляемых в пищу продуктов, например, в соевых бобах, горохе, гречневой крупе. Лецитин входит в состав всех клеток и содержится в большом количестве в клетках нервной ткани и половых клетках. Полноценные жиры (сливки, молоко, сливочное масло, рыбий жир) — лучшие источники лецитина, способствующего накоплению фосфора в нервно-мышечной системе. Во время беременности и в период кормления особенно полезны молочные жиры, не только в силу их калорийности, но и потому, что они являются носителями и растворителями витаминов А, Д, Е, К.

Рекомендуется, чтобы в состав пищи обязательно входило растительное масло, благоприятно влияющее на работу печени. Можно употреблять и некоторое количество столового маргарина, который состоит из растительного и частично молочного жира. В пище должно быть 60—70% жиров животного происхождения и 30—40% — растительных жиров.

Суточная потребность взрослого человека в жирах составляет примерно 100 г и находится в зависимости от характера работы — более тяжелый физический труд требует большого количества жиров.

При нормальной беременности в первую половину ее количество и качество жиров должны соответствовать общему состоянию женщины, характеру труда, телосложению и весу. При заболеваниях беременной пищевой рацион для нее назначает врач.

### Углеводы

Важная группа веществ, необходимых для человеческого организма. Углеводы бывают простыми и сложными. Наиболее просто построенные углеводы содержатся во многих растениях: это виноградный сахар, или глюкоза, фруктовый сахар, или фруктоза.

В чистом виде эти вещества не употребляются, так как их сладость мала — в 2,5 раза меньше, чем в нашем домашнем сахаре. Но этот простой сахар постоянно присутствует в пищевых продуктах.

Так, глюкоза содержится в растительных тканях, плодах и ягодах, в нектаре цветов, в пчелином меде, обычно совместно с фруктозой, которая слаще глюкозы. Продукты животного происхождения крайне бедны углеводами или совершенно их не имеют.

В крови человека из углеводов содержится только глюкоза.

Другую группу углеводов составляют дисахариды — **двойные сахара**. К ним относятся: свекловичный или тростниковый сахар (сахароза) солодовый сахар (мальтоза) и молочный сахар (лактоза).

Свекловичный (тростниковый) сахар — это обыкновенный сахар, принимаемый нами в виде рафинада или сахара-песка.

Около 7% сахарозы содержит морковь. Солодовый сахар в большом количестве содержится в прорастающих семенах, особенно в прорастающем ячмене — солоде, от которого он получил свое название.

Молочный сахар — единственный сахар, присутствующий в молоке млекопитающих. В женском молоке его содержится до 6%, а в коровьем — около 4%. Лактоза легче, чем другие сахара, подвергается молочнокислому брожению. Сладость молочного сахара ниже сладости свекловичного приблизительно в 6 раз. Присутствие лактозы в кишечнике благоприятствует развитию некоторых форм молочнокислых бактерий.

Третья группа углеводов — **сложные сахара**, называемые полисахаридами. Они состоят из нескольких частиц простых сахаров, не растворимы в воде и не имеют, как сахар, сладкого вкуса. Эти сложные сахара в различных формах чрезвычайно распространены в растительных и животных продуктах и играют важную роль в питании как источник энергии. Важнейшие из них — крахмал, гликоген, или животный крахмал, клетчатка (целлюлоза), составляющая остов растения.

Крахмал содержится во всех растительных и животных клетках. У растений он скапливается в семенах, клубнях, луковицах, корнях. Много крахмала в картофеле, муке, крупах. Чтобы повысить усвоение некоторых зерновых продуктов, их подвергают специальной обработке, при которой содержащийся в них крахмал превращается в сахар. К таким продуктам относятся толокно, приготовленное из овсянки, мальтоза — из ячменя, пищевая кристаллическая глюкоза — из кукурузы.

Гликоген — животный крахмал — играет ту же роль, что и крахмал в растениях. Он сосредоточен в печени и мышцах.

Клетчатка — наиболее сложный из углеводов. Для питания она не представляет никакой ценности потому, что пищеварительные соки не могут ее расщепить. Клетчатка почти не усваивается организмом, и поэтому продукты, в которых она содержится в большом количестве (старый горох, хлеб, богатый отрубями, грибы, огурцы и т. п.), плохо перевариваются.

Однако клетчатка в процессе питания отнюдь не бесполезна. Она раздражает кишечник, вызывает его усиленную работу. Поэтому пи-

ща, лишенная клетчатки, приводит к запорам, что вредно отражается на здоровье. Питание только очищенными от клетчатки продуктами (например, хлебом из муки высших сортов, сахаром) принесло бы большой вред. Продукты с клетчаткой являются хорошим средством против вялости кишечника и улучшают работу желудочно-кишечного тракта. Вот почему в суточный рацион беременной женщины должны войти черный хлеб наполовину с белым, хорошо разваренные зеленые овощи, салаты, огурцы, шпинат, репа, капуста, кабачки, брюква и т. д. В среднем взрослый человек должен получать на 1 кг веса своего тела 4—4,5 г углеводов (в среднем 400—600 г овощей в сутки).

Во время беременности углеводы должны содержаться в пище в достаточном количестве, так как они крайне необходимы плоду.

20—30% углеводов следует употреблять в виде простых сахаров, содержащихся во фруктах и ягодах. Большое значение имеет молоко, содержащее молочный сахар.

Из круп особенно полезны гречневая и овсяная (геркулес). Ежедневно в рацион должен входить пропеченный черный хлеб, так как в нем, кроме углеводов, содержится витамин В<sub>1</sub>.

Очень полезен мед, содержащий, кроме легко усвояемых сахаров, еще и другие ценные питательные вещества (минеральные соли).

У беременных часто наблюдается склонность к запорам вследствие вялости кишечника. Поэтому для них полезны, как уже было сказано, продукты, богатые клетчаткой (картофель, брюква, арбузы, тыква, морковь, капуста).

Полным беременным женщинам или женщинам с узким тазом следует избегать чрезмерного количества углеводов. Беременные, страдающие сахарной болезнью (диабетом), пользуются специальной диетой по согласованию с врачом.

Во время беременности очищать кишечник приемом слабительных средств нельзя, так как они могут вызвать настолько усиленную перистальтику (движение) кишечника, что возникает сокращение матки. Для улучшения работы кишечника очень полезно употреблять сырые овощи в виде салатов — из сырой моркови, квашеной капусты, яблок, приправленных сметаной, и т. п.

### Калорийность пищи

Питательность продуктов измеряется калориями. Различные вещества, входящие в состав пищи, сгорая в организме, дают различное количество калорий, поэтому мы говорим о калорийности той или иной пищи. Вычислено, что 1 г жира, сгорая, освобождает 9,3; 1 г углеводов — 4,1; 1 г белков — 4,1 калорий тепла.

Остальные вещества, входящие в состав продуктов (минеральные соли, вода, витамины), не имеют калорийности, однако необходимы для нормального питания.

При правильном питании человек должен получать в пищу за сутки столько калорий, сколько тратит их. Потребность взрослого человека в калорийной пище определяется главным образом характером выполняемой им работы. Чем больше мышечных движений, тем выше потребность в калорийной пище.



Людам, занимающимся умственным трудом, требуется в сутки около 3 200 калорий, тем, кто выполняет физическую работу с помощью машин, — 3 500, работникам тяжелого физического труда (кузнецам, землекопам и т. п.) — 4 100—5 000 калорий.

В таблице «Химический состав и калорийность основных пищевых продуктов» приведена калорийность некоторых продуктов. Следует, однако, учитывать, что практическая оценка калорийности различных пищевых продуктов сильно отличается от теоретических цифр. во-первых, потому, что мы никогда не употребляем чистых углеводов, жиров и белков, а во-вторых, потому, что в зависимости от состава и строения каждого продукта организм усваивает не все заключающиеся в нем вещества. Сырой картофель или сырая рыба значительно меняют свой состав после того как их сварят или изжарят. Полезная калорийность продукта, следовательно, ниже абсолютной калорийности и зависит от многих причин: техники изготовления пищи усвояемости ее и т. д. Особенно важен последний фактор, который нередко зависит от способов приготовления пищи. Так, горох, сваренный целиком, усваивается на 75%, а если растереть его в кашу, усвояемость повысится до 95%. Грубая пища усваивается хуже легкой: белый хлеб, например, несмотря на низкое содержание белка, питательнее, чем черный, который более богат белком. Важны также температура пищи (холодная, горячая), разнообразие пищи, длительность пребывания ее в желудке, то или иное сочетание блюд, характер приправ и т. п.

Для покрытия затрат энергии в первую половину беременности женщине требуется обычная суточная норма пищи, соответствующая характеру выполняемой ею работы.

Начиная со второй половины беременности, когда плод развивается наиболее интенсивно и материнский организм отдает плоду две трети необходимого белка (330 г), важно, чтобы калорийность пищи была в пределах 3 500—3 800 калорий. При нормальном течении беременности, отсутствии отеков количество белков в пище не следует уменьшать, но при резком увеличении веса, при склонности к ожирению калорийность пищи надо уменьшить главным образом за счет углеводов и жиров.

Питание кормящей матери в основном не отличается от питания любого здорового человека; но в силу того, что во время кормления грудью мать отдает ребенку ежедневно в среднем 1 л молока, калорийность пищи матери должна быть увеличена на 700—800 калорий, что составит 3 800 калорий (или около 130 г белков, 130 г жиров и 500 г углеводов).

### Минеральные вещества и вода

Помимо белков, жиров и углеводов, в состав пищи должны обязательно входить вода и минеральные вещества.

**Вода.** Процессы жизнедеятельности организма могут осуществляться только при достаточном содержании в клетках и тканях воды. В организме человека жидкость составляет 60—65% от его веса — около 40 л. Химический состав этой жидкости сходен с составом

морской воды, а температура равна 37°. Чем моложе организм, тем больше воды содержат его ткани. На третьем месяце внутриутробного развития плод на 94% состоит из воды. При рождении этот процент понижается до 70, так что новорожденный ребенок при весе в 3 кг содержит в себе 2 кг воды. С наступлением зрелого возраста вода составляет уже лишь 60% веса тела, а в старости — 58%.

Выведение воды из организма происходит тремя путями: почками — в виде мочи, потовыми железами — в виде пота и органами дыхания — в виде паров. В нормальных условиях из организма выводится в сутки около 1,5—2,5 л воды. Значит, такое же количество он должен и получить. При повышении температуры окружающей среды усиливается потоотделение, и количество выводимой воды может достигать 4—5 л. При больших потерях воды кровь сгущается, и возникает ощущение жажды. Жажда переносится во много раз труднее, чем голод. Жизнедеятельность организма может сохраняться без пищи 30—35 суток, если только ежедневно вводить по 300—400 мл воды. Без воды человек погибает через 5—6 дней.

Приблизительно половину всего потребного нам количества жидкости мы выпиваем в виде воды, чая, молока, супа и т. д. Вторую половину получаем с пищевыми продуктами, которые содержат воду в таких пропорциях: хлеб — 40%, яйца — 65%, мясо — 75%, рыба — 80%, молоко — 87%, овощи — 90% (картофель — свыше 75%). Только углеводистая пища (мука, крупа) бедна водой. При разнообразном питании следует выпивать в сутки как в первой, так и во второй половине беременности до 1,5 л жидкости.

Вредно не только недостаточное, но и чрезмерное потребление жидкости. Обильное питье вызывает усиленную работу сердца и почек, что нежелательно во время беременности. Кормящей матери не следует думать, что надо пить очень много и тогда будет много молока: избыточное количество жидкости неблагоприятно отразится на состоянии здоровья. Кормящая мать должна получать около 2 л жидкости в сутки. За час до кормления рекомендуется выпить стакан молока.

**Минеральные вещества** играют большую роль в жизнедеятельности организма. Они входят в состав клеток, крови и лимфы.

В состав организма входят все распространенные в природе минеральные вещества. Они непрерывно расходуются организмом. Пища должна возместить эту потерю. Обычно в разнообразной пище, состоящей из животных и растительных продуктов, минеральные вещества содержатся в таком количестве, которое вполне достаточно для всех потребностей организма. Рассмотрим наиболее важные для жизнедеятельности организма минеральные вещества.

**Поваренная соль** (хлористый натрий). Все соли содержатся в пищевых веществах в достаточных количествах, лишь поваренную соль мы должны ежедневно добавлять в пищу. Она источник образования соляной кислоты, входящей в состав желудочного сока. При отсутствии в пище поваренной соли могут наблюдаться головокружение, обморок, общая слабость.

Поваренная соль имеет огромное значение для распределения воды в организме. Однако избыток ее вреден, так как способствует за-

держке воды в тканях организма. Количество соли, потребляемой с пищей, должно составлять 10—15 г в сутки. Избыточные количества соли особенно вредны при заболеваниях печени, почек и сердечно-сосудистой системы.

В первую половину беременности при отсутствии каких-либо отклонений нет необходимости ограничивать количество соли, однако не следует употреблять соления и копчености.

Во вторую половину беременности рекомендуется снизить суточное количество соли до 10 г, а в последние 2—3 месяца — до 7 г в сутки. Ограничение поваренной соли действует мочегонно, и организм освобождается от излишней воды, что значительно улучшает течение родового акта.

В период кормления ребенка очень важно сохранить в пищевом рационе достаточное количество поваренной соли. При продолжительном недостатке соли в пище кормящей матери нарушается нормальное усвоение воды и белков, необходимых для выработки молока. Существует ни на чем не основанный предрассудок, что наиболее подходящей для кормящей матери является «не раздражающая организм» пища. Нельзя забывать, что при недостатке соли начинает уменьшаться выделение пищеварительных соков, понижается функция желез слизистой оболочки желудка, а вследствие этого уменьшается аппетит.

**К а л и и.** Соль калия способствуют обмену веществ, регулируют содержание воды в тканях, что особенно важно при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В организме беременной калий особенно необходим, так как служит для построения тканей плода.

Суточная потребность калия — 4 г. Его мы получаем главным образом с овощами, а также с молоком, творогом. Много калия содержит мясо.

**К а л ь ц и й** принимает участие не только в образовании скелета, в процессе окостенения костей, но и во многих процессах, совершающихся в организме. Соли кальция необходимы для нормальной деятельности нервной системы, мышцы сердца и скелетной мускулатуры. Костная основа человеческого тела на 95% состоит из извести. Зубы, особенно зубная эмаль, содержит извести еще больше. Соли кальция повышают свертываемость крови. Взрослому человеку требуется ежедневно не менее 0,8 г кальция. Потребность в кальции повышается при беременности. При недостатке кальция в пище беременной ребенок рождается недоразвитым, чаще заболевает рахитом и изменениями кожи.

В период кормления грудью материнский организм нуждается в извести значительно больше, так как ребенок, находясь в периоде усиленного роста, покрывает потребность в извести исключительно за счет молока матери. Поэтому пищевой рацион кормящей женщины должен быть достаточным по содержанию кальция (2 г в сутки).

Установлено, что для организма важно не только то, чтобы пища содержала необходимое количество солей, а важна их усвояемость. Коровье молоко содержит много извести, что вообще полезно для организма, однако в кишечнике грудного ребенка, выкармливаемого

таким молоком. образуются труднорастворимые известково-жировые соединения, и в результате ни то, ни другое вещество не усваивается ребенком, а извергается наружу. Создается неблагоприятная картина. Чем больше коровьего молока получает ребенок, тем меньше он его усваивает и истощается от «избытка» питания. Поэтому искусственное вскармливание следует проводить только под контролем врача.

Недостаток извести влечет за собой уменьшение размеров организма (объема грудной клетки), искривление костей, заболевание зубов, ломкость ногтей, понижается сопротивляемость организма к инфекциям.

Хорошим источником кальция, кроме масла, являются молоко и молочно-кислые продукты — творог, сыр, хорошо усвояемые организмом, а также цветная капуста, горох, фасоль, желтки яиц.

Мало кальция в мучных изделиях, в сахаре, конфетах.

Много кальция в питьевой воде, особенно в жесткой. Чем мягче вода (водопроводная), употребляемая при варке пищи, тем сильнее выщелачиваются содержащиеся в пище соли. Фрукты при варке в мягкой воде теряют  $\frac{3}{4}$  содержащегося в них до того кальция, при варке же в жесткой воде увеличивают содержание извести раза в четыре. Пища человека может удовлетворить потребность организма в кальции, если она состоит из разнообразных продуктов животного и растительного происхождения.

Но следует помнить, что мясо и картофель, и без того бедные кальцием, если они варятся в мягкой, содержащей мало кальция воде, теряют значительную часть извести. Если, скажем, картофель перед варкой очистится и наружная, сравнительно богатая известью кожица удаляется, то содержащаяся внутри известь легко исчезает из картофеля при варке.

**Фосфор.** Общее содержание фосфора в организме составляет 0,5 кг. Особенно много этого вещества в головном и спинном мозге.

Молоко, молочные продукты, яйца, печень, сыр — вот главная группа продуктов, которые содержат хорошо усваиваемый фосфор. Ребенку для развития недостаточно фосфора, который содержится в молоке матери. Пока он питается исключительно грудным молоком, он не может держаться на ногах. Дети, питающиеся только грудным молоком до 7 месяцев, не в состоянии выдержать тяжести собственного тела, хрупкие кости таза и нижних конечностей искривляются, зубы растут косо, мягкий череп от лежания сплющивается и в связи с другими нарушениями в обмене появляется рахит. При докармливании ребенка пищей, содержащей фосфор (яичный желток, коровье молоко, мясной бульон), болезненные явления исчезают.

В среднем взрослому человеку необходимо в сутки 1,5 г фосфора. В период беременности количество фосфора в пище должно значительно повышаться, вследствие огромной потребности плода в фосфоре для построения его твердых и мягких тканей. В связи с этим желательное повышение содержания фосфора в пище беременных и кормящих до 2 г в сутки.

**Сера** входит в состав почти всех белковых веществ. Наиболее богаты серой роговые вещества волос, ногтей, кожи, которые содержат

до 5% серы. Так как стручковые овощи (горох, фасоль, соевые бобы) особенно много содержат серы, то их рекомендуется принимать в пищу лицам, у которых хрупки и ломки ногти или секутся волосы. Суточная потребность серы для человека 1,2 г.

Магний имеет большое значение для нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы. Богаты магнием ржаной хлеб, отруби, пшено, фасоль. Пшеничный белый хлеб магния не содержит. Суточная потребность магния — около 0,3 г.

Железо содержится в организме в небольшом количестве, но играет очень важную роль: оно входит в состав красных кровяных шариков, образующих гемоглобин. При недостатке железа уменьшается образование красных кровяных шариков — развивается малокровие. Это явление встречается редко, потому что достаточно разнообразная пища содержит необходимое количество железа. Много его в печени, салатах, яичном желтке, шпинате, бобах, ржаном хлебе и т. д.

В сутки взрослому человеку в среднем рекомендовано 15 мг железа. Для беременной эта норма должна несколько повышаться во второй половине беременности.

Йод, как и другие минеральные вещества, необходим организму. Суточная потребность йода — 0,1—0,2 мг, однако если организм их не получает, наступает тяжелое заболевание, называемое зобом. Заболевание это возникает обычно в местностях, где почва и вода, а следовательно и местные пищевые продукты, содержат мало йода. Чтобы предупредить развитие этого заболевания, к обыкновенной поваренной соли прибавляют йодистый калий. Помимо питьевой воды, йод содержится в чесноке, селедке, морской рыбе, консервах из крабов, капусте, моркови.

## Витамины

Витамины крайне необходимы для человеческого организма. Они направляют и регулируют все жизненные процессы.

Отсутствие того или другого витамина ведет к особым заболеваниям — авитаминозам. При недостатке витаминов в детском организме его развитие задерживается. У женщин понижается способность к зачатию. Особенно нуждается в витаминах организм беременной и кормящей женщины.

**Витамин А.** Значение витамина А состоит в том, что он сохраняет в здоровом состоянии слизистые оболочки, защищая таким образом организм от инфекционных болезней.

При отсутствии или длительном недостатке в пище витамина А в организме наступает ряд болезненных явлений. Поражаются главным образом слизистые оболочки органов, которые теряют способность вырабатывать слизь.

Кроме того, недостаток в пище витамина А вызывает заболевание, которое называется «куриной слепотой» — у человека понижается острота зрения в сумерках. Может произойти воспаление мочевого пузыря или образование в нем камней. Возможно, что катаральное состояние слизистой влагалища, прекращение месячных, заболе-

вание слизистой оболочки матки и бесплодие также возникают при недостатке в организме женщины витамина А.

Большое значение имеет витамин А при беременности и кормлении ребенка грудью. При отсутствии в пище витамина А понижается сопротивляемость к проникновению в родовые пути болезнетворных микроорганизмов. Было отмечено, что у беременных, получавших в последние недели беременности витамин А, послеродовые заболевания наблюдались в четыре раза реже, чем у беременных, не получавших его.

Некоторыми учеными установлено, что смертность новорожденных больше у матерей, страдавших от недостатка в пище витамина А.

Новорожденный не имеет запасов витамина А, его он получает лишь с молоком матери; женское молоко в 5—10 раз богаче витамином А, чем коровье.

Витамин А синтезируется в печени человека из каротина (провитамина А). Источником каротина служат овощи — морковь, капуста, помидоры, зеленый горошек, бобы, зеленый лук, а также свежее коровье масло, особенно летом, яйца, говяжья печень, печень рыб (наиболее богаты витаминами А консервы «Печень трески»).

Витамин А хорошо усваивается только в том случае, если в пище имеется определенное количество жиров. Поэтому хорошо сочетать, например, морковь с маслом.

Суточная потребность в витамине А взрослого человека, а также ребенка составляет 1 мг. Беременной требуется 2,5 мг. Во время кормления потребность в витамине А еще выше — 3,1 мг. Лучшее всего потребность в витамине А покрывается рыбьим жиром, поэтому беременным следует принимать его по 1 столовой ложке 3—4 раза в день.

**Группа витаминов В.** В эту группу входят витамины В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, или никотиновая кислота, и некоторые другие.

**В и т а м и н В<sub>1</sub>.** Отсутствие в пище витамина В<sub>1</sub> вызывает заболевание «бери-бери» («кожные оковы»). Эта болезнь названа так потому, что люди, пораженные ею, не в состоянии передвигаться.

В Советском Союзе это заболевание не наблюдается. Могут встречаться случаи, когда люди по ряду причин (острая инфекционная болезнь, кишечные заболевания и т. п.) принимают пищу, содержащую недостаточное количество витамина В<sub>1</sub>, и в результате развивается гиповитаминоз. Продолжительное употребление белого пшеничного хлеба, бисквитов, сахара, кофе, манной крупы, риса, мало содержащих витамина В<sub>1</sub>, также приводит к гиповитаминозу.

Гиповитаминоз В<sub>1</sub> может возникнуть у беременных, так как плод потребляет витамины матери.

Если у беременной наблюдается повышенная чувствительность на некоторых участках кожи, ощущение ползания мурашек, подергивание конечностей и порой судороги в ногах, боли по ходу нервов, дрожание колен и т. д., то необходимо немедленно обратиться к врачу женской консультации, так как эти явления нередко указывают на недостаточность в организме витамина В<sub>1</sub>.

Недостаток витамина В<sub>1</sub> в организме беременной женщины может привести к ослаблению маточной мышцы и тем самым к слабо-

сти родовой деятельности. В послеродовом периоде из-за слабости матки могут наблюдаться маточные кровотечения. Во время кормления организм женщины нуждается в увеличенном количестве витамина В<sub>1</sub>, так как молоко матери содержит этого витамина очень мало.

Богаты витамином В<sub>1</sub> черный хлеб, капуста, морковь, помидоры, горох, фасоль, крупы, молоко, яйца (желтки).

Очень много витамина В<sub>1</sub> в пивных дрожжах — в 25 раз больше, чем в мясе, и в 100 раз больше, чем в коровьем молоке. Поэтому во время беременности и кормления рекомендуется выпивать по 1/2—1 стакану пивных дрожжей два раза в день.

Суточная потребность в витамине В<sub>1</sub> при беременности (5—8 месяцев) составляет 4 мг, при кормлении грудью — 5 мг. Витамин В<sub>1</sub> выпускается в таблетках, в драже, а также в ампулах различной концентрации. Особенно рекомендуется «Горулин» — препарат из пивных дрожжей.

**В и т а м и н В<sub>2</sub>.** Отсутствие в пище витамина В<sub>2</sub> вызывает слабость, головные боли, резь в глазах, губы покрываются трещинами, особенно у углов рта. Витамин В<sub>2</sub> содержится в печени и почках крупного рогатого скота, в яичном белке, мясе, молоке, меде, горохе, помидорах. Больше всего его в пекарских и пивных дрожжах. Суточная потребность в витамине В<sub>2</sub> во время беременности составляет 4 мг и в период кормления грудью — 2 мг.

В и т а м и н В<sub>12</sub> содержит кобальт, необходимый для процессов кроветворения. Наиболее богата им говяжья печень, есть он в молоке, сыре, яйцах.

**В и т а м и н РР**, или никотиновая кислота. При отсутствии в пище этого витамина наступает болезнь — пеллагра.

Витамин РР содержится в мясе, печени, почках крупного рогатого скота, грибах, пивных и пекарских дрожжах. У беременных авитаминоз РР проявляется в сухости и атрофии кожи на голенях, напоминающей «рыбью чешую». Суточная потребность в витамине РР у беременных (5—8 месяцев) — 25 мг, у кормящих (до 7 месяцев) — 30 мг.

**Витамин С** (аскорбиновая кислота). Недостаток этого витамина вызывает цингу.

При недостатке в пище витамина С наблюдается слабость, быстрая утомляемость, недомогание, сонливость, бледность кожных покровов, боли в суставах, кровоизлияния в кожу, малокровие, восприимчивость к инфекционным заболеваниям, кровоточивость десен и т. п.

Особенно большое значение имеет витамин С для женского организма. Если яичник лишен витамина С, яйцо не может быть оплодотворено, могут прекратиться месячные, и в конце концов наступает бесплодие, а в некоторых случаях вследствие хрупкости и ломкости сосудов могут появиться маточные кровотечения.

После родов организм кормящей женщины продолжает усиленно расходовать витамин С.

Необходимо отметить, что некоторые послеродовые заболевания как-то: маточные кровотечения, плохое заживление разры-

вов промежности, воспаление органов половой сферы наблюдаются большей частью у женщин с пониженным количеством витамина С в организме.

Суточная потребность при средней затрате труда взрослого человека составляет 50 мг витамина С, потребность же беременной или кормящей равна приблизительно 150—200 мг.

Таким образом, нормальное содержание витамина С в организме беременной и кормящей женщины имеет огромное значение.

Питание должно быть разнообразное, с достаточным количеством овощей, особенно в зимнее время, когда пища сама по себе содержит незначительное количество витамина С.

Наилучшим источником витамина С являются лимоны, шиповник, черная смородина, хвойные иглы. Большое количество витамина С содержат сладкий и горький болгарский перец, капуста, хрен, крыжовник, брюква, брусника, картофель (даже мороженный). Витамин С содержит голубика, клюква, брусника. Южные сорта яблок, абрикосы, айва, слива, виноград содержат мало витамина С.

При гиповитаминозном состоянии (разрыхление десен, потеря аппетита, склонности к отекам) беременная должна принимать также концентраты витамина С, выпускаемые в виде экстракта из шиповника (по 20—25 капель 4—5 раз в день).

При отсутствии фабричных препаратов настой шиповника можно приготовить самим: плоды шиповника (200 г) отмываются от пыли холодной кипяченой водой, затем измельчаются в ступе и заливаются кипятком (1 л). Настой сохраняется в герметической посудине. После добавления сахара по вкусу настой пьют 2—3 раза в день по полстакана.

Необходимо возможно шире использовать блюда, изготовленные из овощей, фруктов, ягод и зелени (в виде салатов и т. п.). В качестве источников витамина С могут быть использованы соки ягод и овощей (черносмородиновый, голубичный, помидорный, морковный, капустный и др.).

**Витамин Д.** Этот витамин предупреждает развитие рахита. Опасность этого заболевания станет понятной, если напомнить, что при рахитическом узком тазе во время родов встречаются серьезные, угрожающие жизни осложнения, а порой роды бывают совсем невозможны.

Витамином Д богата рыба — лососи, минога, сельдь, скумбрия, а также рыбий жир, печень рыб, яичный желток. Летние продукты значительно богаче витамином Д, чем зимние.

Недостаток или отсутствие в пище витамина Д больше всего проявляется при беременности. Если пища беременной бедна витамином Д и минеральными солями (кальцием и фосфором), то у плода развивается рахит.

Недостаточность витамина Д в пище кормящих матерей отражается на росте и развитии младенца. Хотя женское молоко содержит мало витамина Д, но оно полностью усваивается ребенком, чего не бывает при искусственном вскармливании.

В связи с этим суточная потребность в витамине Д у беременных и кормящих матерей значительно выше, чем у небеременных.



В профилактике рахита большое значение имеет не только питание, но и жилищные и климатические условия. Солнечное, часто проветриваемое жилище и длительное пребывание беременной и кормящей женщины на воздухе предупреждает рахит матери и ребенка. Зимой необходимы ежедневные прогулки, так как оконные стекла не пропускают ультрафиолетовых лучей. Облучение беременных ультрафиолетовыми лучами (ртутно-кварцевой лампой) — прекрасное профилактическое средство против гиповитаминоза Д.

Ввиду того, что удовлетворить потребность в витамине Д за счет обычных продуктов питания нередко бывает трудно, беременным и кормящим женщинам необходимо ежедневно, особенно в осенне-зимний период, принимать витаминизированный рыбий жир, тем более, что в нем наряду с витамином Д, содержится и витамин А.

Выпускаемые у нас препараты «витамиоль» и «витамин Д» обладают высоким противорахитическим действием. Эти препараты разрешаются беременным и кормящим женщинам после предварительной консультации с врачом. Обычно препараты витамина Д принимают по 5—6 капель 1 раз в день на молоке, либо на воде. Большие дозы витамина Д являются ядовитыми, а потому в каждом случае нужно обращаться за советом к врачу женской консультации.

**Витамин Е.** В 1922 году ученые нашли, что для сохранения беременности и развития зародыша необходимо особое вещество, которое ими названо витамином Е.

Исследования, которые велись на животных, преимущественно на крысах, показали, что при отсутствии в пище витамина Е течка, оплодотворение и первая половина беременности протекают нормально, но во второй половине беременности наступает смерть и рассасывание плода. Возможно, что часть случаев бесплодия у женщин обуславливается отсутствием в пище витамина Е.

Витамин Е имеется в мышцах животных, поджелудочной железе, печени. Молоко и сливочное масло содержат небольшое количество витамина Е, причем летнее молоко коров богаче этим витамином, чем зимнее.

Рыбий жир, а также растительные масла в большинстве случаев не содержат витамина Е. Больше всего витамина Е в зеленых листьях растений, особенно в листьях кочанного салата и семенах пшеницы, кукурузы, овса, риса, бобов, в стручках гороха и т. д.

Витамин Е обладает очень большой устойчивостью, он не разрушается при воздействии высокой температуры (до 250°), кислот, щелочей и света.

**Витамин К.** При недостатке в пище этого витамина нарушается образование протромбина — белкового вещества, необходимого для свертывания крови. Пища редко бывает лишена этого витамина, но введение его профилактически перед родами предупреждает возникновение опасных кровотечений у рожениц и новорожденных и повышает у них содержание протромбина.

Источником витамина К являются зеленые листья капусты, шпинат, салат, тыква, морковь, соевое масло. Из продуктов животного происхождения витамина К больше всего в свиной печени. В Советском Союзе выпущен препарат витамина К — «викасол».

## Примерное меню на неделю

(хлеб белый)

Часы	Понедельник	Вторник	Среда
7—8 (1-й завтрак)	Масло слив. Яйца	Масло слив. Творог со смет. Чай с мол.	Масло слив. Яичница с лу- ком. Сыр. Чай с мол.
12—13 (2-й завтрак)	Блинч. с рисом. Молоко. Ябло- ко. Отвар ши- повн.	Винегрет с раст. маслом. Блинч. с сах. Кофе с мол. Отвар ши- повн.	Картоф. отварн. с сыром и смет. Какао с мол. Отвар шиповн.
17—18 (Обед)	Щи вегетар. с растит. маслом. Тефтели мяс. запеч. с вермиш. Яблоки печ.	Суп рис. мол. Бефстрог. из вы- вар. мяса с жар. карт. и зел. го- рош. Компот из сух. фруктов	Борщ вегетар. с раст. маслом. Мясо туш. с кукурузой или отварн. с сала- том. Фрукты или ягоды с сах.
21—22 (Ужин)	Простокваша или кефир с печеньем или булочкой		

\* По методическим указаниям Министерства

### Режим питания

Рациональное питание беременной и кормящей женщины — это не только получение достаточного количества ценных для плода и растущего организма продуктов. Чтобы пища была усвоена организмом, необходимо соблюдать режим питания. Еще великий ученый И. П. Павлов говорил, что важно не только то, что ест человек, но и то, где, когда и как он принимает пищу.

Необходимо принимать пищу регулярно, всегда точно в одно и то же время. Беспорядочное, случайное питание, питание на ходу нарушает правильную работу пищеварительных органов и вредно влияет на жизнедеятельность и работоспособность организма.

Целесообразное распределение суточного рациона беременной и кормящей женщины на протяжении дня — важное условие гигиены питания, так как потребление всего суточного пайка даже в два приема нарушает правильный режим питания, организм не может усвоить пищу.

Следует учитывать и то, что у беременных женщин, в связи с увеличением матки, расположение внутренних органов меняется. Высо-

## во второй половине беременности\*

и черный)

Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Масло сл. Редис с салат. и смет. Чай с мол.	Масло слив. Омлет	Масло слив. Творог со смет. Чай с мол.	Масло слив. Сыр, винегрет с раст. масл. Чай с мол.
Каша рис. с мяком. Кофе с мол. Яблоко Отв. шиповн. Суп перл. с карт. Судак отварн. с карт. и раст. масл. Желе фрукт.	Пудинг манный со слад. подлив. Какао с мол. Яблоко Отвар шиповн. Рассольн. вегетар. с раст. маслом. Отварн. мясо с макар. и зел. горошк. Кисель клюкв.	Картоф. оладьи. Кофе с мол. Отвар шиповн. Щи зеленые вегетар. с раст. маслом. Зразы мясн. с луком греч. кашей. Компот из свеж. фрукт.	Каша греч. с масл. Молоко. Отв. шип. Суп овощ. вегетар. Судак отварн. с овощн. гарн. Фрукты или ягоды с сах.

Простокваша или кефир с печеньем или булочкой

здравоохранения РСФСР, 1958 г.

кое стояние диафрагмы вызывает смещение сердца и связанных с ним крупных сосудов, а также сдавливание их, что нередко приводит к нарушениям кровообращения, болезненным ощущениям в области сердца и одышке. При этом беременные плохо себя чувствуют обычно после приема пищи. Им трудно лечь. Эти явления особенно бывают выражены у тучных, а тем более у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Поэтому в течение дня пища должна распределяться равномерно, причем надо избегать продуктов, вызывающих усиленное брожение. Кроме того, переполнение желудка вызывает перенапряжение пищеварительных органов и нарушение их деятельности: понижается аппетит, появляется тошнота, чувство тяжести в подложечной области. Поэтому необходимо принимать пищу 4 раза в день, с перерывами в 4—5 часов; в течение этого времени, в основном заканчивается переваривание пищи и вновь появляется аппетит.

Первый завтрак в 7 часов утра должен быть высококалорийным (30% общей калорийности суточного пайка), небольшим по объему и легко усваиваемым. Поэтому желательно включать в завтрак яйца всмятку, белый и черный хлеб, картофель, сливочное масло, творог.

## Химический состав и калорийность

Продукты	В граммах на 100 г продуктов			
	белки	жиры	угле- воды	нетто кало- рий в 100 г продуктов рыночного веса
Хлеб ржаной . . . . .	5,5	0,5	39,9	189
Хлеб пшеничный . . . . .	5,8	0,5	56,1	258
Печенье . . . . .	7,4	10,3	65,1	383
Макароны, лапша . . . . .	9,3	0,5	79,3	343
Мука пшеничная . . . . .	8,7	1,2	68,6	329
Крупа гречневая . . . . .	8	1,57	64,44	311,6
Крупа ячневая и перловая . . . . .	6,7	0,8	67,4	311
Крупа овсяная . . . . .	9,1	5,98	61,1	343,1
Крупа манная . . . . .	9,52	0,74	70,37	334,4
Рис . . . . .	6,5	0,93	72,2	334
Фасоль . . . . .	16,24	1,93	50,57	291,9
Говядина жирная . . . . .	16,63	20,79	—	261,5
Баранина жирная . . . . .	15,11	27,36	—	316
Свинина жирная . . . . .	13,78	33,3	—	366,2
Куры . . . . .	18,8	4,84	1,1	127
Сосиски . . . . .	11,78	17,46	0,39	212,3
Печень . . . . .	18,05	4,05	2,94	123,7
Сом свежий . . . . .	15,96	10,62	—	164,2
Сазан свежий . . . . .	15,2	3,24	—	92,5
Навага свежая . . . . .	15,87	0,45	—	69,3
Сельдь соленая . . . . .	10,8	8,1	—	129
Икра зернистая . . . . .	25,37	14,22	—	236,3
Масло сливочное . . . . .	1	84	0,6	787
Масло растительное . . . . .	0,5	93	—	866
Маргарин . . . . .	0,5	80	0,4	748
Молоко коровье цельное . . . . .	3,1	3,5	4,9	66
Простокваша . . . . .	3	2,7	3	50
Сметана . . . . .	4,2	24,3	4,3	256
Творог жирный . . . . .	14,1	17,1	2	227
Яйца (2 шт.) . . . . .	12,7	11,4	0,49	157,2
Картофель . . . . .	1,4	—	19	83,6
Капуста свежая . . . . .	1,44	—	4,51	24,4
Капуста квашеная . . . . .	0,8	—	1,79	10,6
Свекла . . . . .	1,2	—	8,84	41,2

\* Вес продуктов берется без отходов (овощи — очищенные,

### ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ\*

Витамины в мг на 100 г продуктов					Минеральные соли в мг на 100 г продуктов			
А	В <sub>1</sub>	С	РР	кальций	фосфор	железо	магний	
—	0,15	0,77	—	0,9	30	148	1,6	39
—	0,03	0,05	—	0,8	27	93	0,9	23
—	—	—	—	—	29	127	4	42
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	0,4	1,4	—	—	20	92	1	18
—	0,5	—	—	—	39	226	1,2	—
—	0,2	0,15	—	2,5	22	181	2	90
—	0,3	0,06	—	1	69	392	3,8	110
—	0,1	0,1	—	—	20	93	1	18
—	0,05	—	—	—	9	96	0,9	33
—	0,16	0,05	—	0,3	132	475	7,9	150
0,04	0,2	0,25	—	0,65	9	162	2,2	24
—	0,13	0,12	—	0,4	15	374	2	17
0,04	0,4	0,2	0,3	9,2	23	231	0,3	12
—	0,16	0,16	—	6,9	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
30,0	0,4	3,2	9,3	20	—	339	8,8	18
—	—	—	—	—	—	—	—	—
0,2	0,09	0,02	0,5	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
1,2	—	—	—	—	15	17	0,2	1
1,2	—	—	—	—	15	17	0,2	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
0,12	0,05	0,2	10	0,007	120	93	0,2	12
—	—	—	—	—	—	106	89	—
0,8	0,05	0,15	—	—	86	67	0,2	10
—	—	—	—	—	300	236	0,4	32
2,3	0,14	0,3	—	0,1	—	—	—	—
0,02	0,12	0,06	10	1,2	10	43	0,7	28
0,02	0,14	0,07	30	0,3	57	75	0,9	105
0,02	0,02	0,07	20	0,3	45	29	1,1	110
0,01	0,14	0,08	10	—	25	33	0,7	21

мясо — без костей).

## Химический состав и калорийность

Продукты	В граммах на 100 г продуктов			
	белки	жиры	угле- воды	нетто кало- рий в 100 г продуктов рыночного веса
Сливки . . . . .	2,8	21,5	4,3	229
Кумыс . . . . .	2,1	1,4	1,8	29
Тыква . . . . .	0,8	—	6,55	30,1
Редис . . . . .	0,96	—	4,17	21
Морковь . . . . .	1,04	—	7,4	34,6
Лук зеленый . . . . .	1,04	—	3,74	19,6
Лук репчатый . . . . .	2,0	—	8,93	44,8
Огурцы свежие . . . . .	0,8	—	2,04	11,6
Помидоры . . . . .	0,8	—	3,23	16,5
Чеснок . . . . .	3,7	—	18,3	91
Яблоки . . . . .	0,3	—	9,8	4,2
Виноград свежий . . . . .	0,6	—	14,58	62,2
Апельсины . . . . .	0,77	—	8,19	36,7
Мандарины . . . . .	0,77	—	9,0	40,1
Лимоны . . . . .	0,51	—	9,27	40,1
Малина . . . . .	0,85	—	9,18	41,1
Смородина черная . . . . .	0,85	—	12,06	52,9
Компот сушеный . . . . .	1,8	—	47,2	210
Сахар . . . . .	—	—	98,9	105,5
Мед . . . . .	1,0	—	75,9	315
Дрожжи свежие прессованные	17,2	1,3	5,5	101

Второй завтрак, через 4 часа после первого, должен составлять 10—15% общей калорийности и не должен быть большим по объему — примерно стакан кефира или простокваши, салат из цветной капусты и т. п.

Обед, через 4—5 часов после второго завтрака, должен содержать 35—40% общей калорийности, но вместе с тем не должен обременять желудка (особенно во второй половине беременности). Например, в обед можно включить не более 100—200 г хлеба, 200 г супа, 100 г отварного мяса или рыбы, 100 г гарнира, 100 г сладкого (компота). Пить чай после обеда не рекомендуется. Продукты, богатые белком (мясо, рыба, бобовые и т. п.), повышают обмен веществ, возбуждают нервную систему и долго задерживаются в желудке, поэтому их следует есть только днем во время завтрака или обеда.

Ужин рекомендуется за 1,5—2 часа до сна. На ужин следует

## основных продуктов

Витамины в мг на 100 г продуктов					Минеральные соли в мг на 100 г продуктов			
А	В <sub>1</sub>	В <sub>2</sub>	С	РР	кальций	фосфор	железо	магний
0,8	0,05	0,15	—	—	86	67	0,2	10
—	—	—	20	—	107	94	—	—
0,14	0,03	0,02	5,6	—	16	41	0,6	6
0,01	0,14	0,07	7,5	—	16	22	0,7	12
7,0	0,05	0,1	5,0	1,5	48	124	0,48	16
8,0	0,05	—	60,0	—	—	—	—	—
0,02	0,09	0,02	10,0	0,1	34	145	0,48	16
следы	0,09	0,15	5,0	0,1	16	33	3,3	9
1,7	0,07	0,04	30,0	0,4	11	26	0,4	10
—	—	—	—	—	—	—	—	—
0,1	0,05	0,05	30,6	0,5	11	0,4	—	8,0
0,02	—	0,01	2,8	0,1	18	30,0	0,7	10
0,3	0,07	0,03	40,0	0,22	34	16	0,5	12
0,6	0,08	—	30,0	—	—	—	—	—
0,4	0,05	—	40,0	0,2	36	22	0,6	7
0,3	—	—	30,0	—	42	44	0,5	24
0,7	0,06	—	300,0	—	24	35	0,6	17
—	—	—	—	—	50	105	5,0	55
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	4	19	0,7	18
—	2,0	4,0	—	40,0	—	—	—	—

употреблять пищевые продукты, легко перевариваемые и недолго задерживающиеся в желудке, например, каша (овсяную, гречневую) с молоком, овощи, богатые витаминами В<sub>1</sub> (кабачки, фаршированные помидоры с морковью), творог или простоквашу с печеньем и т. д.

Только при правильном режиме питания будут созданы все предпосылки для сохранения здоровья и профилактики заболеваний.

### Кулинарная обработка некоторых продуктов

Особое внимание нужно обратить на правильную обработку продуктов питания, так как неправильная кулинарная техника приводит к потере природных качеств в них. Так, питательная ценность мяса снижается, а вкус блюд ухудшается, если мясо пропустить через мясорубку с тупыми ножами, так как при этом мясо не режется, а мнет-

ся и теряет сок. Оставлять мясо в воде не следует, так как в воду переходят минеральные соли. Варка на пару приводит к меньшему «выщелачиванию», чем варка в воде; при тушении выщелачивание ниже, чем при варке. Во время варки бульон не следует доливать водой. Чтобы получить высокопитательное и вкусное мясо, после закипания воды в нее опускают мясо целым куском — тогда уменьшается потеря мясного сока. Варка в кипящей воде длится 2—3 часа.

При поджаривании котлет или биточков надо класть их на раскаленную сковороду, предварительно смазанную жиром. Образующиеся ароматические вещества повышают вкус и усвоение продуктов. Быстро обжаренные с двух сторон котлеты или биточки ставят на 5—10 минут в духовой шкаф. Для женщин во второй половине беременности лучше готовить котлеты на пару.

Важно уметь готовить овощи. Прежде чем приступить к очистке овощей, следует предварительно щеткой хорошо отмыть их текущей холодной водой, что значительно снижает обсемененность их микробами. При очистке поверхностный слой овощей нужно соскабливать ножом, а не срезать. Потом овощи обливают холодной водой, тотчас же опускают в кипятки и варят в плотно закрытой посуде. Оставлять в воде очищенные овощи нельзя, так как витамины и минеральные соли частично переходят в воду. Очищенные овощи, оставленные на некоторое время без воды, тоже обесцениваются, так как кислород воздуха способствует разрушению витамина С. Овощи лучше всего готовить на пару. Возможен и такой способ: положив в высокую и широкую кастрюлю, их заливают до половины кипятком и варят до полного выкипания воды.

Картофель и овощи лучше варить в кожуре. Длительная варка, как и повторное подогревание, снижает содержание витамина С в овощах.

Желательно ежедневно употреблять в пищу сырые овощи (в виде салата), фрукты и ягоды. В тех случаях, когда фрукты и ягоды употребляются в вареном виде, их варят недолго в закрытой посуде.

При приготовлении каш крупу предварительно перебирают. Манную, ячневую, гречневую просеивают через сито. Все крупы промывают теплой водой за исключением риса, саго, перловой и манной крупы. Рис промывают горячей водой, перловую крупу — холодной, саго и манную крупу не промывают. Заваривают крупу кипятком. Длительность варки зависит от крупы. Манная крупа разваривается в течение 30 минут, рис, пшено, овсяная крупа — в течение часа, гречневая крупа — в течение 2 часов, перловая — 2,5 часа. Кашу во время варки нужно взбивать—взбитая каша лучше усваивается, соль добавляют только в конце варки. Когда крупа разварена в воде до полной готовности, в нее добавляют кипяченое горячее молоко, после чего кипятят вместе с молоком 1—2 минуты.

При приготовлении пудингов, запеканок крупу разваривают до полуготовности, добавляют сахар, соль, сливочное масло или жир, после чего ставят в духовой шкаф.

Соблюдение всех вышеуказанных правил способствует сохранению питательных качеств продуктов.

Необходимо подчеркнуть, что разнообразие и высокие вкусовые



качества блюд способствуют хорошему аппетиту, а ведь: «...Только еда с аппетитом может быть максимально полезна» (И. П. Павлов).

Таким образом, к питанию беременной и кормящей женщины предъявляются следующие основные требования: пища должна быть достаточно калорийной, небольшой по объему, легко усваиваться, иметь высокие вкусовые качества. Следует ограничить употребление продуктов и блюд, повышающих возбудимость нервной системы и вызывающих усиленную работу сердечно-сосудистой системы. К ним относятся крепкий кофе, крепкий чай, крепкие мясные бульоны, острые приправы (перец, хрен и др.). Ни в коем случае нельзя употреблять алкогольные напитки (водку, вино и пр.). Необходимо помнить, что соленые блюда вызывают повышенную жажду, а чрезмерное питье затрудняет работу сердечно-сосудистой системы. Надо следить за работой кишечника. Запор и вздутие живота неблагоприятно влияют на работу сердечно-сосудистой системы и самочувствие беременной. Овощи и фрукты, овощные и фруктовые соки, мед способствуют нормальной работе кишечника.

Следует соблюдать правила гигиены: мыть руки перед едой, есть медленно, тщательно пережевывая, не наедаться чрезмерно, отдыхать до еды 15 минут и после еды 15—30 минут, но не ложиться при этом, не есть слишком горячей и слишком холодной пищи, соблюдать точно установленное время для каждого приема пищи.

Полноценное питание беременной — важное условие, в значительной степени определяющее правильное течение беременности, родов и обеспечивающее высокое качество материнского молока в послеродовом периоде.

---

## А б о р т

«Аборт» в переводе с латинского означает выкидыш. Под абортом, или выкидышем, понимают прекращение беременности до 28 недель, когда плод еще нежизнеспособен.

Аборты бывают самопроизвольные и искусственные.

### Самопроизвольный аборт

При самопроизвольном аборте беременность прекращается естественным образом, без чьего-либо вмешательства. Чаще всего это происходит при заболеваниях беременной. Если беременная больна сифилисом или гонореей, но не лечится, то может наступить выкидыш. При правильном и настойчивом лечении беременность сохраняется.

Самопроизвольный аборт могут вызвать острые инфекционные заболевания (грипп, ангина, воспаление легких, дизентерия и др.), в особенности сопровождающиеся высокой температурой. Однако при своевременном, правильном лечении этого можно избежать.

Если в матке или ее придатках (трубах, яичниках) имеется воспалительный процесс, то аборт может наступить при небольшом сотрясении, поднятии тяжестей и т. д. В ряде случаев аборт вызывается неправильным положением матки (наклонения, загибы, отклонение в сторону и т. п.).

Самопроизвольный аборт может наступить при заболеваниях сердца и сосудов, при воспалениях почек. Сахарная болезнь (диабет) в большинстве случаев сопровождается бесплодием, но если все же беременность наступила, то она обычно заканчивается абортом.

Самопроизвольные выкидыши часто происходят при недоразвитой матке. Последнее обстоятельство возникает при нарушении питания (недостаток витаминов), после тяжелых заболеваний в детстве или в период полового созревания, при расстройстве функций желез внутренней секреции.

Недостаточное развитие мускулатуры матки ведет к тому, что на 12—15-й неделе беременности матка перестает увеличиваться, и это приводит к аборту.

Опасность самопроизвольного аборта особенно велика при первой беременности. Повторную беременность удастся сохранить чаще. Хорошие результаты дает лечение: богатое витаминами питание, лечебная гимнастика, массаж, грязелечение, электролечение, правильное чередование труда и отдыха, а также лечение гормонами.

Самопроизвольный выкидыш наступает при каких-либо пороках развития матки (перегородка в матке, двойная, двурогая матка и т. п.), а также при инфекционных заболеваниях (грипп, пиелит и др.).

Иногда причиной самопроизвольного аборта может стать нарушение деятельности желез внутренней секреции (зоб, Базедова болезнь и др.), а также недостаток в организме витамина Е, так называемого витамина плодovitости.

В некоторых случаях аборт могут вызвать сильные душевные расстройства, особенно внезапные. Опухоли матки и ее придатков (фибромиомы, кисты яичников) иногда также могут быть причиной аборта. Наблюдения показывают, что после удаления опухолей последующая беременность заканчивается нормальными родами.

Наконец, самопроизвольный аборт может вызываться ненормальным прикреплением плодного яйца, а также при длительном употреблении алкоголя, никотина.

Начало самопроизвольного аборта сопровождается болями схваткообразного характера в низу живота; тянущие боли могут быть в пояснице. Затем, в связи с отслойкой плодного яйца или детского места от стенки матки, наступает нарушение целостности кровеносных сосудов и в результате появляются кровянистые выделения из половых органов, переходящие иногда в сильное кровотечение. С кровью выходят лишь отдельные частички плодного яйца, поэтому женщина постепенно теряет много крови, и аборт принимает затяжной характер. Чтобы предупредить потерю крови и возможные осложнения, каждая женщина при первых признаках аборта (боли, кровянистые выделения после задержки менструации) должна немедленно обратиться в женскую консультацию или родильный дом, где ей окажут помощь.

### **Искусственный аборт**

В некоторых случаях прерывание беременности производится в лечебном учреждении по так называемым медицинским показаниям, когда продолжение беременности может повести к тяжелому заболеванию женщины, а роды представляют для нее серьезную опасность. Это касается прежде всего беременных, страдающих тяжелыми и стойкими поражениями сердца и сосудов, а также больных длительным повышением кровяного давления. Невозможно продолжать беременность при некоторых заболеваниях почек, а также при туберкулезе, который обостряется во время беременности и истощает организм, при заболеваниях печени (особенно сопровождающихся желтухой), злокачественном малокровии или лейкозном.

Если у женщины во время беременности или в прошлом обнаруживались злокачественные опухоли, беременность должна быть искусственно прервана. Наконец, при резком сужении таза, эпилепсии, психических заболеваниях и поражениях глаз беременность также противопоказана.

Следует помнить, что прежде, чем обратиться в лечебное учреждение с просьбой об аборте, нужно с самого начала беременности быть под наблюдением женской консультации. Каждая женщина должна знать, что существует ряд заболеваний, при которых нельзя произвести аборт. Неосведомленность в этом вопросе приводит к тому, что беременной, имеющей право на аборт, временно отказывают из-за противопоказаний, и она прибегает к подпольному аборту, который часто оканчивается для нее трагически.

При гнойных заболеваниях — гонорее, язвах — аборт представляет угрозу для жизни, так как может явиться причиной тяжелого общего заражения организма. Медицинским противопоказанием к аборту является и большой срок беременности. Аборт допускается только до 12 недель беременности, так как в более поздние сроки искусственное прерывание беременности вызывает опасные осложнения (сильное кровотечение, возможность прободения стенок матки).

23 ноября 1955 года Президиум Верховного Совета СССР принял Указ об отмене запрещения абортот. В случае, если женщина захочет прервать беременность, ей предоставляется полная возможность произвести эту операцию в лечебном учреждении, с наименьшим риском для здоровья. Тем самым устраняется опасность производства внебольничного аборта, наносящего огромный вред здоровью женщины.

Многие смотрят на аборт как на невинную, безвредную операцию, избавляющую их от нежелательной беременности. Но это неверно. Как всякое хирургическое вмешательство, аборт может отрицательно отразиться на здоровье.

Как уже было сказано, с момента зачатия во всем организме женщины происходят сложнейшие изменения. Весь организм беременной перестраивается, приспосабливается к новым условиям. На большинство женщин беременность оказывает благотворное влияние и служит оздоравливающим фактором. В этот период они чувствуют себя бодрыми, работоспособными, у них улучшается обмен веществ, состав крови и т. д. И вот эти благотворные изменения вдруг подвергаются насильственному разрушению — аборту. Вся перестройка организма беременной обрывается, а это не может не отразиться на состоянии ее здоровья. Внезапное прерывание беременности прежде всего оказывает отрицательное влияние на центральную нервную систему — появляется невроз. Повторные аборты еще более ухудшают состояние организма.

Помимо этих нарушений после аборта нередко возникают серьезные заболевания, требующие длительного лечения. Если даже опытный врач не всегда может избежать тяжелых осложнений, возможных при искусственном прерывании беременности, то легко можно понять, какую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины

представляют так называемые внебольничные аборты. Не подлежит сомнению, что исход аборта во многом зависит от того, насколько тщательно подготавливают женщину к операции, которая должна производиться в операционной комнате в условиях хирургической асептики и антисептики. При внебольничном аборте женщина не подвергается предварительному медицинскому исследованию, ее не подготавливают к операции, поэтому осложнения бывают очень тяжелыми. Источником инфекции при внебольничном аборте служат предметы, употребляющиеся для прерывания беременности. Инфекция приводит к заражению крови (сепсису), которое нередко заканчивается смертью.

Если трудно иногда предотвратить инфекцию при производстве аборта в лечебном учреждении, несмотря на то, что операцию ведет опытный специалист с помощью стерильных инструментов, то внебольничный аборт почти всегда влечет за собой развитие инфекции или в виде общего заражения, или в виде воспаления половых органов.

Операция искусственного аборта протекает следующим образом. При помощи специальных инструментов, так называемых расширителей, раскрывается шеечный канал матки, а затем плодное яйцо выскабливается с полости матки особым инструментом — острой ложкой. Операция производится в основном вслепую, на ощупь. В связи с этим не исключена возможность сквозных ранений — прободение шейки или матки. Такие тяжелые осложнения при операции искусственного аборта, производимого в лечебных учреждениях, встречаются исключительно редко, кроме того, в этих случаях своевременно принимаются соответствующие меры (срочная операция, антибиотики).

Операция аборта требует специальной квалификации, хорошего знания анатомии половых органов женщины, большого врачебного опыта. Всего этого нет, конечно, у невежественных в медицине лиц, и поэтому при внебольничных абортах часто возникают не только прободения матки и влагалища, но и повреждения кишечника, мочевого пузыря и других органов.

Особенно опасен аборт для нерожавшей женщины, так как узкий канал шейки матки требует для своего расширения значительных усилий. Это обычно сопровождается образованием более или менее глубоких трещин и надрывов в области наружного и внутреннего зева шейки. Через них проникают различные бактерии и вызывают воспаление внутренних половых органов.

Даже при самом благоприятном течении аборта в полости матки и ее шейке остаются незаметные ранения — царапины, уколы и т. п., которые в дальнейшем оставляют после себя рубцы и служат причиной постоянных болей. При последующих родах на месте оставшихся рубцов может наступить разрыв матки. Кроме того, рубцы, заполняющие трещины и надрывы, могут нарушить сократительную способность маточной мышцы, что приводит впоследствии к слабости родовой деятельности.

У повторноремеменных указанные выше осложнения встречаются реже, однако при внебольничных абортах повреждения матки и

соседних органов возникают гораздо чаще, протекают тяжелее, последствия их бывают несравненно серьезнее и нередко приводят к смерти.

Помимо указанных последствий, искусственный аборт ведет иногда и к другим осложнениям. Особенно опасно кровотечение. При операции аборта во время выскабливания вскрывается большое количество кровеносных сосудов, а чтобы остановить кровопотерю, матка должна сократиться и тем самым зажать открытые кровеносные сосуды — их ведь невозможно зашить, как это требуется в хирургии. Если же в силу ранее перенесенных травм половой сферы или каких-либо заболеваний матка потеряла способность сокращаться, то вскрытые сосуды во время аборта продолжают зиять, и кровотечение становится опасным для жизни. Если это случилось в лечебном учреждении, то жизнь больной могут спасти срочно принятые меры (переливание крови, операция и т. п.). Когда же кровотечение возникает во внебольничной обстановке, то истекающая кровью женщина погибает раньше, чем ей окажут медицинскую помощь. Иногда кровотечения при внебольничном аборте имеют затяжной характер, и женщина кровоточит неделями; в результате развивается тяжелое малокровие, которое надолго подрывает силы женщины и делает ее нетрудоспособной. Такие затяжные кровотечения вызываются неполным опорожнением матки при внебольничном аборте. Оставшиеся кусочки плодного яйца и сгустки крови, подвергаясь гнилостному разложению, распространяются по сосудам и ускоряют гибель больной, вызывая общее заражение крови.

Осложнения после аборта не всегда проявляются сразу. Часто женщина вначале чувствует себя неплохо, но через некоторое время у нее наступают расстройства менструального цикла. Обычно при нормальном течении послеперенесенного периода слизистая оболочка полости матки восстанавливается примерно к 7—10-му дню после выскабливания. Но так как после аборта в матке образуется большая раневая поверхность, то микробы, занесенные инструментами, руками либо по току крови из какого-либо воспалительного очага (гнойный процесс зубов, маточных труб и т. п.), находят здесь благоприятные условия существования и вызывают воспаление.

Воспаления внутренней оболочки матки ведут к нарушению менструаций, которые становятся обильными, нерегулярными и протекают с болями в низу живота и пояснице. Эти изменения нередко являются причиной самопроизвольных выкидышей, а также ведут к неправильным расположениям детского места и, что бывает чаще, к вращению его в мышцу матки. Указанные неправильности могут вызвать тяжелые осложнения при последующих родах.

В некоторых случаях после искусственного аборта количество крови, выделяемой во время каждой регулы, уменьшается или месячные вовсе прекращаются. Такие явления наблюдаются обычно после чрезмерных соскабливаний слизистой оболочки матки, так как нарушается и затягивается восстановление ее. В связи в этом менструации могут прекратиться на несколько месяцев, а иногда и вовсе исчезнуть. В результате матка атрофируется, уменьшается и становится неспособной к вынашиванию плода. Одновременно нарушается деятельность яичников, возникают нервные расстройства: головные

боли, бессонница, понижение полового чувства, иначе говоря. наступает преждевременное увядание женщины.

Особенно вреден аборт для женщин, у которых недоразвиты половые органы. Под влиянием искусственного аборта и выскабливания недоразвитие матки остается стойким и часто сопровождается бесплодием и отсутствием менструаций.

Одно из самых тяжелых последствий аборта — бесплодие. Оно возникает в результате воспалительного процесса в трубах, когда образующиеся спайки делают их непроходимыми.

Изменения в трубах после аборта могут создать препятствия для нормального продвижения яйца, и оно застревает в трубе. Наступает внематочная беременность, требующая срочного хирургического вмешательства.

Таким образом, каждая женщина должна помнить о той опасности и тяжелых последствиях, с которыми всегда связан аборт, особенно когда он производится во внебольничной обстановке.

Женщины, подвергающиеся искусственному аборту, должны помнить о следующих гигиенических правилах:

в течение 10 дней после выписки из лечебного учреждения нельзя выполнять тяжелую физическую работу: поднимать тяжести, стирать белье, мыть полы и т. п.;

ежедневно два раза в день подмываться кипяченой теплой водой с мылом. Спринцеваться нельзя;

после аборта кровянистые выделения прекращаются обычно через 5—6 дней. Желтоватые выделения могут продолжаться в течение 10—14 дней. Если выделения усиливаются, появляются сгустки крови, боли в низу живота, в пояснице, а тем более при появлении схваток необходимо немедленно обратиться в женскую консультацию;

половые сношения разрешаются лишь через 5—6 недель после аборта, так как только по истечении этого срока половые органы женщины восстанавливаются. Раньше этого срока половые сношения недопустимы.

Первая менструация после аборта появляется обычно в те числа месяца, в которые она была до последней беременности. Если же менструация начинается раньше этого срока или позднее, следует посоветоваться с врачом женской консультации, чтобы своевременно принять меры и предупредить возможные осложнения.

## Методы предохранения от беременности

В некоторых случаях, когда по каким либо причинам супруги считают необходимым временно воздержаться от рождения ребенка, им следует принимать меры по предупреждению беременности, чтобы не прибегать в дальнейшем к аборту. Но следует помнить, что не все противозачаточные средства безвредны.

Некоторые женщины смазывают шейку матки различными прижигающими веществами или вводят в полость матки настойки йода и других веществ. Это не предохраняет от беременности, а кроме того, может стать причиной тяжелого воспалительного процесса внутренних половых органов (брюшины, труб, яичников), в результате которого наступает непроходимость труб, а отсюда — бесплодие или внематочная беременность.

Необходимо помнить, что все внутриматочные смазывания, впрыскивания, прижигания, введение каких-либо инструментов, несомненно, сопряжены с большой опасностью для жизни женщины.

Одним из вредных способов предупреждения зачатия считается прерванное, неполное половое сношение.

При нормальном половом акте напряжение нервно-мышечного полового аппарата и всей нервной системы обычно сменяется состоянием расслабления и покоя, а резко усиливающийся прилив крови к половым органам сменяется нормальным кровоснабжением. Если же половое возбуждение внезапно обрывается, то наносится травма центральной нервной системе, а при частом повторении это дает вредные последствия. Прилив крови к половым органам принимает длительный и застойный характер, в результате чего женщина ощущает боли в пояснице и бедрах; наступает стойкое увеличение матки и патологическая секреция — бели, увеличивается менструальное кровоотделение. Некоторые считают, что под влиянием неполного полового акта у женщин могут наблюдаться эрозии шейки матки. Помимо общей разбитости, усталости, возбужденности после такого полового акта наступают психоневротические расстройства (потеря полового влечения, бессонница, головные боли) и даже истерические припадки.



Противозачаточные средства можно разделить на три группы. Первая группа — механические средства; их цель — закрыть доступ сперматозоидам из влагалища в канал шейки матки. Вторая группа — химические средства; они создают во влагалище неблагоприятную среду, в которой сперматозоиды погибают либо становятся неподвижными и не могут продвинуться в канал шейки матки. Третья группа — комбинированные средства; сочетание механических и химических веществ.

### Механические противозачаточные средства

К механическим противозачаточным средствам, применяемым мужчиной, относится резиновый презерватив, «кондом» (по имени изобретателя — доктора Контома). Женщины могут использовать шеечные колпачки.

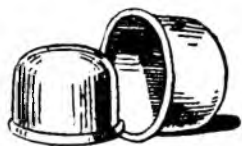
Мужской презерватив готовится из особой тонкой резины и служит для того, чтобы сперма не попала во влагалище.

В случае нарушения целостности презерватива женщине следует немедленно проспринцеваться слабым раствором уксуса (2—3 столовых ложки на 4 стакана кипяченой воды) или марганцевокислого калия (1 столовая ложка 2-процентного раствора на 4 стакана кипяченой воды температуры 37°).

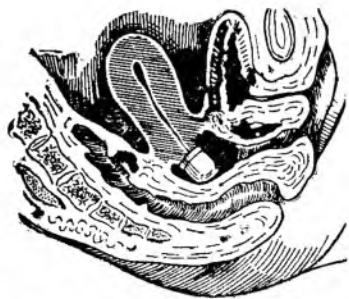
Шеечные колпачки «Кафка» изготавливаются из алюминия, серебра, пластмассы, вулканизированного каучука, резины. Прикрывая наружный зев шейки матки, они преграждают доступ сперматозоидам в матку. Чаще всего применяются металлические колпачки, напоминающие наперсток.

Шеечные колпачки можно применять только при совершенно здоровой шейке матки, при отсутствии язв в области наружного зева и воспалительных изменений в канале шейки матки. Нельзя применять колпачки при разрывах шейки, ощущении стенок влагалища и матки, при недоразвитой шейке, при воспалении влагалища и шейки, а также после перенесенных воспалительных процессов внутренних половых органов.

Очень важно, чтобы размер колпачка соответствовал величине и форме шейки матки. Маленький колпачок может сдавить шейку матки, нарушить кровообращение в ней и способствовать образованию эрозии. Если же колпачок очень широк и не охватывает шейку матки, то при половом сношении он может сместиться, что даст возможность сперматозоидам проникнуть в шеечный канал. Поэтому использовать металлический колпачок женщина может только после тщательного гинекологического обследования в женской консультации. Врач (или акушерка) определяет положение и форму шейки матки, подбирает 3—4 номера колпачков и кипятит их. После этого с помощью зеркала обнажает влагалищную часть шейки матки, внимательно осматривает ее (нет ли гнойных выделений вокруг зева: ярко-красной каймы — эрозии). Если состояние влагалища и шейки не



Колпачок  
«Кафка».



*Колпачок «Кafka», надетый на шейку матки.*

В некоторых случаях колпачок удобнее надеть с помощью пальцев. Как указано выше, заранее производится тщательный гинекологический осмотр и соответствующая обработка влагалища и шейки матки. После этого врач (акушерка) надевает колпачок на указательный палец правой руки (предварительно тщательно вымыв руки, вводит его во влагалище. Колпачок продвигают по задней стенке влагалища и, когда край колпачка, надетого на палец, достигает шейки матки, палец из колпачка вынимают. Затем колпачок поворачивают открытой стороной к шейке матки, и он легко присасывается, как бы сам наползает на шейку. После этого следует проверить, правильно ли охватывает колпачок шейку. Перед надеванием колпачка следует влить в него немного (1 мл) противозачаточной пасты.

Чтобы проверить, правильно ли подобран колпачок, женщина должна явиться в консультацию для осмотра в ближайшие дни после полового сношения. Колпачок можно носить в течение нескольких (не более 6—7) дней, после чего следует его снять на сутки и затем вновь надеть. Перед снятием колпачка и после снятия следует спринцевать влагалище слабым дезинфицирующим раствором (2 столовых ложки древесного уксуса на 4 стакана воды). За 2—3 дня до предполагаемой менструации колпачок снимается и надевается вновь не раньше 2—3 суток после окончания менструации. Не рекомендуется надевать колпачок ранее, чем через 3—4 месяца после родов и через 2—3 дня после окончания первой менструации после аборта. Удалить колпачок женщина может сама, при условии, если она научилась этому в консультации. Женщина, пользующаяся колпачками «Кafka», должна систематически посещать женскую консультацию для контроля за состоянием шейки матки.

Влагалищный колпачок «КР». Это куполообразный резиновый чехол, надетый на пружинистый кольцевой ободок. Он вводится во влагалище и образует перегородку, препятствующую проникновению сперматозоидов к шейке матки.

Колпачок, введенный во влагалище, упирается нижним краем в задний влагалищный свод, закрывая шейку матки, а верхним — в переднюю стенку влагалища. Располагается он не в поперечном, а в косом положении, по длине влагалища. Если у женщины опущены стенки влагалища и матки или имеются кровоточащие язвы (эрозии) шейки, то применять колпачок нельзя.

Колпачки бывают различных размеров. Наиболее употребительны номера 70, 75, 80, 85. При пользовании резиновым колпачком важно правильно подобрать необходимый номер, который назначает врач. Если колпачок будет малого размера, то не исключена возможность проникновения сперматозоидов между ободком колпачка и стенкой влагалища в шейку матки, если же колпачок будет больших размеров, он будет давить на стенку влагалища и вызывать ее раздражение.

Ввести колпачок во влагалище женщина может сама. Перед этим она должна тщательно вымыть руки. Колпачок обмывается водой с мылом и дезинфицирующей жидкостью (2-процентным раствором борной кислоты). Внутренняя поверхность и края колпачка густо смазываются противозачаточной пастой или борным вазелином.

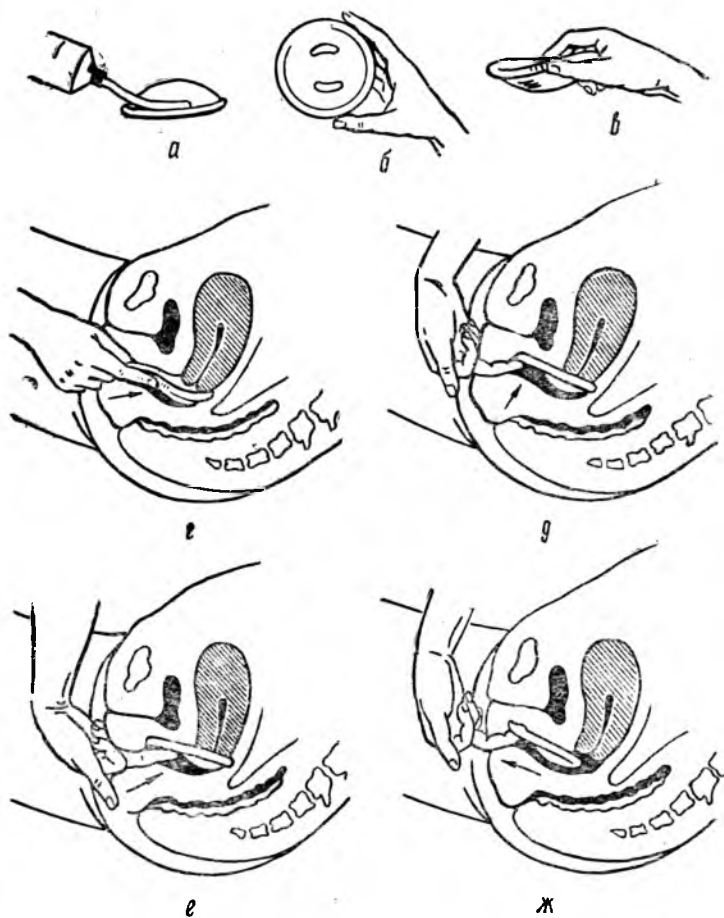
Можно также использовать мыльную пудру «Нега» (для бритья), которая насыпается на дно колпачка. Затем берут колпачок двумя-тремя пальцами правой руки и сдавливают кольцевой ободок так, чтобы он принял удлиненную форму (см. рис.). В таком виде колпачок, обращенный выпуклостью кзади, вводят во влагалище и продвигают по его задней стенке до тех пор, пока он не упрется в стенку заднего свода позади шейки матки. Затем пружину отпускают и после того, как колпачок расправится, передний край его пальцами прижимают к передней стенке влагалища. Тогда колпачок во влагалище принимает косое положение.

Надевать колпачок удобнее сидя на корточках. Если у женщины шейка матки обращена кзади, резиновый колпачок является хорошим противозачаточным средством. Женщинам, у которых шейка матки обращена впереди или прямо во влагалище, колпачок «КР» применять нельзя, так как он не будет держаться.

Необходимо тщательно проверить расположение колпачка, так как с самого начала он может быть ошибочно введен не в задний, а в передний свод; при этом шейка матки останется открытой и доступной для проникновения сперматозоидов. Необходимо проверить также, не смещается ли колпачок и плотно ли прилегает ободок колпачка к стенкам влагалища.

Колпачок вводится во влагалище незадолго до полового сношения и спустя 8—12 часов его следует удалить. Резиновые колпачки нельзя надолго оставлять во влагалище, так как под влиянием влагалищных выделений от резины отделяется сера, которая может вызвать раздражение слизистой оболочки влагалища.

Чтобы извлечь колпачок, женщина вводит палец во влагалище и нащупывает под лонным сочленением передний край колпачка; вошедший воздух отталкивает колпачок, который сам свободно спадает в полость влагалища. Согнутым пальцем женщины захватывает его и извлекает.



*Введение резинового колпачка «КР».*

**а, б** — смазывание колпачка противозачаточной пастой; **в** — сжатие колпачка перед введением его во влагалище; **г** — введение колпачка во влагалище; **д** — прижатие колпачка; **е** — проверка правильности расположения колпачка; **ж** — извлечение колпачка.

После полового сношения и перед извлечением колпачка женщина не спринцуется.

После удаления колпачок хорошо промывают водой с мылом, насухо вытирают и хранят в чистой салфетке. Лучше хранить в сыром месте или в слабом растворе глицерина, можно в слабом дезинфицирующем растворе.

Необходимо иметь в виду, что при неумелом хранении резина колпачка может высохнуть, потерять эластичность и дать трещины. Поэтому перед каждым употреблением следует проверить колпачок — цел ли он.

Влагалищный колпачок наиболее эффективен по сравнению с другими механическими средствами и безвреден.

### Химические противозачаточные средства

Применение химических средств для предупреждения зачатия основано на биологических особенностях сперматозоидов.

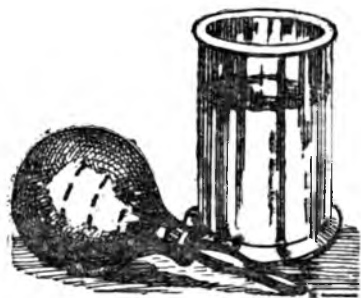
Как известно, для сохранения жизнеспособности сперматозоидов требуется ряд условий. Так, для них необходима определенная температура (35 градусов тепла), определенная реакция той среды, куда они попадают (щелочная) и т. д. Понижение температуры до нуля, жидкости кислой реакции парализуют деятельность сперматозоидов. Обыкновенная вода уже через 10 секунд способствует тому, что сперматозоиды свертываются петлей и становятся неподвижными. Столовый уксус губит сперматозоидов в 10 секунд.

В качестве противозачаточных средств применяют, однако, лишь такие вещества и в таких концентрациях, которые безвредны для здоровья женщины и не раздражают слизистых оболочек полового канала.

Кроме того, эти средства не должны понижать полового чувства, оставлять пятен на белье и издавать неприятный запах.

Химические противозачаточные средства применяются в настоящее время в трех видах: а) влагалищные спринцевания (промывания); б) влагалищные шарики, таблетки, лепешки, пасты; в) губки и тампоны, пропитанные химическими веществами.

Спринцевания (души) с одной стороны действуют как механический фактор — удаляют сперму из влагалища, а с другой — как химический — оказывают губительное действие на сперматозоидов. Для промывания влагалища употребляются чаще всего обыкновенная кружка Эсмарха, рези-



Стеклянный сосуд с водой  
и баллон для спринцевания.

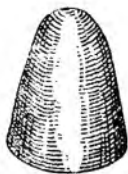
новый баллон или резиновая кружка. Хотя резиновые баллоны и кружки очень портативны, но чистятся с трудом, в то время как кружку Эсмарха можно держать в надлежащей чистоте. Спринцевание нужно производить не в лежачем положении, а «на корточках» над каким-либо сосудом (над ведром, над тазом), то есть при вертикальном положении женщины.

При пользовании кружкой Эсмарха ее нужно поднять на 0,5 м над головой, чтобы получить струю достаточной силы. Сильная струя получается и при сдавливании баллона.

Спринцеваться необходимо медленно, не спеша, в среднем 4—5 минут, чтобы жидкость как следует промыла все складки влагалищной стенки. Воду нужно употреблять кипяченую, температура ее должна быть не ниже 30—32°. Более холодное или более горячее промывание может вызвать воспаление влагалища и матки.

Спринцевание нужно сделать тотчас же после полового сношения, в противном случае сперматозоиды могут проникнуть в шейный канал, откуда их уже очень трудно удалить.

Для большей гарантии против зачатия при спринцевании к воде рекомендуется прибавлять те или иные химические вещества, которые оказывают губительное действие на сперматозоиды. Самым простым и безвредным средством считается раствор обыкновенной поваренной соли (столовая ложка на 4 стакана воды). К сравнительно безвредным средствам относятся также древесный уксус (2 столовые ложки на литр воды). Можно использовать и борную кислоту (3 чайные ложки на литр воды). Безвреден также марганцевокислый калий (1 столовая ложка 2-процентного раствора на литр воды). Упомянутый раствор марганцевокислого калия можно приготовить в домашних условиях: 2 г кристаллического марганцевокислого калия растворяется в полустакане кипяченой воды. Полученный раствор хранится в темной бутылочке и в темном помещении. Через 7—10 дней после изготовления раствор теряет свои качества и необходимо готовить свежий.



Влагалищный шарик.

Влагалищные шарики, паста. Противозачаточные шарики «контрацептин», которые имеются в аптеках, содержат хинозол, желатин. Они растворяются во влагалище и тем самым создается неблагоприятная среда для сперматозоидов. Такие влагалищные шарики очень удобны, портативны, считаются не менее надежным средством предохранения от беременности, чем другие средства.

Влагалищный шарик необходимо вводить минимум за 10 минут до полового акта; после применения шарика непременно должно быть сделано влагалищное спринцевание для удаления из влагалища остатков расплавившегося шарика вместе со спермой.

Достаточно эффективна паста (мазь), в состав которой входит хинозол, крахмал, глицерин, вода. При введении во влагалище паста равномерно распределяется по всем его стенкам и покрывает наруж-

ный зев шейки матки. Раздражений слизистой оболочки влагалища паста не вызывает.

Из химических средств, употребляемых женщинами с целью предохранения, предлагается грамицидиновая паста. Пасту можно вводить либо через наконечник, либо на ватном тампоне. Вводить пасту следует сидя на корточках или лежа на спине. После сношения слегка потужиться, чтобы часть спермы излилась наружу, и ввести во влагалище новую порцию пасты. Спринцевание не применяется.



*Шприц для введения противозачаточной пасты.*

Применение химических противозачаточных средств может не дать желаемого результата в тех случаях, когда шейка матки обращена кпереди к лону (шейка матки не будет погружена в содержимое шарика пасты), при наличии рубцов от разрыва промежности и тазового дна, сопровождающихся опущением стенок влагалища и матки (масса шарика будет выливаться из влагалищной трубки).

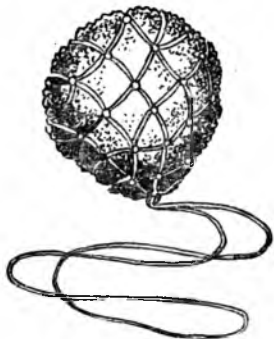
**Губки, тампоны.** Этот способ предохранения от беременности нельзя назвать только химическим, так как губка и тампон могут одновременно рассматриваться и как механические средства против внедрения сперматозоида в канал шейки матки.

Резиновые или морские губки перевязываются крестообразно шелковой ниткой, пропитываются каким-либо химическим веществом (1-процентным раствором уксусной кислоты) и вводятся во влагалище ближе к шейке матки. Таким образом создается препятствие для продвижения сперматозоидов в шейечный канал, и кроме того, под действием раствора, которым пропитана губка, сперматозоиды погибают. Губка должна плотно прилегать к стенкам влагалища и глухо закрывать отверстие шейки матки. Если губка слишком велика, она препятствует половому акту, если слишком мала, то не достигает цели. Размеры губки должны быть приблизительно  $4 \times 8$  см.

Губка вводится перед половым актом и вынимается тотчас же после его окончания, а вслед за этим рекомендуется сделать спринцевание раствором уксусной или борной кислоты (некоторые рекомендуют делать спринцевание до извлечения губки, однако едва ли можно это считать рациональным).

Применение губок, особенно в комбинации с каким-либо химическим веществом (хинозоловая паста) и с последующим спринцеванием, можно считать достаточно надежным средством. Следует только помнить, что губка должна быть вплотную придвинута к шейке матки.

Относительным недостатком применения губок является то обстоятельство, что их нужно часто дезинфицировать. Лучше всего перед каждым сношением применять новую губку. В крайнем случае после потребления ее следует тщательно вымыть мылом, прокипя-



*Резиновая трубка*

тить и хранить в чистой салфетке. Если же губки содержатся негигиенично или недостаточно часто меняются, то они могут послужить источником инфекции и вызвать заболевания полового аппарата женщины. Поэтому рекомендуется заменять губку ватным тампоном.

Тампоны женщина может приготовить сама. Для этого туго скатанная вата или марля перевязывается поперек тонкой крепкой ниткой и вводится во влагалище до полового акта. Тампон следует ввести во влагалище (предварительно вымыв руки) как можно глубже, чтобы он полностью прикрыл шейку матки. Концы нитки оставляется длинным, чтобы

удобнее было извлечь тампон после полового сношения.

Тампон следует пропитать каким-либо химическим раствором — лучше всего глицерином или раствором древесного уксуса.

Желательно сразу же после извлечения тампона дополнительно произвести спринцевание дезинфицирующим раствором. После употребления тампон выбрасывается.

Тампоны безвредны для организма женщины, и если употреблять их, соблюдая все вышеуказанные условия, то это является достаточно надежным противозачаточным средством.

В заключение надо сказать, что наилучшие результаты и почти абсолютную гарантию временного бесплодия дают комбинированные методы. Так, наиболее целесообразно применение мужских презервативов с одновременным введением во влагалище шариков или пасты, а при пользовании женскими влагалищными колпачками «КР» — смазывание колпачка противозачаточной пастой с последующим спринцеванием каким-либо химическим веществом.

### **Физиологический метод предохранения от беременности**

В течение менструального цикла у женщины имеется определенный период, наиболее благоприятный для зачатия. Утверждают, что женщина может забеременеть только в течение немногих, ближайших к моменту овуляции дней, а в остальные дни менструального цикла она физиологически бесплодна.

Таким образом, женщина, знающая свой благоприятный и неблагоприятный периоды зачатия, может некоторое время не опасаться беременности, а в другие дни использовать противозачаточные средства с достаточной эффективностью.

На чем же основана возможность использования натурального, или физиологического метода?

Во-первых, на том, что яйцеклетка теряет активность к оплодотворению спустя уже несколько часов после овуляции (некоторые



ученые увеличивают этот срок до 5 дней и более). Во-вторых, на том, что срок жизнеспособности сперматозоидов в половом аппарате женщины исчисляется двумя—тремя днями. В-третьих, на том, что овуляция наступает за 12—16 дней до начала новой менструации.

Плодородный период, то есть тот промежуток времени, в течение которого возможно зачатие, у различных женщин падает на различные дни менструального цикла в зависимости от его продолжительности.

Женщин с совершенно правильным циклом не существует. У каждой женщины длина ее цикла постоянно колеблется. Одной женщине свойственен цикл в 23—28 дней, другой — в 26—30 дней и т. д. Чтобы выяснить тип цикла, свойственный данной женщине, необходимо по крайней мере в течение года записывать дни менструаций и таким образом вычислять продолжительность отдельных циклов. Затем по этому типу менструации определяется свойственный женщине плодородный период. Чтобы упорядочить ведение записей и облегчить выявление типа менструального цикла, следует пользоваться календарем (стр. 174), где отмечается первый день менструаций и продолжительность отдельных менструальных циклов.

Таким образом, определив срок овуляции, можно установить благоприятные и неблагоприятные для зачатия дни.

Сроки овуляции иногда перемещаются под влиянием перемены климата, психических расстройств, физических нагрузок и др. В большинстве же случаев овуляция наступает за 12—16 дней до менструации. Поэтому от числа первого дня ожидаемой менструации отнимается 16 дней и таким образом устанавливается одна из границ срока овуляции. Если к полученной дате прибавить 4 дня, то получится вторая граница срока овуляции.

Например: менструальный цикл у женщины составляет 28 дней; 1-й день ожидаемой менструации — 26 марта,  $26 - 16 = 10$  марта.  $10 + 4 = 14$  марта. Следовательно, овуляция в данном случае может наступить в период с 10 по 14 марта.

В случае колебаний менструального цикла к числу срока овуляции прибавляется число, соответствующее колебаниям месячных. Пример: менструальный цикл женщины колеблется в пределах 25—27 дней, первый день ожидаемой менструации 27—30 июня.  $27 - 16 = 11$  июня,  $11 + 4 = 15$  июня.  $15 + 2 = 17$  июня. Следовательно, овуляция в данном случае может наступить с 11 по 17 июня.

Для определения благоприятных и неблагоприятных периодов зачатия необходимо, кроме определения дней овуляции, высчитать еще возможные дни зачатия, зависящие от срока жизнеспособности сперматозоидов в половом аппарате женщины и исчисляющиеся 2—3 днями. Это определяется следующим образом: от числа ожидаемого дня менструации следует отнять 19 дней (16 дней для установления одной из границ срока овуляции плюс 3 дня, в течение которых сперматозоиды могут жить до момента овуляции). К полученному числу прибавляют 7 дней (4 дня для учета второй границы срока овуляции и 3 дня для учета периода оплодотворяющей способности сперматозоидов).

В случае колебаний менструального цикла, при вычислении вре-

мени зачатия прибавляется еще число, соответствующее колебаниям месячных.

Пример: менструальный цикл у женщины колеблется в пределах 25—27 дней, первый день ожидаемой менструации — 27—30 апреля.  $27 - (16 + 3) = 8$  апреля;  $8 + (4 + 3) = 17$  апреля.

Следовательно, в данном случае зачатие возможно в период с 8 по 17 апреля. Женщине рекомендуется в эти дни воздерживаться от половой жизни.

Необходимо подчеркнуть, что в зависимости от длительности менструального цикла изменяется только период, предшествующий сроку овуляции. Периоды самой овуляции и после нее остаются без изменений.

Приводим таблицу Васильевой, по которой вычисляется длительность неблагоприятного и благоприятного для зачатия периодов в зависимости от продолжительности менструального цикла.

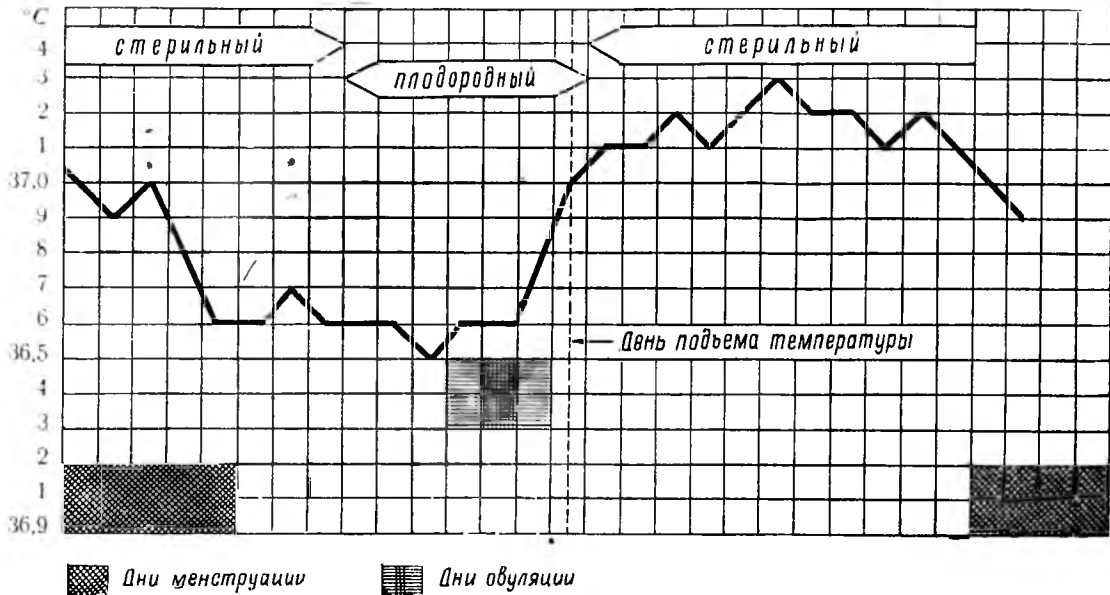
Продолжительность менструального цикла	Первый неблагоприятный для зачатия период (до овуляции)	Период, благоприятный для зачатия	Второй неблагоприятный для зачатия период (после овуляции)
21	2	8	11
22	3	8	11
23	4	8	11
24	5	8	11
25	6	8	11
26	7	8	11
27	8	8	11
28	9	8	11
29	10	8	11
30	11	8	11
31	12	8	11
32	13	8	11
33	14	8	11
34	15	8	11
35	16	8	11
36	17	8	11

Таким образом, при изменении менструального цикла изменяется только первый неблагоприятный для зачатия период, а именно: с увеличением менструального цикла на 1 день увеличивается на 1 день и первый неблагоприятный период. Пользуясь таблицей, надо вести счет с первого дня менструации. Например, при 27-дневном цикле неблагоприятными для зачатия (бесплодными) днями являются 8 дней с первого дня менструации и 11 дней до нее.

«Расчетный» метод определения срока овуляции и зачатия, предложенный Е. Т. Васильевой (Казанская акушеро-гинекологическая клиника), заслуживает большого внимания и имеет практическое при-

# Дни цикла

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 16 20 21 22 23 24 25 27 27 28 29 30



Периоды стерильности и плодородия у женщины.

менение. Его следует использовать для предохранения от беременности при условии предварительной проверки длительности менструальных циклов в течение года.

Метод использования «безопасных дней» может быть надежен только в том случае, если известны (хотя бы приблизительно) дни овуляции.

Для определения срока овуляции можно использовать температурный лист (ежедневную запись температуры тела). Выяснено, что овуляция совпадает с днем перед началом повышения температуры. В дни после менструации температура тела ниже  $37^{\circ}$ . Приблизительно на 14—16-й день менструального цикла температура внезапно повышается. Начало повышения температуры на  $0,5—0,7^{\circ}$  и соответствует времени овуляции. При этом у одних женщин температура повышается внезапно, у других — постепенно, в течение 24—48 часов. Повышенная температура держится до начала следующей менструации. С наступлением месячных температура снижается.

«Стерильные» (бесплодные) дни наступают от третьего дня после подъема температуры.

После прекращения месячных первые несколько дней тоже можно считать «бесплодными».

Благоприятные для зачатия дни — это три—четыре дня до овуляции (оплодотворяющая способность сперматозоидов сохраняется несколько дней) и период овуляции — три—четыре дня. Итого шесть—семь дней.

Для большей точности определения дня овуляции температуру надо измерять в течение нескольких циклов. Температура измеряется каждое утро в постели до приема пищи, в прямой кишке или во влагалище, хорошо проверенным термометром.

Чтобы не ошибиться, определяя время овуляции, следует помнить, что температура может быть повышена в связи с воспалительными или инфекционными заболеваниями; поэтому при определении сроков овуляции эти заболевания должны быть исключены.

---

## О некоторых женских болезнях

К женским болезням относятся заболевания, характерные только для организма женщины: незлокачественные и злокачественные опухоли женских половых органов, воспалительные процессы, расстройства менструального цикла, нарушения секреции женской половой системы и другие.

### Расстройства менструаций

Как уже говорилось, нормальная менструация у здоровой женщины повторяется через 21—28—31 день и продолжается 3—4 дня. Но иногда такая периодичность нарушается. Менструация может появиться два раза в месяц, иногда и чаще, или прекратиться совсем еще задолго до наступления климактерического периода. Кроме того, вместо обычных 3—4 дней менструация может длиться 8—10 дней, быть более обильной.

Все эти расстройства возникают по ряду причин.

**Прекращение менструаций.** Временное прекращение менструаций наступает во время беременности, кормления и в предклимактерическом периоде. Длительная задержка месячных может наблюдаться после частых аборт в связи с плохим восстановлением слизистой оболочки матки, а также после перенесенных тяжелых заболеваний, вызвавших общее истощение организма.

Причиной задержки менструаций может быть недостаток витаминов в питании, а также психические расстройства: горе, страх и т. д. Особенно часто страдали этим женщины в военное время — это так называемая «военная аменорея».

Прекращение менструаций нередко наступает при целом ряде общих заболеваний (далеко зашедший туберкулез легких, заболевания почек и т. д.).

Могут быть случаи, когда менструации приходят своевременно, но они очень скудны (иногда появляется всего несколько капель крови) и вместо обычных 3—5 дней продолжаются 1—2 дня.

Малые, скудные менструации наблюдаются при недоразвитии половой сферы.

**Частые менструации.** Частые (через 10—15 дней) и обильные менструации в большинстве случаев вызываются неправильной деятельностью яичников и других желез.

Как известно, время наступления месячных зависит от быстроты созревания и гибели яйца. Возможно, что яйцо, вышедшее во время лопания фолликула, оказывается слабым и очень рано погибает, в результате чего весь цикл становится короче, и менструация наступает раньше, ибо чем чаще происходит овуляция, тем чаще возникает менструация.

Такие неправильности в деятельности яичников вызываются нередко заболеваниями почек, сердца и других внутренних органов, туберкулезом, а также заболеваниями желез внутренней секреции, преимущественно щитовидной железы (базедовой болезнью).

Подобные нарушения менструации бывают на почве некоторых болезней крови, употребления алкоголя или наркотиков, например, морфия. Такие женщины, как правило, страдают и бесплодием; если же беременность у них и наступает, то она нередко оканчивается выкидышем.

**Обильные менструации.** Обильные менструации, имеющие характер кровотечений, наблюдаются часто у девушек в период полового созревания. При этом менструации обычно сохраняют периодичность, то есть наступают через определенные промежутки времени.

Причины обильных менструаций разнообразны. Но основная причина — плохая сократительная способность мускулатуры матки, в результате чего во время месячных не все частицы отторгающейся слизистой выталкиваются из полости матки, что мешает восстановлению новой слизистой, и из раневой поверхности внутренних стенок матки сочится кровь. Кроме того, сосуды слизистой оболочки матки недостаточно сдавливаются, что также ведет к обильной кровопотере.

Причинами недостаточной сократительной способности матки являются опухоли (фибромиомы), расположенные в стенке матки, различные воспалительные заболевания половых органов (матки, яичников, труб). Слабость маточной мускулатуры может быть врожденной.

Слишком обильная менструация наблюдается во всех случаях застоя крови в половой сфере — при неправильных положениях матки, при ее выпадении, так как это затрудняет сокращения матки. При пороках сердца иногда нарушается нормальное кровообращение также в органах и тазу таза, а отсюда и недостаточная сократительная способность матки.

Нарушение менструаций может наступить в результате ненормальной половой жизни, при прерванном половом акте, при сидячем образе жизни, желудочно-кишечных заболеваниях и т. д.

Лечение обильных менструаций заключается главным образом в устранении причин, вызывающих кровотечение, а не самого кровотечения.

**Болезненные менструации.** Расстройства месячных иногда проявляются в резких коликообразных болях в нижней части живота во время менструации. Боли могут быть настолько сильными, что женщина вынуждена прекратить работу и лечь в постель. К болям нередко присоединяются тошнота, головокружение и даже рвота.

Болезненные менструации бывают при воспалительных заболеваниях половых органов, опухолях матки, при недоразвитии половой сферы.

Схваткообразные боли в нижней части живота могут наступить в результате затрудненного оттока менструальной крови при загибах матки, а также при узкой, неподатливой и длинной шейке матки. Нередко болезненные менструации наблюдаются у женщин без видимых заболеваний половых органов, даже у девственниц. В этих случаях болезненные менструации чаще всего наблюдаются у лиц с расшатанной нервной системой (неврозы, тяжелые инфекции, перенесенные в детстве, и пр.).

Накопление менструальной крови в полости матки вызывает у нервных женщин с чрезмерно повышенной чувствительностью судорожное сокращение маточного зева, которое сопровождается болью.

Лечение болезненных менструаций заключается в устранении причины, вызывающей боль. Часто благотворно влияют беременность и роды.

**Маточные кровотечения, не связанные с менструацией.** Часто наблюдаются случаи, когда более или менее обильное кровотечение появляется у женщин не через определенные промежутки времени, а беспорядочно (после полового сношения, дефекации и т. д.).

Такие кровопотери обычно связаны с преждевременными родами, неправильным прикреплением к матке детского места, внематочной беременностью. Бывают они в результате опухолей, полипов шейки, изъязвлений шейки (эрозия), полипов слизистой оболочки матки или других заболеваний (пузырный занос, хорионэпителиома). Но главная причина таких кровотечений — раковая опухоль, растущая в полости матки, разрушающая стенки матки. Кровотечение может быть вызвано и доброкачественной опухолью — фибромиомой, расположенной в полости матки, которая не дает ей сократиться и жать кровеносные сосуды, приносящие кровь к слизистой оболочке.

Каждая женщина должна помнить, что если после полового сношения или дефекации у нее появляется хотя бы несколько капель крови, она должна немедленно показаться врачу.

Особую тревогу маточные кровотечения, не связанные с менструацией, должны вызывать в юном и в «переходном» (предклимактерическом) возрасте, когда устойчивость организма может понижаться. Чаще всего эти кровотечения возникают вследствие неполноценности яичников и связанного с этим недоразвития половой сферы. В результате неправильной деятельности яичников развивается заболевание, при котором яйцевая клетка хотя и созревает, но оболочки созревшего граафова пузырька не лопаются, целостность фолликула не нарушается и продолжает существовать (персистировать). Под влиянием гормонов, поступающих из яичника, происходит избыточное об-

разование слизистой оболочки матки, которая впоследствии начинает распадаться, давая нередко при этом длительное кровотечение. Кровотечение в этом случае может длиться долго, бывает обильным и нередко доводит больную до резкого малокровия.

Маточные кровотечения у девушек могут быть следствием инфекционных заболеваний (скарлатины, дифтерита и др.), перенесенных в раннем детском возрасте. Только специальное энергичное лечение гормонами, переливанием крови и общеукрепляющими средствами восстанавливает нарушенные функции яичников.

Нарушения менструальной функции можно и нужно предупреждать. В этом смысле большое значение имеют физкультура и рациональное питание, способствующие правильному развитию девочки-подростка.

В «переходном» возрасте, то есть у пожилых женщин, когда деятельность яичников угасает, также могут возникать обильные маточные кровотечения, которые связаны с недостаточной деятельностью яичников и старческими изменениями в мышце матки. Особое внимание должны привлечь маточные кровотечения у пожилых женщин, наступившие после длительного прекращения месячных. Обычно это бывает связано с наличием в полости матки злокачественной опухоли.

При малейшем расстройстве менструации надо сразу же обращаться к врачу, который выяснит причины заболевания и примет необходимые меры для их устранения.

Большое значение в период половой зрелости женщины приобретают профилактические гинекологические осмотры, в процессе которых могут выявляться гинекологические заболевания в начальных стадиях, доступных для излечения. Поэтому каждая женщина, особенно старше 30 лет, даже если она и не ощущает признаков заболевания, должна периодически, не реже двух раз в год, посещать врача-гинеколога для профилактического осмотра.

### **Воспалительные заболевания женских половых органов**

Причины, вызывающие воспалительные заболевания женских половых органов, весьма различны, но чаще всего они возникают в результате инфекции. В большинстве случаев возбудителями воспалительных процессов являются особые микробы: стрептококки, пневмококки, гонококки, иногда — кишечная и туберкулезная палочки.

Инфекция попадает в половые пути также по кровеносным и лимфатическим сосудам из воспалительных миндалин, гнилых зубов, больных легких.

Нередко причиной воспалительных заболеваний женских половых органов является грипп. Циркулируя по кровеносным сосудам, возбудитель гриппа может вызвать заболевание половых органов женщины. Вот почему каждая женщина, перенесшая грипп, почувствовав боли в нижней части живота и заметив кровянистые и другие выделения, должна немедленно лечь в постель и вызвать врача.



Воспалительные процессы половых органов могут развиваться у женщин, и не живущих половой жизнью. Если в половые пути проникают туберкулезные палочки, женщина может заболеть туберкулезом матки и ее придатков.

При кишечных инфекциях (колиты, хронический аппендицит, запоры и пр.) создаются условия для нарушения кровообращения не только в кишечнике, но и в матке и ее придатках. Это является predisposing моментом для воспалительных заболеваний половых органов. Поэтому женщина, страдающая нарушением функции кишечника, должна своевременно обратиться к врачу за советом и лечением. Вот почему крайне важен туалет области заднего прохода женщин после опорожнения кишечника. Для этого область промежности протирается ватой, смоченной в кипяченой воде; движение руки с ваткой должно быть направлено спереди назад, чтобы не внести инфекцию в половые пути и не вызвать воспаления.

Развитие инфекции в организме зависит от состояния защитных сил организма. Микробы различными путями внедряются в организм и «портят», «ломают» его нервную систему и регулируемые ею органы и ткани. Поэтому течение и исход болезни зависят в первую очередь от состояния нервной системы. Таким образом, воспаление женских половых органов не является только местным заболеванием, а всегда вызывает заболевание всего организма.

Особенно благоприятны для проникновения инфекции во внутренние половые органы период менструации, травмы во время родов, искусственные и самопроизвольные аборты.

Осложнения после аборта могут проявиться через несколько месяцев и даже лет. Воспалительный процесс в матке и придатках может протекать скрыто, а затем под влиянием какого-нибудь напряжения дать обострение.

Микробы могут попасть в половые органы с грязного белья, нечистых рук, во время подмывания загрязненной водой, при пользовании губками и мочалками, употреблявшимися больными женщинами, при половых сношениях с больным мужчиной, из кишечника и пр.

Большинству воспалительных заболеваний женских половых органов свойственны такие признаки, как кровотечения, бели, боли.

**Бели.** У здоровой женщины наружные половые органы и влагалище увлажняются выделениями желез. Жидкое отделяемое влагалища состоит из отторгшихся клеток влагалищного эпителия, небольшого количества лейкоцитов и имеет вид разваренной манной крупы. При нормальных условиях во влагалище обитают бактерии в виде палочек, которые вырабатывают молочную кислоту. Эта кислота мешает развиваться проникающим во влагалище болезнетворным микробам, даже очень ядовитым. Кроме того, при нормальной деятельности половых органов содержимое влагалища здоровой женщины способствует передвижению сперматозоидов.

При общих заболеваниях организма, при ряде женских болезней и особенно при воспалительных процессах количество молочной кислоты понижается и влагалищное содержимое теряет способность подавлять жизнедеятельность микробов. Тогда во влагалище легко

проникают и развиваются там болезнетворные микробы. Характер отделений меняется, из половых путей выделяются так называемые бели, то есть болезненно измененное содержимое влагалища.

Бели могут быть даже у девушек, страдающих общими заболеваниями (туберкулезом, малокровием, пороком сердца), а также у молодых и старых женщин в результате угасания функции яичников. Такие заболевания, как тиф, малярия, воспаление легких, сахарная болезнь, запоры также могут отразиться на состоянии половой сферы и вызвать бели. Такие бели, не вызванные воспалением, не имеют примеси гноя и называются белыми белями.

Значительно чаще появляются бели в результате попадания в женские половые органы микробов, вызывающих воспаление. При этом от примеси гноя, образующегося вследствие воспалительного процесса, изменяется цвет белей — они становятся желтыми. Слишком частые половые сношения, нарушение правил гигиены половой жизни, оставление на продолжительное время во влагалище механических противозачаточных средств — все это способствует занесению болезнетворных микробов и появлению белей. Чрезмерно горячие спринцевания, применение крепких химических противозачаточных средств могут нарушить целостность слизистой оболочки и вызвать воспаление влагалища, которое ведет к увеличению гнойных белей. При старых разрывах промежности, которые не были своевременно ликвидированы, половая щель обычно зияет, создается возможность попадания извне различных микробов, а отсюда — большое количество белей.

Гнойные бели появляются при остром воспалении слизистой полости матки или шейки матки. По мере перехода острого воспалительного процесса в хроническое состояние количество белей уменьшается. Бели возникают в связи с полипами слизистой шеечного канала, при раке шейки и тела матки, туберкулезе слизистой полости матки и шейки и других болезненных процессах, сопровождающихся изъязвлениями.

Чтобы избавиться от белей, некоторые женщины часто пользуются спринцеваниями и не обращаются к врачу-специалисту. Получив временный результат от своего домашнего лечения, они считают, что сами себя вылечили. Однако на деле может получиться обратное: болезнь не излечивается, а только запускается. Так, если появление белей связано с раковой болезнью или заражением гонореей, то домашние спринцевания вызовут лишь дальнейшее развитие болезни.

Появление из половой щели увеличенного количества выделений, образование от них на белье пятен разной окраски, запах выделений, неприятное ощущение раздражения в области наружных половых органов и внутренней поверхности бедер должно обратить самое серьезное внимание женщины и заставить ее немедленно обратиться к врачу-специалисту. В женской консультации в результате лабораторных исследований будет выяснена причина возникновения белей, назначено лечение.

Огромное значение в предупреждении белей имеет личная гигиена женщины: необходимо ежедневно обмывать наружные половые ор-

ганы теплой кипяченой водой с мылом, носить прокладки во время менструации, регулярно менять их, носить закрытое трико и т. д. Некоторые женщины во время менструации не пользуются прокладками, а вкладывают вату во влагалище, закрывая его. Это ведет к заражению влагалища и появлению белей.

Следует отнестись внимательно к режиму питания. Нельзя питаться всухомятку: это приводит к запорам и, следовательно, к появлению выделений. Иногда бели появляются под влиянием обильной мясной или острой пищи. При назначении соответствующей диеты усиленные выделения прекращаются.

**Боли** наблюдаются, главным образом, при воспалении придатков матки, труб, яичников, и в особенности брюшины, покрывающей внутренние половые органы. Они возникают вследствие раздражения нервных окончаний органов ядовитыми продуктами, выделяемыми микробами. В остром периоде больная ощущает резкие боли в животе, которые «отдают» в ноги или в поясницу. При снижении температуры острота болей снижается, и они приобретают непостоянный, перемежающийся характер.

**Воспаления яичников.** Причинами воспаления яичников могут явиться гонорея, туберкулез, острые инфекционные заболевания — грипп, воспаление легких, воспаление мочевого пузыря, нефрит. Острые воспалительные процессы аппендикса (аппендицит), в силу близости его к правому яичнику, могут также явиться причиной воспаления яичника. В то же время при воспалении яичников всегда заболевают близлежащие участки брюшины.

Пути распространения инфекции при заболевании яичников различны — либо по сосудам (лимфатическим и кровеносным), либо по трубам (яйцепроводам) из шейки и полости матки.

Острый воспалительный процесс в яичнике обыкновенно начинается повышенной температурой, сильными болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием живота, раздражением мочевого пузыря, расстройствами кишечника (запоры, поносы) и т. д.

Острое воспаление яичников часто приводит к нарушениям менструального цикла — наступают маточные кровотечения. Течение болезни и исход ее зависят не только от причины, вызвавшей заболевание, но и от своевременного лечения.

При недостаточном и запоздалом лечении острый процесс постепенно переходит в подострый, а затем в хронический, что может повлечь за собой тяжелую операцию — удаление пораженного яичника. Если лечение начато своевременно, возможно полное восстановление функции органа и выздоровление, так как в настоящее время наука располагает мощными средствами лечения (антибиотики, курортные факторы и физические методы). Следует лишь помнить, что заболевшая не должна прибегать к самолечению, а должна, не теряя времени, обратиться за помощью в женскую консультацию или вызвать врача на дом.

**Трихомоназ** — часто встречающееся заболевание женских половых органов, особенно влагалища, вызывается трихомонадой. Трихомонада — это простейший одноклеточный организм, живущий обычно в мелких водоемах, прудах и озерах, очень маленький, видимый

только под микроскопом. Эта живая клетка имеет грушевидную или овальную форму, с одного бока у нее расположена волнообразная мембрана, а на переднем конце — четыре жгутика; с помощью мембраны и жгутиков трихомонада передвигается.

Во внешней среде трихомонады малоустойчивы и легко погибают, особенно при высыхании. Лучшее условие для их жизнедеятельности — влажная среда. Трихомонад находят у самых разнообразных представителей животного мира (птиц, рыб, насекомых, рогатого скота, кошек, собак). Установлено, что мухи, тараканы, мыши и крысы могут явиться переносчиками трихомонад. У человека встречаются следующие виды трихомонад: ротовая, кишечная, фекальная (в испражнениях) и влагалищная.

Заразиться трихомонадами женщина может двумя путями: половым и внеполовым (в банях, ваннах, при купании в бассейнах, стоячих прудах, при пользовании чужой губкой, мочалкой, при подмывании некипяченой и загрязненной водой). Заражение может возникнуть при совместном спянье и пользовании общим бельем, подкладными суднами, некипяченым наконечником для спринцевания. Возможными переносчиками трихомонад являются глисты из прямой кишки.

Попав в организм человека, трихомонады иногда не вызывают никаких болезненных ощущений. Но при известных условиях, когда сопротивляемость организма понижается (при охлаждении, при заболевании гриппом, ангиной, малярией), трихомонады внедряются в слизистую оболочку. Размножаясь, они вызывают воспалительный процесс, который сопровождается обильными гнойными выделениями, зудом и жжением. Иногда белей бывает так много, что больным приходится менять белье по нескольку раз в день. Длительное выделение и постоянный зуд приводят к бессоннице, потере аппетита, ухудшается общее состояние организма.

Надо помнить, что чем раньше заболевшая женщина обратилась к врачу, тем быстрее наступит излечение. Необходимо одновременно лечить обоих супругов. Лечат трихомониаз осаролом, акрихином, грамицидином, фитонцидами лука и чеснока.

При современных методах лечения, а главное — при тщательном и аккуратном выполнении больными всех указаний врача и гигиенических правил, трихомониаз, независимо от тяжести и давности заболевания, излечивается.

### Болезни вен

**Расширение вен.** Это заболевание обычно встречается у многорожавших и пожилых женщин, у тех, кто длительное время пребывает на ногах. Чаще всего вены расширяются на нижних конечностях; в области голени и бедра появляются узлы — это так называемое узловатое (варикозное) расширение вен.

Подобные венные извилистые узлы могут быть также на наружных половых органах женщин и во влагалище.

Больные, страдающие расширением вен нижних конечностей, испытывают чувство тяжести в ногах, судороги в икрах, быстро утомляются.

Достигнув большой величины, расширенные вены лопаются, наступает кровотечение из разорвавшихся узлов и образуются язвы. Если в язву попадет инфекция, это может привести к общему заражению.

В расширенных венах могут образоваться тромбы (сгустки крови) с отложением извести (венные камни). В этих случаях ноги обычно несколько опухают.

Каждая женщина должна помнить, что если своевременно принять профилактические меры, можно предупредить это заболевание. Женщины, вынужденные по роду своей профессии длительное время сидеть или стоять, должны ежедневно утром заниматься гимнастикой, а в процессе работы периодически делать разминку. Во время отдыха следует держать конечности в приподнятом положении.

В качестве лечения этого заболевания применяется бинтование. Бинтуется нога в приподнятом положении, начиная со стопы. На ночь бинт снимается. В редких случаях приходится применять хирургические методы удаления варикозных узлов.

**Геморрой.** Другой формой расширения вен, которая наблюдается иногда даже в сравнительно молодом возрасте, является расширение вен прямой кишки около заднего прохода, так называемые геморроидальные узлы. Эти венозные узлы могут разорваться, кровоточить и выпадать наружу.

Основная причина геморроя — напряжение брюшного пресса и повышение давления в венах. Неумеренное употребление острой, пряной и сильно соленой пищи способствует большому кровенаполнению тазовых органов и вен прямой кишки. Если человек страдает запорами, скопление фекальных масс приводит к застою крови в венах прямой кишки, и в дальнейшем наступает геморрой. Если в набухшие разорвавшиеся узлы попадают микробы, возникает воспаление (тромбофлебит) прямкишечных вен. При этом узлы припухают, твердеют и делаются крайне болезненными при прикосновении. Обычно через 7—10 дней тромб рассасывается, наступает временное облегчение.

У женщин причиной геморроя часто является беременность. Растущая матка содействует застою крови в малом тазу, вызывая расстройства кровообращения в системе воротной вены; беременные часто страдают запорами, и плотные фекальные массы, находясь в верхней части прямой кишки, затрудняют отток венозной крови; сердечные заболевания, связанные с беременностью, также являются одной из причин геморроя. Обычно после родов явления эти исчезают.



*Варикозное расширение вен.*

Если образовались трещины заднего прохода и кровотечение не прекращается, геморроидальные узлы удаляют хирургическим путем.

Следует помнить, что кровотечения из прямой кишки могут быть вызваны полипами, язвами, раковой опухолью, поэтому при первом же появлении крови нужно немедленно обратиться к врачу.

Чтобы предотвратить геморрой, следует не допускать запоров, больше употреблять в пищу молочно-растительных продуктов, строго соблюдать личную гигиену, во время перерывов в работе выполнять гимнастические упражнения.

**Тромбофлебит (воспаление вен).** При этом заболевании в венах образуются тромбы, то есть кровяные пробки, закупоривающие просветы сосудов и нарушающие кровообращение.

В подавляющем большинстве случаев причиной возникновения тромбофлебита является инфекция при абортах, осложненных и оперативных родах, при гнойничковых заболеваниях ног, при гриппе и т. д. Тромбофлебиты могут образоваться и тогда, когда нет воспаления — у сердечных больных с ослабленным кровообращением, при варикозном расширении вен, при сдавливании вен опухолью и т. д.

Большой частью тромбофлебиты располагаются на нижних конечностях. Больные ощущают боли по ходу вены, нога припухает, и нередко повышается температура. Это заболевание может тянуться месяцами и опасно тем, что сгустки крови (тромбы) в вене могут оторваться и попасть с током венозной крови в правое предсердие, в правый желудочек и в легочную артерию.

Перенос тромбов (эмболия) в другие участки венозной системы смертельно опасен.

В настоящее время наука располагает мощными лекарственными средствами (антикоагулянты), понижающими свертываемость крови и способствующими рассасыванию тромба.

Чтобы предотвратить возможность этого заболевания, женщина во время беременности и в послеродовом периоде должна строго выполнять все гигиенические правила, избегать инфекций (грипп, насморк, кишечные и гнойничковые заболевания) и при первых появлениях отека на ногах явиться в женскую консультацию.

### Венерические заболевания

**Сифилис** — это тяжелейшее заболевание передается как при половых сношениях, так и внеполовым путем: через общие зубные щетки, общую посуду, окурки, губную помаду, при пользовании бритвой больного и т. д. Известны случаи, когда сифилисом заразилась женщина, покормившая ребенка, больного сифилисом.

Микроб, вызывающий сифилис, — бледная спирохета — имеет вид нити, напоминает штопор. Отличительная особенность этого микроба — высокая жизнестойкость и способность быстро размножаться.

Для проникновения спирохеты в организм достаточно незначительной, даже невидимой глазом царапины или ссадины на коже или слизистой оболочке. Когда спирохеты проникают в организм, они

быстро размножаются и уже через 12—16 часов распространяются по лимфатическим и кровеносным сосудам.

Вначале садина, через которую проникли бледные спирохеты, как бы заживает, поэтому человек не сразу замечает, что заболел. Но приблизительно через 3—4 недели, а иногда и раньше, в том месте, куда впервые проникла спирохета, образуется более или менее плотный узелок в виде припухлости, величиной от чечевицы до боба. Узелок этот увеличивается, изъязвляется, причем язва безболезненна. Эта первичная язва, или твердый шанкр, держится один—два месяца (первичный период сифилиса). Очень важно вовремя заметить эти язвы и начать лечение. Женщина может не заметить первичной язвы, которая появляется на слизистой влагалища, на внутренней поверхности половых губ или на шейке матки при половом заражении.

В этот первичный период сифилиса опухают те железы, которые расположены вблизи первого и главного очага заражения — первичной язвы. Так, если при первичной язве, расположенной на половых органах, увеличиваются паховые лимфатические узлы, — заражение наступило половым путем. Если твердый шанкр помещается где-нибудь на лице, то увеличиваются ближайшие железы — подбородочные или подчелюстные (передача путем поцелуя), если на груди — то подмышечные. Железы увеличиваются, делаются твердыми, но они безболезненны, поэтому больная может проглядеть и этот признак. В этот период нередко наступает общее недомогание, головные боли, ломота в костях, особенно по ночам, бессонница и т. д.

Сифилис легко установить лабораторным путем, исследовав тканевую жидкость из язвы под микроскопом.

Как только диагноз подтвержден, крайне важно начать лечение именно в этот первичный период, не дожидаясь появления других признаков болезни. Вылечить сифилис легче всего именно вначале, в первый период болезни. Нельзя заниматься самолечением, так как применяемые средства могут убить спирохет на поверхности язвы и последующее микроскопическое исследование затруднит решение вопроса.

Если же больная не лечилась основательно, то организм еще более наводняется бледными спирохетами, и все органы оказываются зараженными. Начинается вторичный период заболевания (в среднем через семь—восемь недель после возникновения твердого шанкра), который характеризуется появлением сыпи на различных участках тела, главным образом на спине, груди и животе, а иногда и на руках и ногах.

Сифилитическая сыпь может быть в виде мелких пятнышек или угрей, в виде сливающихся бляшек — розовых или красных.

Эта сыпь, как правило, безболезненна, не вызывает зуда и не беспокоит больного, поэтому больные иногда не обращают на нее внимания, а между тем они особенно опасны для окружающих, так как выделяют громадное количество спирохет.

Во вторичном периоде сифилиса часто появляется сыпь в виде узелков, так называемых папул. У женщин папулы часто появляются

на границе затылка с шеей, по слизистым оболочкам — во рту, на губах, языке, внутренних поверхностях щек, деснах, твердом небе и т. д. Папулы на миндалинах затрудняют глотание и вызывают хрипоту. Иногда папулы мокнут. Если папулы развиваются на местах, подверженных трению и раздражению (на половых органах, в области заднего прохода, под молочными железами), то они превращаются в язвы, из которых сочится тканевая жидкость, содержащая спирохеты. Такие больные крайне опасны для окружающих.

В этот период болезни нередко наступает облысение, волосы на голове выпадают не сплошь, а в виде отдельных участков (образуются мелкие лысинки); иногда выпадают и волосы бровей. После специфического лечения волосы опять отрастают. Могут также выпадать ногти на пальцах; поражаются кости носа — перегородка его, отчего середина западает, и кончик смотрит вверх. Часто болезнь осложняется поражением глаз — мутнеет радужная оболочка. Могут поражаться и другие органы — мозг, различные участки нервной системы и пр.

Вторичный период сифилиса тянется иногда долгие годы. Сыпь, которая появилась вначале, может исчезнуть и без лечения, но это не означает, что больная выздоровела — болезнь осталась, и через некоторое время внезапно наступает рецидив, вновь появляются признаки вторичного периода.

Правильное лечение и строгое выполнение всех предписаний врача несомненно способствуют полному излечению.

Если же лечение не доведено до конца и больная вела неправильный образ жизни, то примерно через 5—7 лет начинается третичный, или последний, разрушительный период болезни. Этот период называется гуммозным, так как при нем появляются особые опухоли, или гуммы, которые могут развиваться на любом органе, разрушая его. Гуммы могут образовываться на костях, во внутренних органах, например, в печени, вызывая поражение печени, в результате чего наступает водянка, нарушение функции печени и смерть. Гуммы бывают в легких, мозгу, в сердце. Они вызывают нервные и душевные заболевания. Распадаясь, гуммы превращаются в глубокие язвы, переходящие иногда в злокачественные образования.

В этом периоде развиваются тяжело протекающие, особые поражения нервной системы — сухотка спинного мозга и прогрессирующий паралич. Они вызываются бледными спирохетами, проникшими в головной и спинной мозг.

Эти тяжелые заболевания ведут к инвалидности и в конце концов к смерти.

Такие последствия наступают только в случае несвоевременного и неправильного лечения болезни. При отсутствии правильного лечения сифилис обычно тянется годами, десятками лет, иногда же он принимает чрезвычайно бурное, быстрое течение. Это бывает у людей, организм которых ослаблен алкоголем, курением и т. д.

Сифилис излечим, но при условии, если лечение начато своевременно. Только врач-специалист, используя современные методы исследования, может точно установить диагноз сифилитического заболевания и назначить лечение. Больная ни в коем случае не должна



лечиться самостоятельно. Когда и при каких формах заболевания нужно употреблять то или иное средство и в каком виде — определяет врач. Успех лечения зависит от того, насколько точно будет выполнять больная все указания лечащего врача. Надо помнить, что наилучшие результаты дает стационарное лечение в специальных диспансерах. Заболевание сифилисом не вызывает бесплодия и не препятствует зачатию. Прежде предполагали, что плод заражается сифилисом со стороны больного отца во время зачатия. Однако доказано, что во внутрь сперматозоида спирохета не проникает, так как она в несколько раз больше сперматозоида. Сифилис передается потомству только больной матерью и только через послед. Таким образом, нег наследственного сифилиса, а есть сифилис врожденный. Без сифилиса матери не бывает врожденного сифилиса ребенка. Мать, родившая больного сифилисом ребенка, всегда сама тоже больна.

Если женщина, заболевшая сифилисом, не лечилась, то обычно после четвертого месяца беременности, когда уже существует послед и установлен обмен между матерью и плодом, бледные спирохеты, проникающие через пупочные сосуды в организм плода, поражают его, наступает самопроизвольный выкидыш или преждевременные роды. При этом плод рождается полуразложившимся. Иногда ребенок рождается живым, но слабым, недоразвитым и погибает в первые дни жизни.

Врожденный сифилис начинает появляться у новорожденного обычно к началу третьего месяца. Лицо ребенка приобретает старческий вид, ресницы и брови выпадают. Ребенок нервничает, все время жалобно кричит, особенно по ночам. На коже появляются красные, затем коричнево-красные, шелушащиеся выпуклые пятна. Насморк, сопение и слизисто-гнойные выделения из носа затрудняют дыхание у больного ребенка, что мешает сосанию. На губах и в углах рта возникают корки и трещины, которые оставляют после заживления тонкие беловатые рубцы. По этим характерным рубцам даже через десятилетия можно предполагать, что человек в детстве болел сифилисом.

Очень характерный признак врожденного сифилиса — образование пузырей на утолщенной покрасневшей коже ладоней и подошв, как бы покрытых лаком. Пузыри наполнены жидкостью, в которой содержатся спирохеты. После вскрытия пузырей на коже возникают язвы. На пальцах ног и рук можно отметить заболевание ногтей. Иногда дети рождаются как бы нормальными, но через некоторое время, даже через несколько лет, начинают появляться признаки позднего врожденного сифилиса: утолщение и искривление голени в виде сабли, прободение твердого неба, изменение формы зубов и т. д. Умственная отсталость, слабоумие, эпилепсия, глухота, которые возникают при врожденном сифилисе, уродуют ребенка и часто приводят его к гибели.

В настоящее время доказано, что плод можно предохранить от сифилиса или от его последствий, если мать будет основательно лечиться во время беременности. Следует помнить, что сифилис передается потомству даже в том случае, если женщина заболела за-

долго до беременности и лечилась. Поэтому во всех случаях женщина, перенесшая сифилис, во время беременности должна пройти курс лечения.

В Советской стране созданы все условия для полного искоренения венерических болезней. Многочисленные диспансеры, венерологические институты, лаборатории обеспечивают населению бесплатную, квалифицированную медицинскую помощь. Уклонение от лечения сифилиса советским законодательством рассматривается как преступление перед обществом. Поэтому в настоящее время в нашей стране случаи заболевания сифилисом ликвидированы почти полностью.

**Гонорея, или триппер**, относится к так называемым венерическим заболеваниям, передающимся, главным образом, половым путем. В нашей стране заболеваемость венерическими болезнями доведена до единичных случаев.

Гонорея вызывается особым микробом — гонококком.

Для развития гонококка благоприятна нормальная температура человеческого тела. При температуре в 39 градусов гонококк вне человеческого тела быстро погибает. Погибает он и при кипячении. В теплой воде гонококк сохраняет жизнедеятельность в течение 4,5 часа, во влажных ваннах, губках — до 24 часов. Таким образом, гонорея может передаваться купающимися в немытой ванне или пользующимися общими губками. Взрослая женщина, как правило, заражается при половом сношении, причем гонококк попадает в ее половые органы из больного мужского полового органа.

Заражение может произойти и внеполовым путем. Это происходит, когда девочки спят в одной постели со взрослыми, больными гонореей, пользуются с ними одним тазом для мытья, общей мочалкой, полотенцем, ночным горшком. Очень опасно заражение гонореей глаз (бленорея). Происходит это во время родов, когда гонококки попадают в глаза новорожденного при прохождении его через половые пути матери, больной гонореей. Поэтому с целью профилактики этого заболевания при рождении каждому ребенку вкапывают в глаза раствор препаратов серебра (ляписа, протаргола).

Через поцелуи, общую посуду, игрушки гонорея не передается.

Гонококк проникает в организм человека преимущественно через мочеполовые органы. При этом гонококки попадают одновременно в шейку матки и в мочеиспускательный канал. Подобно плесени гонококки быстро разрастаются на поверхности слизистой оболочки и в глубине ее. От момента заражения до появления первых признаков заболевания у женщины проходит 1—5 дней. В течение этого времени женщина не ощущает никаких болезненных явлений, а потом, когда гонококки успевают размножиться, появляются первые признаки воспаления мочеиспускательного канала и шейки матки: слизистая оболочка наружного отверстия мочеиспускательного канала набухает и краснеет, начинает выделяться желто-гнойная слизь. Больная жалуется на частые позывы, жжение и рези при мочеиспускании. Нередко признаки гонореи мочеиспускательного канала исчезают без лечения, но это не значит, что наступило излечение: гонококки могут гнездиться где-нибудь в складках слизистой оболочки и при соответ-

ствующих условиях дать вспышку заболевания и служить очагом заражения. Поэтому гонорее мочеиспускательного канала необходимо тщательно лечить.

В редких случаях гонококком поражается вначале только слизистая оболочка шейечного канала. Железы слизистой оболочки шейки — излюбленное место гонококков, там они долго сохраняют свою жизнеспособность. При острой гонорее шейка матки краснеет, становится отечной. В области наружного зева образуется ярко-красная кайма (эрозия), иногда покрытая гнойным налетом. Из канала шейки матки выделяется гной.

Гнойные выделения, обычно обильные и едкие, раздражают кожу наружных половых органов, паховые складки, промежность и слизистые оболочки малых и больших половых губ, в результате чего на этих местах могут появиться бородавчатые разрастания, так называемые кондиломы, вызывающие ряд тягостных ощущений: неприятный запах, затруднение при ходьбе и др.

Эти выделения, содержащие гонококки, могут проникнуть в протоки бартолиниевых желез и вызвать там острое воспаление. В результате бартолиниева железа опухает и превращается в нарыв, выпячивающий половую губу. Воспалительная опухоль может достигнуть величины сливы. Это заболевание обычно сопровождается повышением температуры и сильными болями в области большой половой губы. Нередко приходится вскрывать нарыв оперативным путем.

Температура повышается, и сильная болезненность заставляет больную лечь в постель. Выделения из влагалища попадают в заднепроходное отверстие, вызывая заражение прямой кишки, которое встречается почти у трети женщин, больных гонореей.

Острый период болезни тянется около 3—4 недель. Употребление алкоголя, половые сношения, аборт и т. п. способствуют распространению гонорейного процесса из шейки матки на слизистую оболочку полости, придатки матки, брюшину малого таза. Развивается воспаление не только слизистой оболочки матки, но и всей толщи тела матки.

Особенно тяжело протекает заболевание, когда воспаление переходит с тела матки на трубы и яичники. Такая форма заболевания носит название восходящей гонорее, поскольку инфекция проникает за внутренний маточный зев. Переход «нижней» гонорее в «верхнюю», то есть восхождение инфекции в полость матки и выше, может происходить совершенно незаметно для больной, но чаще сопровождается высокой температурой, обильным истечением гнойных белей, резкими болями внизу живота и в крестце.

При восходящей гонорее процесс обычно бывает двусторонним. Трубы в результате воспаления слизистой оболочки становятся непроходимыми, и наступает бесплодие. Кроме того, нарушается менструальный цикл. Месячные становятся длительными и очень обильными, со сгустками крови. По мере затихания острых явлений месячные принимают более или менее нормальный характер. В результате поражения матки, труб и яичников вокруг них могут остаться на всю жизнь плотные сращения — спайки. Они смещают матку и де-

лают неподвижными трубы и яичники. Вследствие неправильного положения половых органов, кровообращение в них нарушается, возникает застой крови, появляются боли в пояснице, постоянные выделения из половых органов, вызывающие раздражение кожи наружных половых органов. Постоянные боли в низу живота и в пояснице, часто обостряющиеся, резко отражаются на состоянии здоровья женщины и делают ее нетрудоспособной. В результате образовавшихся спаек просвет труб суживается, а это приводит к бесплодию или к внематочной беременности.

Следует иметь в виду, что нередко начало заболевания может протекать без выраженных признаков, причем воспалительные явления и выделения настолько незначительны, что женщина не придает им никакого значения, продолжает жить половой жизнью и не обращается к врачу. Вполне понятно, что при этом возникает большая опасность для окружающих, так как такая больная может легко заразить других, как половым путем, так и внеполовым. Заражение девочек происходит обычно в семьях, где кто-либо болен гонореей. Слизистые оболочки половых органов у девочек легко пропускают гонококки и являются для них благоприятной средой. Если заболевание протекает остро, то на наружных половых органах девочки обнаруживается покраснение, припухлость, гнойное истечение из влагалища, подсохшие гнойные корочки и жалобы на частые позывы к мочеиспусканию. Гнойные выделения, стекая в прямую кишку, заражают ее слизистую, появляются боли при испражнении.

Если своевременно не начать лечения, болезнь может продлиться долго и нередко переходит в хроническую форму.

Лечение девочек значительно труднее, чем взрослых, поэтому при первых же признаках заболевания нужно немедленно обратиться к врачу-специалисту и строго соблюдать все меры предосторожности в семье.

Весьма тяжело протекает гонорея у беременных. В первые три месяца беременности гонорея часто приводит к самопроизвольному выкидышу, а в более поздние сроки гонококки могут проникнуть в полость матки, трубы и яичники и вызвать в послеродовом периоде тяжелое заболевание. После этого просветы труб сужаются и наступает бесплодие. В некоторых случаях оплодотворенная яйцеклетка застревает в суженной трубе, и развивается внематочная беременность.

Заболевшие гонореей имеют возможность получить бесплатную квалифицированную медицинскую помощь в специализированных учреждениях — кожно-венерологических диспансерах. Многие женщины не обращаются к врачу из-за боязни огласки, так как не знают, что строгое соблюдение тайны больной — одна из основных обязанностей работников венерологического учреждения. Следует помнить, что если заболевшая женщина не обращается своевременно к врачу, то могут возникнуть осложнения или болезнь станет хронической. Неправильное лечение, проводимое самой больной, без контроля врача, редко приводит к выздоровлению, так как при неумелом применении антибиотиков гонококки становятся не восприимчивы к лекарственным препаратам.

Лечение необходимо продолжать до тех пор, пока повторные контрольные исследования выделений на протяжении двух месяцев не подтвердят отсутствие гонококков. Успех зависит от правильности лечения и от того, как будет больная выполнять режим, предписанный ей врачом. Режим этот заключается в следующем:

необходимо соблюдать полный покой во время менструаций и абсолютно воздерживаться от половых сношений до полного излечения, иначе гонорея может развиться в восходящую, то есть распространиться на полость матки, на трубы, яичники, на брюшину малого таза;

следует избегать острых пищевых веществ (горчица, уксус, перец, чеснок, хрен и т. п.) и ни в коем случае не употреблять алкогольных напитков;

запрещаются физические упражнения, езда верхом, на велосипеде, прыжки, подъем тяжестей, катанье на коньках, танцы — словом, все, что может вызвать сотрясение и напряжение половых органов;

при каждом прикосновении к половым органам необходимо тщательно вымыть руки с мылом;

наружные половые органы надо обмывать несколько раз в день теплой водой с мылом; спать нужно в трусах, чтобы во сне не занести инфекцию в глаза;

половую жизнь супругам можно возобновить лишь после полного выздоровления обоих, иначе один из супругов, заболевший гонореей, может выздороветь, но снова заразиться от другого супруга, полностью не закончившего лечения.

### Неправильные положения женских половых органов

**Загиб матки.** Матка в нормальном состоянии обладает значительной подвижностью и смещаемостью. На положение матки влияет степень наполнения мочевого пузыря и прямой кишки. Если мочевой пузырь пустой, то матка наклоняется кпереди. При наполнении мочевого пузыря его задняя стенка, а вместе с нею и матка отодвигаются кзади так, что последняя все более приближается к передней стенке прямой кишки. Наоборот, наполненная прямая кишка смещает матку кпереди.

Загибы матки кпереди иногда не являются серьезной патологией, однако при чрезмерном перегибе могут наблюдаться нарушения менструального цикла, боли и даже бесплодие.

Серьезные патологические смещения матки наступают вследствие воспалительных процессов во внутренних половых органах, слепой кишке и при опухолях в тазу. Чаще наблюдается перегиб матки кзади. Нарушение целостности тазового дна во время родов и наступающее вслед за этим расслабление связок и мышц при повышенном внутрибрюшном давлении (поднимание тяжестей, работа в полусогнутом положении и т. д.) способствуют смещению матки кзади.

Загиб матки кзади может возникнуть в период наступления половой зрелости у девушек вследствие недоразвития у них полового аппарата (вялость и податливость маточной ткани). Заболевание толстого кишечника (колиты и т. д.), запоры, тяжелая работа, пороки

развития в период роста и полового созревания — все это нарушает правильное соотношение органов и вызывает отклонение матки кзади.

Образовавшийся загиб матки иногда не проявляется никакими признаками, но больные могут жаловаться на чувство давления в нижней части живота, на боли в пояснице, усиливающиеся во время месячных, иногда на болезненность при половых сношениях и на расстройство мочеиспускания. Менструации часто делаются обильными и болезненными, появляются бели.

Загибы матки кзади могут препятствовать зачатию, так как в этих случаях шейка матки отодвинута кпереди, и сперма не может попасть в матку.

Но даже если беременность и наступила, рост ее может задержаться в результате ущемления изгнутой матки в малом тазу. Это уже требует хирургического вмешательства.

Лечение загибов матки заключается в создании условий, способствующих исправлению положения матки. Помимо таких средств, как курорты, грязелечения, массаж, хороший эффект оказывает лечебная физкультура, укрепляющая мышцы брюшного пресса тазового дна.

Таким образом, это заболевание нужно предупреждать еще в период роста и развития девочки. При первых малейших отклонениях от нормы (появления болей, позднее наступление месячных, усиленные выделения и т. д.) необходимо тотчас же обратиться к врачу. Что касается женщины в чадородном периоде, то для них основным условием, предупреждающим загиб матки, является нормальное течение родов и строгое выполнение гигиенических правил (борьба с запорами, тщательное лечение воспалительных заболеваний и т. д.).

**Опущение и выпадение влагалища** наблюдается часто у женщин, перенесших трудные роды (с наложением акушерских щипцов), у тех, кто вскоре после родов выполнял тяжелую работу, а также у пожилых женщин в результате поднятия тяжестей.

Главная причина этого заболевания — разрыв мышц тазового дна и промежности, а также расслабление, растяжение связок, поддерживающих внутренние половые органы.

Различают опущение и выпадение передней стенки влагалища, часто вместе с задней стенкой мочевого пузыря, и задней стенки, иногда вместе с прямой кишкой. Если женщина не примет вовремя соответствующих мер, выпадение будет увеличиваться. Могут выпадать все большие части пузыря и прямой кишки, матка опускается все ниже и ниже, пока, наконец, влагалище, матка, часть мочевого пузыря и прямой кишки в виде мешка величиной с детскую головку не окажутся вне половой щели.

Само собой понятно, насколько опасны для жизни женщины такие явления, и какие тяжелые последствия они могут иметь.

Даже незначительные опущения внутренних половых органов вызывают ощущение тяжести, особенно при ходьбе, боли в крестце, затруднения при дефекации и мочеиспускании и т. д.

Единственное лечение этого заболевания — хирургическое вмешательство. Однако это заболевание можно предотвратить, если выполнять следующие правила.

Необходимо с детских лет укреплять мускулатуру брюшного пресса и мышц тазового дна, используя для этого соответствующий комплекс гимнастических упражнений, лыжи, коньки.

Во время беременности, если нет противопоказаний, следует заниматься гигиенической гимнастикой, которая предупреждает разрывы промежности и расхождение прямых мышц живота, точно выполнять все гигиенические мероприятия в течение послеродового периода.

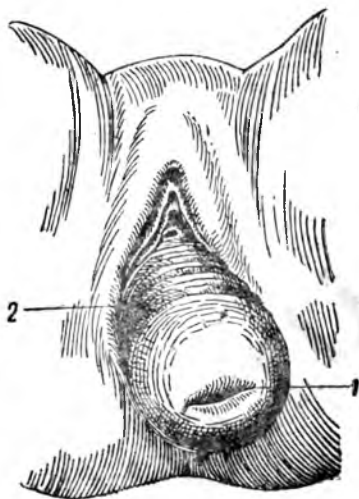
После родов происходит обратное развитие увеличенных и наполненных кровью половых органов. Тазовое дно при этом разрыхлено и растянуто, и стенки влагалища легко могут лишиться своей поддержки, в особенности если произошел разрыв промежности и мышц тазового дна. Поэтому роженица после нормальных родов должна находиться в постели 8—9 дней.

Восстановление половых органов совершается постепенно и заканчивается обычно через 8 недель после родов. В этот период роженица должна избегать подъема тяжестей и вообще всякого физического труда. Кстати, это предусмотрено нашим законодательством, по которому послеродовой отпуск длится 8 недель.

Большое значение в послеродовом периоде имеет лечебная физкультура. Она способствует полному возвращению половых органов к нормальному состоянию, укрепляет мышцы брюшного пресса и тазового дна, улучшает кровообращение внутренних половых органов, благодаря чему матка быстро сокращается. Поэтому каждая роженица, посоветовавшись с врачом, должна выполнять комплекс рекомендуемых физических упражнений.

Хорошую профилактическую помощь оказывает ношение в послеродовом периоде бандажа, который укрепляет ослабленный брюшной пресс.

Наконец, одним из важных средств профилактики опущения и выпадения половых органов является предупреждение травм во время родов. В этом отношении исключительно опасны роды на дому, которые ведутся без квалифицированной помощи и в плохих условиях. У этих рожениц встречается наибольший процент травм и нарушений целостности тканей, которые в ряде случаев остаются незашитыми.



**Выпадение  
влагалища и матки;**

1 — шейка матки, 2 — стенка влагалища.

Вот почему чрезвычайно важно для сохранения здоровья и трудоспособности женщины проведение родов в родильном доме, где уделяется очень большое внимание предупреждению разрывов влагалища, шейки матки и мышц тазового дна. В тех случаях, когда разрыв все же произошел, целостность тканей восстанавливается с соблюдением общих принципов хирургической техники и строжайшей асептики.

### Причины бесплодия

Различают два вида бесплодия — абсолютное и относительное.

Абсолютное бесплодие вызывается каким-либо стойким дефектом или изменением половых органов, делающим оплодотворение и зачатие невозможным. Такое бесплодие встречается очень редко.

Причиной относительного бесплодия могут быть недоразвитая матка, неправильное ее положение, заращение труб и т. д. Эти причины, хотя и с большим трудом, могут быть устранены.

Долгое время в медицине существовал взгляд, что причиной бесплодия в браке является только женщина, и лишь в последнее время доказано, что виновником бесплодного брака часто является мужчина. Так, в большинстве случаев после перенесенной гонореи в семенной жидкости мужчины наступают изменения; наблюдается полное отсутствие или неподвижность семенных нитей. Подобное явление наблюдается также при истощающих заболеваниях (диабете, туберкулезе). У мужчин-алкоголиков может отсутствовать извержение семени при половом сношении (аспермия).

Из этого следует, что прежде, чем лечить от бесплодия женщину, нужно исследовать ее мужа.

Как уже отмечалось выше, для жизнедеятельности сперматозоидов, а следовательно, для оплодотворения яйца, необходима определенная щелочная реакция у шейки матки. Патологические выделения (бели) убивают сперматозоидов и могут служить причиной женского бесплодия.

Бели могут быть вызваны заболеваниями половых органов, общими заболеваниями организма, а также нерациональными, часто повторяющимися влагалищными спринцеваниями. Неправильно понимая принципы гигиены, некоторые женщины регулярно, иногда два раза в день промывают влагалище различными растворами. Это не только губительно действует на влагалищный эпителий, но и вызывает заболевание стенок влагалища.

Следует помнить, что наружные половые органы необходимо тщательно и регулярно подмывать. Спринцевания же можно производить только по предписанию врача.

Таким образом, во всех случаях женского бесплодия необходимо прежде всего установить характер выделений, а также причину их возникновения.

Одной из серьезных причин бесплодия является неправильное развитие влагалища, шейки и тела матки. При нормальном строении влагалищной трубки сперма при половом сношении попадает в задний свод, где скопится и образует так называемое «семенное озе-



ро». Наружный зев матки погружается в это озеро, и сперматозоиды легче попадают в шеечный канал. Если же, как это бывает при недоразвитии, влагалищная трубка коротка и узка, то своды уплощаются, и семя, не имея возможности собраться в нише заднего свода, вскоре вытекает из узкой влагалищной трубки. Кроме того, маленькое, иногда величиной с грецкий орех, тело матки с удлиненной шейкой и узким шеечным каналом не может воспринять оплодотворенное яйцо. Бесплодие может быть вызвано неправильным положением матки (загибом), а также различными опухолями.

Очень важное условие для зачатия — совпадение полового акта с моментом овуляции, рождением яйцевой клетки.

Итак, главная причина бесплодия — инфекционные воспалительные процессы женских половых органов. Половая сфера женщины устроена так, что ее брюшная полость сообщается с внешним миром, поэтому любая инфекция, внедряющаяся во влагалище, может попасть в трубы и вызвать глубокие изменения. В результате возникающего в трубах воспалительного процесса погибают реснички мерцательного эпителия слизистой оболочки. Складки слипаются, и просвет трубы закрывается. Труба становится непроходимой ни для сперматозоида, ни для яйцеклетки — наступает бесплодие.

К бесплодию часто приводит гонорейное поражение труб, причем склеивание слизистой оболочки труб происходит с обеих сторон и на большом протяжении.

Воспалительные процессы в половых путях женщины, а отсюда — непроходимость труб и бесплодие часто возникают после аборта, произведенного даже в больничной обстановке.

Чтобы выяснить проходимость труб, необходимо подвергнуть их продуванию, то есть ввести в полость матки обычный воздух. Если трубы женщины проходимы, то воздух из матки устремляется через трубы в брюшную полость, что можно видеть по ртутному столбу в манометре. Кроме того, при прохождении воздуха по трубе можно услышать шум, если приложить врачебную трубку (стетоскоп) к брюшной стенке. Этот способ определения проходимости труб является совершенно безвредным.

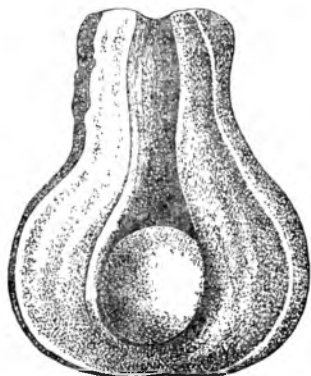
Непроходимость труб хорошо поддается грязелечению. Нередко лечение грязями проводится совместно с электропроцедурами: диатермией, УВЧ, питьем минеральных вод, применением ванн массажа и пр.

В некоторых случаях бесплодия прибегают к хирургическому лечению — пересаживают оставшуюся проходимую часть трубы в матку. Иногда хирургическим путем удаляют спайки, которые сдавливали просвет труб

### Опухоли женской половой сферы

Онкология — наука об опухолях — установила, что существуют две группы опухолей: доброкачественные и злокачественные. Наиболее часто встречаются доброкачественные опухоли. Они растут медленно и, как правило, покрыты особой оболочкой (капсулой). По своему строению они не отличаются от строения тканей, из которых

выросли. Доброкачественные опухоли не прорастают сквозь окружающие ткани и не рассеиваются на далекое расстояние. Они не истощают организма и не опасны для жизни. Если доброкачественные опухоли располагаются вблизи какого-нибудь жизненно важного органа, то они нарушают его деятельность.



*Миома в  
полости матки*

Из доброкачественных опухолей женской половой сферы наиболее часто встречается миома, растущая из мышцы матки. Миома чаще всего развивается к 35 годам жизни. Прежде считали, что эта опухоль появляется у нерожавших женщин. На этом основании миому называли «монашеской болезнью». Однако теперь установлено, что и женщины, рожавшие много раз, не гарантированы от заболевания миомой.

В настоящее время считают, что миома развивается вследствие избытка в организме женщины полового гормона (фолликулярного). Миомы могут располагаться в разных отделах матки и в шейке матки. Нередко они протекают без выраженных симптомов.

Различным формам миом присущи свои характерные признаки, но в основном при этом возникают нарушения менструального цикла. Менструации становятся более длительными и обильными, со сгустками крови. В дальнейшем кровотечения принимают беспорядочный характер. Развивается малокровие, нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы. У больных, страдающих миомой, часто наблюдается бесплодие или понижение детородной функции. Миома может подвергаться различным изменениям (нагноению, омертвлению и т. д.). Иногда миома может превратиться в злокачественное образование. Отсюда понятно, какое большое значение для женщины имеет систематический осмотр и постоянное наблюдение врача женской консультации.

В зависимости от величины опухоли и от места расположения ее в матке у больных миомой могут быть боли в животе, задержка мочеиспускания или, напротив, слишком частое мочеиспускание, запоры. Когда миома по величине мала и не причиняет женщине никаких расстройств, можно ее не лечить. Если же разросшиеся миоматозные узлы в матке вызывают нарушения в организме женщины (малокровие, боли, запоры, частые мочеиспускания и др.), то необходимо прибегнуть к операции.

Полипы матки, образующиеся на слизистой оболочке матки, состоят как бы из ткани самой слизистой оболочки, но измененной. Чаще всего они располагаются в шейке матки. Под влиянием сокращений маточной мышцы полипы вытягиваются, выталкиваясь через наружный маточный зев, напоминая форму язычка или имеют

булавовидный конец. Свисая во влагалище, они травмируются (во время ходьбы, при половых сношениях) и подвергаются инфекции. Вследствие этого наступают кровотечения. Полип опасен тем, что нередко он перерождается в рак. Поэтому при появлении хотя бы небольшого кровотоделения после полового сношения необходимо немедленно обратиться к врачу. Полипы матки всегда следует удалять хирургическим путем; эта операция, как правило, не дает осложнений.

Следует помнить, что полипы возникают при воспалительных процессах в матке, особенно при повреждениях шейки матки во время родов. Поэтому в настоящее время в практике родильных домов существует правило — после рождения послета осматривать шейку матки родильниц. Обнаруженные разрыв или трещина немедленно ликвидируются. Это весьма важно для предупреждения рака и полипов матки. Кроме того, одним из важных факторов предупреждения воспалительных заболеваний, а следовательно и полипов матки, является строгое соблюдение женщиной необходимых гигиенических правил на протяжении всей ее жизни.



*Полипы  
шейки матки.*

Эрозия шейки матки встречается в чадородном возрасте (в 20—40 лет). Она представляет собой дефект эпителия на шейке матки и возникает чаще всего при воспалительных процессах шейки матки (разрывы шейки матки при родах, аборт, гонорея, сифилис, туберкулез и пр.). Признаков, характерных для эрозии, нет. Иногда больные жалуются на выделения из половых путей (бели). Опасность эрозии заключается в том, что она легко может превратиться в раковую язву. Поэтому необходимо своевременно лечить все воспалительные заболевания женских половых органов, ликвидировать разрывы шейки матки после родов. Необходимо устранить причины образования эрозии, что достигается лечением в женской консультации. Если после краткого лечения эрозия не заживает, кусочек эрозированного участка берут для микроскопического исследования, а затем прижигают язву электротокком.

Таким образом, женщины, перенесшие воспалительные заболевания половой сферы и роды, во время которых были разрывы шейки или промежности, нуждаются в обязательных систематических осмотрах.

Среди злокачественных заболеваний у женщин наиболее часто встречается рак матки. Люди болеют раком давно. Еще в древних письменных Египта и Индии, за 2000 лет до нашей эры, имеются упоминания о злокачественных опухолях. Рак, где бы он ни развивался, — это болезнь, свойственная пожилым людям. Им чаще болеют женщины от 35—40 до 60 лет. Многие думают, что наука до сих пор ничего не знает о причинах рака и поэтому нельзя ничего сделать для

предупреждения и лечения этой болезни. Существует даже представление о раке, как о болезни неизлечимой. Распространено также мнение, что излечение при раке носит временный характер. Это глубоко ошибочное мнение. Уже сейчас науке многое известно о причинах и характере этого заболевания.

Доказано, что в здоровом органе рак не возникает. Возникновению его в том или ином органе всегда предшествуют так называемые предраковые болезненные процессы. К предраковым заболеваниям относятся хронические язвы на коже, рубцы, свищи, родимые пятна, бородавки, полипы на слизистой оболочке желудка и прямой кишки, плотные узлы в толще молочных желез, старые язвы в желудке, эрозии на шейке матки и т. д.

Переход предопухолевого процесса в рак не является неизбежным. Нередко предраковые заболевания могут существовать очень долго, не переходя в рак; однако, как правило, они сами, без лечения, не проходят, если не устранены причины, их вызвавшие.

Предраковыми заболеваниями являются не только ненормальные разрастания, но и длительные раздражения различного характера (химические, физические, биологические и другие). Так, у рентгенологов или у английских рабочих, соприкасающихся с каменноугольным дегтем, наблюдается рак кожи. Эти заболевания в настоящее время объясняются наличием в дегте, смоле и т. д. особых, канцерогенных веществ (от слов «канцер» — рак и «генезис» — происхождение), которые могут приводить к возникновению рака. В нашей стране, благодаря хорошо поставленной охране труда, профессиональный рак не встречается.

Развитию предопухолевых процессов могут способствовать также нарушения функции желез внутренней секреции (яичников, молочных желез). Данные исследований показали, что раком молочной железы заболевают чаще всего нерожавшие и не кормившие грудью женщины. Особенно много среди них женщин, перенесших аборт.

Рак не является ни чужеродным наростом в организме, ни паразитом, проникшем в него, а состоит, подобно нормальным тканям, из клеток организма. Эти клетки приобретают особые ненормальные свойства, начинают безудержно размножаться, вытесняют и разрушают соседние нормальные клетки и ткани, проникают в кровеносные и лимфатические сосуды, разносятся по всему организму. Способность прорастать и разрушать окружающие нормальные ткани — одно из самых характерных свойств злокачественной опухоли.

В результате многих исследований ученым удалось установить, при каких условиях нормальные клетки переходят в злокачественные и образуется рак. В настоящее время установлено, что рак шейки матки возникает на почве длительно существующих эрозий (язвочек), которые наблюдаются на шейке матки. Образованию эрозии способствует, как уже говорилось выше, хроническое воспаление канала шейки, вызванное инфекцией (особенно при внебольничном abortе).

Рак шейки матки встречается значительно чаще (почти в 90%), чем в полости матки (10%). Это объясняется тем, что шей-

ка матки значительно чаще подвергается различным раздражениям (половая жизнь, трещины, надрывы при родах с последующим разрывом рубцов и эрозий и др.).

Раком шейки матки чаще заболевают женщины в чадородном возрасте (35—45 лет). Рак тела матки — заболевание преимущественно климактерического периода и старых женщин.

В самом начале развития рака на шейке матки появляется небольшая язвочка. Она может распространиться в толщу шейки и разрушить ткань. В этом периоде заболевания у женщины появляются жидкие бели, к которым примешивается кровь из разрушающихся сосудов. Выделения становятся кровянистыми, принимая цвет мясных помоев; к белям примешиваются кусочки распадающейся ткани. Они приобретают зловонный запах.

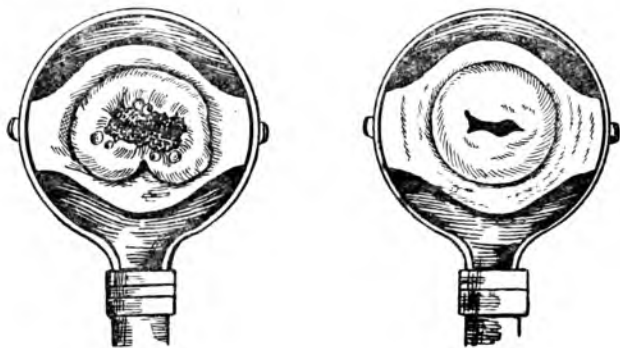
Появление белей, особенно сукровичных, с резким гнилостным запахом — это первый признак, который должен привлечь с самого начала внимание женщины и заставить ее обратиться к врачу. В начале заболевания кровоотделения незначительны, при этом они беспорядочны, то есть не зависят от менструации. Малейшее дотрагивание до шейки матки обычно вызывает появление кровянистых выделений. Это может случиться, например, когда женщина случайно касается шейки матки кончиком при спринцевании, кровоотделение может быть вызвано половым сношением и нередко появляется после акта дефекации, особенно при запорах.

Каждая женщина должна помнить, что при наличии обильных белей необходимо немедленно обратиться к врачу; если после полового сношения появляется хотя бы несколько капель крови из половых путей, то это должно вызвать серьезное подозрение на злокачественное образование.

Если женщина обращается к врачу в начале заболевания, когда процесс еще не распространился за пределы шейки матки, лечение приносит полное выздоровление. Стало быть, чем раньше обратилась женщина к врачу-специалисту, тем больше у нее возможности выздороветь.

Боли появляются значительно позже, когда раковая опухоль, распространяясь, начинает сдавливать чувствительные нервы. В этой стадии заболевания пораженная раком шейка матки обезображивается, опухоль еще больше изъязвляется, прорастает в глубь соседних тканей, проникает в лимфатические узлы и распространяется по всему организму. В редких случаях боли могут отсутствовать, несмотря на то, что шейка матки совсем разрушена раком. В этот период кроме сукровичных белей появляются настоящие кровотечения, которые могут быть довольно обильными. Часто кровотечение возникает даже после натуживания, поднятия тяжестей, резкого движения, спринцевания. При распространении болезни женщина теряет аппетит, худеет, появляется головокружение, плохой сон, малокровие, усиливающиеся боли в животе, грязные выделения из половых путей и т. д. Лечение в этом периоде не дает хороших результатов.

Рак тела матки образуется на слизистой оболочке полости матки. Вначале опухоль имеет вид полипа, сидящего на стенке матки. На поверхности такого полипа образуются изъязвления. Опухоль



*Рак шейки матки: слева — до лечения; справа — после лечения радием и рентгеновскими лучами.*

развивается медленно и может сравнительно долго не проявляться. Однако уже и в начальном периоде могут появляться **необильные желтовато-коричневые жидкие выделения**. Поэтому при появлении даже небольшого количества **коричневатых белей** женщина должна немедленно обратиться в женскую консультацию.

В следующей стадии заболевания **рак тела матки распространяется в глубину, прорастая стенку матки и разрушая ее**. В этом периоде появляются **кровянистые выделения, смешанные с частичками распадающейся опухоли**. Кровоотделения носят **беспорядочный характер** — то они извергаются из полости матки в большом количестве (под влиянием какого-либо напряжения), то несколько стихают. Выделение белей продолжается, но они уже **розового цвета** (вид мясных помоев). **Задерживаясь в полости матки, они подвергаются гнилостному разложению и приобретают зловонный запах**. Раковый процесс из тела матки распространяется на соседние органы и по всему организму, вызывая истощение, слабость, боли в животе и пояснице.

Таким образом, необходимо учесть, что в начальном периоде при раке матки (шейки и тела) часто отсутствуют выраженные симптомы и это служит причиной позднего обращения женщины к врачу. Именно поэтому каждая женщина старше 35 лет, каким бы хорошим ни было ее самочувствие, должна подвергаться осмотру в женской консультации не реже двух раз в год. Это позволит распознать раковое заболевание в самом начале развития и своевременно приступить к его лечению.

При поражении раком шейки матки удаляется вся матка с придатками, вместе с окружающей клетчаткой. Если раковый процесс не вышел еще за пределы матки, то есть в начальных стадиях заболевания, возможно стойкое излечение.

При раке тела матки обычно достаточно удалить лишь матку с придатками. Большой эффект в лечении злокачественных новообразований дают рентгеновские лучи и лучи радия.

При воздействии на опухоль радиевых и рентгеновых лучей наступает разрушение, уменьшение, а затем и исчезновение опухоли. При лучевом лечении в организме больной может наступить ряд изменений (потеря аппетита, тошнота, износы и т. д.), но после прекращения облучения эти явления обычно проходят.

Наилучшие результаты получаются при сочетании обоих методов лечения — хирургического вмешательства и лучевого воздействия. Такое лечение предупреждает возможность распространения опухолевых клеток в соседние ткани, и наступает стойкое излечение. Но это примерно лишь в начале заболевания. В тех случаях, когда раковый процесс вышел за пределы матки, применяется только лучевое лечение.

В Советском Союзе благодаря успешной разработке методов лечения злокачественных опухолей излечение больных раком матки в начальных стадиях достигает 80%, а во второй стадии болезни — 48%. Надо помнить, что чем раньше начато лечение, тем больше шансов на полное выздоровление.

Избежать заболевания раком матки вполне возможно. Рак — не заразное заболевание, он не возникает у человека в результате общения с больным. Рак не передается по наследству. Главная задача в предупреждении рака — борьба с предопухолевыми процессами.

Каждой женщине необходимо помнить, что то или иное предопухолевое заболевание (разрывы шейки матки, вывороты слизистой шеечного канала, воспалительные процессы шейки матки, придатков, влагалища, эрозии, полипы и т. д.) является почвой, на которой может развиваться рак.

Для предупреждения рака необходимо также отказываться от избыточного питания, поддерживать тело в чистоте, соблюдать гигиену половой жизни, постоянно заниматься физкультурой.

Большое значение имеют проводимые у нас в стране профилактические осмотры. Они позволяют выявить начальную стадию раковых заболеваний.

Таким образом, каждая женщина, чтобы уберечь себя от рака матки, должна выполнять следующие условия:

при появлении обильных белей, особенно с примесью крови, кровянистых выделений после полового сношения, после спринцевания, а также при резких движениях и подъеме тяжестей, должна немедленно обратиться к врачу женской консультации;

при появлении кровянистых выделений после менструаций в климактерическом периоде безотлагательно обращаться в онкологический диспансер или в женскую консультацию;

воспалительные процессы половой сферы, язвы на шейке матки, эрозии, полипы следует лечить до полного выздоровления;

систематически заниматься физкультурой и строго соблюдать режим питания.

**Опухоли молочной железы.** В молочной железе довольно часто развиваются как доброкачественные, так и злокачественные опухоли.

Доброкачественные опухоли хотя и не опасны сами по себе, но могут перерасти в злокачественные, отсюда понятно, насколько важно в каждом случае заболевания своевременно установить правильный диагноз.

Определить характер новообразования путем осмотра и ощупывания не просто. Поэтому в настоящее время обязательно производят микроскопическое исследование частицы опухоли.

Из доброкачественных опухолей молочной железы чаще всего встречается фиброаденома, аденома, аденофиброма и реже — липома. В последнее время большое внимание уделяют так называемым предракам, то есть доброкачественным образованиям молочной железы, которые могут в некоторых случаях превратиться в рак. Из них наиболее опасны фиброзно-кистозная мастопатия и фиброаденоматоз.

Фиброзно-кистозная мастопатия наблюдается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. В одной или обеих молочных железах разрастается соединительная ткань и образуются кисты различных размеров — от просяного зерна до голубиного яйца. Они наполнены серозной, желтоватой или коричневатой жидкостью.

Больные жалуются на болезненность в одной или обеих молочных железах, которая усиливается перед менструацией. При прощупывании железы обнаруживаются множественные мелкие узелки, разбросанные по всей молочной железе; они плотнее окружающей их ткани, хорошо подвижны. При беременности и в период кормления такие молочные железы становятся мягкими, и признаки мастопатии исчезают.

Фиброаденома — доброкачественная опухоль молочной железы. Растет она медленно, в течение ряда лет. Встречается довольно часто у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Чаще всего фиброаденома расположена в наружно-верхнем квадрате одной какой-либо железы в виде одиночного узла. Поверхность опухоли может оказаться бугристой, размером с орех, редко больше. Опухоль безболезненна, хорошо подвижна, как бы «катается» под пальцами, отграничена от окружающих тканей; с кожей и соском она не спаяна, выделений из сосков нет. Опухоль может увеличиваться в период беременности и в период кормления. В старческом возрасте в связи с угасанием деятельности яичников эти опухоли могут бесследно исчезнуть. Единственное лечение в молодом возрасте — операция.

В настоящее время доказано, что мастопатия и фиброаденома могут перейти в рак. В связи с этим женщинам с такими опухолями рекомендуется подвергаться осмотру в онкологическом диспансере каждые три месяца.

Кровоточащая молочная железа — это предраковое заболевание, требующее особого внимания.

Кровянистые выделения из соска появляются часто без видимой причины у женщин в возрасте 40—45 лет. Помимо рака молочной железы, кровотечения из соска наблюдаются и при некоторых других доброкачественных и злокачественных опухолях.

При появлении выделений из соска в климактерическом периоде женщина должна немедленно обратиться в онкологический диспансер.



**Рак молочной железы.** Чаще всего это заболевание возникает у женщин в возрасте 40—50 лет, но бывают случаи рака молочной железы и в более молодом возрасте. Такую повышенную склонность молочной железы к заболеванию раком объясняют ее физиологическими особенностями. Под влиянием половых гормонов строение и функции молочных желез постоянно меняются. Имеются наблюдения, что этой формой рака чаще болеют женщины незамужние, не рожавшие и не кормившие грудью, а также женщины, часто прибегавшие к абортам.

В ранней стадии раковая опухоль представляет собой ограниченное уплотнение или небольшой плотный узелок. В дальнейшем раковый узел, увеличиваясь в размерах, прорастает глубокие слои и становится неподвижным. Кожа над опухолью становится плотной, теряет эластичность, приобретает гладкую лоснящуюся поверхность. Быстрорастущие опухоли склонны к распаду и изъязвлению. Выделения из соска при раке водянистые или кровянистые. При раке молочной железы одновременно поражаются многие органы; опухолевые клетки оседают в лимфатических узлах легких, печени, костей позвоночника, таза и т. д. В этих случаях лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными и в запущенных случаях образуют малоподвижное скопление, достигающее больших размеров.

Общий вид больной часто не соответствует тяжести заболевания. Больная может долго оставаться работоспособной, быть хорошо упитанной, и на первый взгляд производить впечатление здорового человека. Часто рак молочной железы на большом протяжении своего развития не вызывает болезненных ощущений даже при опуховании опухоли. Однако порой больные ощущают в пораженной молочной железе как бы ползание мурашек, зуд, боли. При быстрорастущих опухолях, склонных к распаду, при обширных метастазах (распространениях раковых клеток) теряется аппетит, появляются вялость, бессонница, отечность кожи лица и нижних конечностей, мало-кровие и т. д.

Если при запущенном раке установить диагноз сравнительно легко, то часто весьма трудно поставить его в первой стадии заболевания. Поэтому у женщин старше 30—35 лет всякую опухоль молочной железы с нечеткими контурами и малоподвижную следует считать подозрительной на раковое заболевание. При своевременном лечении рака молочной железы наступает полное выздоровление. Лечение сводится к удалению молочной железы вместе с клетчаткой и лимфатическими узлами соприкасающихся областей. В некоторых случаях, кроме хирургической операции, одновременно применяют рентгенооблучение и гормонотерапию.

Следует также помнить, что рак не развивается на здоровом органе. Обычно ему предшествуют предопухольевые процессы (мастопатия, фиброаденома и др.), которые должны быть своевременно устранены. Очень важно подвергаться периодическим профилактическим осмотрам в онкологическом диспансере.

**Опухоли яичников.** В яичниках чаще, чем в других органах женщины, возникают своеобразные опухоли, называемые кистами. Они встречаются у женщин в любом возрасте. Иногда весь яичник пре-

вращается в отдельные мешочки (кисточки). Кисты могут быть одиночными и множественными (многокамерными), в виде небольших полостей, величиной с вишню; нередко они достигают размеров кулака или головы взрослого человека. Такая киста заполняет почти всю брюшную полость.

Содержимое кисты бывает различно. Оно может быть жидким, прозрачным, нередко тягучим. В некоторых случаях в яичнике развиваются кисты с кашецеобразным содержимым, в котором находят сало, волосы и другие производные кожи. На стенке таких кист можно найти образования, напоминающие зубы, ногти и т. д. Это так называемые дермоидные кисты. Происхождение всех этих новообразований остается неизученным.

Некоторые кисты яичников являются доброкачественными новообразованиями, растут медленно, функции яичника при этом не нарушаются, месячные приходят в срок, тип их не меняется, женщина даже может забеременеть. Нередко до определенного времени кисты не дают себя чувствовать, они безболезненны и обнаруживаются случайно. Тем не менее такие кисты могут вызвать опасные для жизни осложнения. Достигая больших размеров, они вызывают ощущение тяжести в нижней части живота, давление на мочевой пузырь и прямую кишку, боль в пояснице, расстройство мочеиспускания, запоры и пр.

Но весьма опасное осложнение яичниковых кист — перекрут «ножки» опухоли. Доброкачественные кисты яичников подвижны; увеличиваясь, они растягивают связки, соединяющие их с маткой и со стенкой таза, то есть «ножку» кисты, на которой висят. Иногда по той или иной причине (подъем тяжести, бег, резкий поворот туловища, беременность), растянутые связки («ножки») кисты закручиваются, кровеносные сосуды сдавливаются и питание кисты прекращается. При этом внезапно возникают сильные боли в животе и рвота (признаки воспаления брюшины), и если больная не будет экстренно оперирована, она погибнет.

Кроме того, под влиянием острого инфекционного заболевания (грипп, ангина, воспаление легких и пр.) кисты могут нагноиться и прорваться, содержимое попадет в брюшную полость, и если больную срочно не оперировать, может наступить смерть.

Наконец, чрезвычайно серьезным и опасным осложнением является возможность превращения доброкачественной опухоли в злокачественную — в рак яичника. Некоторые формы кист яичников (сосочковые) с самого начала являются злокачественными. Они развиваются быстро, вытесняют не только ткань яичника, но и прорастают в соседние органы, разрушая их. Очень скоро такие злокачественные опухоли ведут к образованию водянки живота, истощению и переносу (метастазу) распадающихся частиц — раковых клеток — по лимфатическим сосудам в отдаленные органы, в которых также развивается опухоль.

Таким образом, любая опухоль яичника опасна для жизни женщины и во всех случаях ее следует удалять, что производится тем легче и безопаснее, чем меньше киста и чем раньше она обнаружена. Никаких других способов лечения кист не существует.

Так как причины возникновения опухолей яичника изучены еще недостаточно, то в качестве профилактики можно порекомендовать лишь своевременное выявление ранних форм кистозных образований.

В последние годы в нашей стране проводятся массовые профилактические гинекологические осмотры. Цель их — выявление ранних форм различных женских заболеваний, поэтому каждая женщина, даже если она считает себя здоровой, не испытывает никаких болезненных ощущений, должна систематически являться на такие профилактические осмотры.

---

---

## Гигиена переходного (климактерического) периода

Климактерическим (от греческого слова «клима» — ступень лестницы) называется период в жизни женщины между нормальной деятельностью половой системы и окончательным прекращением этой деятельности. В климактерическом периоде менструации еще сохраняются. Период, когда менструации окончательно прекратились, называется менопаузой, или периодом угасания половой функции.

Климактерический период наступает приблизительно в 46 лет; около 15% женщин заканчивает менструацию между 51—55 годами. В редких случаях прекращение менструации наступает в более раннем возрасте — в 35 лет.

Чем раньше женщина начинает менструировать, тем раньше заканчивает. Отмечается более раннее окончание менструации у женщин, не живших половой жизнью и не рожавших. Период половой деятельности женщины продолжается в среднем 35 лет.

Начало климактерического периода зависит от многих причин — климата, условий питания, перенесенных заболеваний и пр. Состояние нервной системы, ранее перенесенные заболевания — все это оказывает влияние на течение климактерического периода. Здоровые женщины переносят климактерический период значительно легче, чем женщины с расстройствами нервной системы или заболеваниями половой сферы.

У большинства женщин менструации прекращаются постепенно, в течение 1—2 лет, причем сроки между ними удлиняются (на 1—3 недели), количество и интенсивность кровоотделения уменьшаются, и, наконец, наступает менопауза. Бывают случаи, когда спустя несколько месяцев, а иногда и через год после наступившей менопаузы вновь начинается кровоотделение — однократное или даже многократное. Иногда наблюдается внезапное прекращение менструальной функции.

В климактерическом периоде кровоотделения часто возникают без всякой видимой причины и вне связи с менструальным циклом. Многие женщины, к сожалению, не обращаются по этому поводу к врачу. Климактерические кровоотделения могут не сопровождаться

никакими объективными изменениями, но иногда за ними скрывается начало тяжелого заболевания—злокачественного новообразования. Поэтому женщинам климактерического возраста не следует легкомысленно относиться к появлению неправильных, возвращающихся, повторяющихся кровоотделений, особенно после длительного прекращения месячных. Иначе можно не заметить начинающегося рака и упустить время, когда еще легко можно с ним справиться. Только тщательное обследование врачом женской консультации установит истинную причину кровотечения. Необходимо учесть, что в климактерическом периоде и в более позднем возрасте организм особенно предрасположен к образованию опухолей, чаще злокачественных. Вот почему в этом периоде жизни очень важно, чтобы женщина не менее трех раз в год показывалась врачу женской консультации для профилактического осмотра.

С наступлением климактерия рассасывается жировая клетчатка на лобке и больших половых губах. Наружные половые органы становятся вялыми, малые губы превращаются в тонкие кожистые складки. Слизистая оболочка влагалища делается бледной, гладкой, сухой. Емкость влагалища и матки уменьшается. Вес матки доходит до 20—30 граммов. Длина полости матки и шейного канала вместо обычных 7—8 см укорачивается до 4—5 см, слизистая оболочка матки истончается и пронизывается соединительной тканью. Трубы и связки также атрофируются. Яичники становятся маленькими, плоскими, в них прекращается созревание фолликулов.

В связи с прекращением деятельности яичников меняется внешний облик женщины, наступают изменения во всем ее организме. Эластичность кожи уменьшается, на щеках и подбородке откладывается жир, виски западают. Округлость плеч исчезает. Жир, отлагающийся на бедрах и ягодицах, сползает книзу и портит фигуру. Молочные железы отвисают, соски уменьшаются и теряют свою форму. В этот период женщины жалуются на повышенную чувствительность желез и сосков.

Во время климактерического периода наступают и другие изменения, которые принято называть явлениями выпадения. Главной причиной их считают угасание функции яичников. Явления эти бывают весьма разнообразными. Чаще всего возникает ощущение жара. Это бывает почти у каждой женщины в климактерическом периоде. Приступы повторяются по нескольку раз в день и держатся несколько секунд или минут. Приступ сопровождается заметным покраснением лица. Кожа становится горячей. Лоб, нос, щеки, волосистая часть головы, а иногда и все тело покрываются потом. Затем следует чувство усталости и слабости. Руки и ноги немеют, пальцы становятся холодными и синеют, в то время как остальное тело остается теплым. Вследствие спазма сосудов появляются судороги в мышцах. Нередко приливы сопровождаются сердцебиением, головокружением, головной болью, шумом в ушах и даже рвотой.

В климактерическом периоде женщины часто страдают бессонницей. У них нередки упорные запоры, сопровождающиеся сильным вздутием живота, потерей аппетита, изжогой, мучительной отрыжкой и пр. У некоторых женщин запоры сменяются поносами. Часто

нарушается душевное равновесие, замечаются повышенная возбудимость, приподнятость сменяется непонятной грустью и подавленностью.

С прекращением менструаций большинство перечисленных явлений постепенно исчезает.

Поскольку в климактерическом периоде нарушается главным образом обмен веществ, большое значение приобретает правильный режим питания. Следует избегать продуктов, повышающих возбудимость нервной системы, — алкоголя, крепкого кофе, пряностей. Суточный пищевой рацион не должен быть чрезмерно велик. Обильная жирная и мучнистая пища предрасполагает к отложению жира. Как же надо питаться, чтобы предохранить себя от ожирения?

Прежде всего надо учитывать общее состояние организма, сердечно-сосудистой системы и т. д. Совершенно неправильно поступают те, кто уменьшает количество приемов пищи до двух или даже одного раза в сутки. Такое питание не только не правильно, но и вредно, так как приводит к общей слабости, малокровию, понижает сопротивляемость организма. Наиболее целесообразно 4-разовое питание небольшими порциями. Количество калорий в пище у больной ожирением должно быть снижено. Однако пища должна быть разнообразной и достаточной по объему, чтобы после еды оставалось чувство насыщения. Это достигается дробным, частым употреблением объемистых продуктов, богатых грубой клетчаткой, особенно овощей: капусты, брюквы, репы, кабачков, вываренной свеклы и моркови, свежих огурцов.

Необходимо стремиться снизить повышенный аппетит. Поэтому следует избегать всяких возбуждающих аппетит соусов, острых подливок, копченых и соленых закусок, алкогольных напитков.

Пища больной ожирением должна содержать нормальное количество белков (не менее 100 г). Наиболее целесообразным источником белка для больных ожирением служат нежирные сорта мяса и рыбы, лучше всего в отваренном виде. Ценными пищевыми продуктами, содержащими белки, являются творог, простокваша. Творог содержит вещества, препятствующие отложению жира. Количество жиров в пище должно быть ограничено до 50—70 г в сутки. Употребление жиросодержащих молочных продуктов — сливочного масла, жирной сметаны, сливок — должно быть резко сокращено. Учитывая, что при ожирении наблюдается повышенное содержание холестерина в крови и склонность к развитию атеросклероза сосудов, не следует употреблять яичных желтков, шоколада, какао.

При ожирении наблюдается избыточный переход углеводов в жиры. Поэтому следует ограничить углеводы в пище до 200 г в сутки. В связи с этим надо сократить употребление легко усваиваемых углеводов — сахара, варенья, меда, белого хлеба и т. д.

Количество поваренной соли в рационе больной ожирением должно быть не более 5 г, жидкости — 1—1,5 л в сутки. Потребность в витаминах покрывается за счет овощей, зелени, фруктов и черного хлеба.

Конечно, не у всех женщин в климактерическом периоде наступает ожирение. Но, чтобы сохранить здоровье, работоспособность,

избежать каких-либо тягостных ощущений, женщины в этот период должны быть особенно внимательны к своему питанию и рациональному распорядку дня. Труд, отдых и принятие пищи должны чередоваться строго регулярно.

У некоторых женщин с неуравновешенной нервной системой часто появляются внезапные мучительные приливы крови к голове. Такие женщины плохо переносят пребывание на солнце, сильно нагретые помещения, горячие ванны и души. В этом отношении им полезны прохладный душ, с постепенным снижением температуры воды с 35 до 29°. Летом — морские и речные купания, зимой — обтирания тела мохнатым полотенцем, смоченным водой комнатной температуры. Чтобы не простудиться, обтирания следует проводить в теплом помещении (при температуре не ниже 18°): полотенце смачивают в воде и слегка отжимают, затем обтирают руки, ноги, туловище (круговыми движениями). После этого сухим жестким полотенцем растирают тело до покраснения.

Большую пользу оказывает пребывание на свежем воздухе, неустойчивые прогулки, которые способствуют повышению обмена веществ и улучшают жизнедеятельность клеток и тканей организма. При этом активизируется дыхание, и организм поглощает больше кислорода. При ходьбе ритмично напрягаются и расслабляются мышцы ног, а это, в свою очередь, влияет на усиление процессов кровообращения, противодействуя образованию застойных явлений в организме. Особенно необходимы прогулки женщинам, занятым на сидячей работе (швей, машинистки, чертежницы и т. д.) и страдающим ожирением. Прогулки нужно совершать регулярно утром и вечером независимо от погоды. Очень полезны вечерние прогулки перед сном, которые успокаивают нервную систему и вполне могут заменить гигиеническую гимнастику. Рекомендуется игра в волейбол, езда на велосипеде, катанье на коньках, теннис. Очень полезны физические упражнения, проводимые по определенному комплексу, в зависимости от возраста и состояния здоровья. Все эти мероприятия следует использовать только после консультации с врачом.

Правильный режим, нормальное питание, пребывание на свежем воздухе восстанавливают нарушенный в климактерическом периоде обмен веществ.

Изменения, происходящие в организме женщины в климактерическом периоде, не представляют опасности. Эти явления непостоянны, а у большинства женщин климактерический период протекает без каких-либо ощутимых изменений. Женщины, которые в различные периоды своей жизни строго выполняли все гигиенические правила, остаются бодрыми и здоровыми до глубокой старости.

### **Физические упражнения для женщин пожилого возраста**

Женщинам пожилого возраста очень полезны физические упражнения. Известно, что физические упражнения благотворно влияют на обмен веществ, на кровоснабжение, на состояние нервной системы. Если же учесть, что с приближением старости деятельность все-

го человеческого организма ухудшается, то становится понятным, насколько важно стимулировать эту деятельность правильно подобранными физическими нагрузками.

Какие же физические упражнения наиболее благоприятны для лиц старшего и пожилого возрастов?

Для женщин в возрасте 40—50 лет, ранее не занимавшихся спортом, наилучшая форма физических упражнений — индивидуальная гигиеническая гимнастика. С этой целью можно использовать комплекс упражнений, составленный врачом специально для пожилых. В ряде случаев целесообразно облегчить выполнение некоторых упражнений и ослабить их нагрузку. Так, вместо рекомендуемых 8—16 упражнений, делать 4—8. Часть упражнений может проводиться с неполным объемом движений, например, вместо глубокого приседания — неполное, вместо полного наклона туловища — частичное и т. д.

Некоторые упражнения проводятся со вспомогательной опорой рук о край стола, спинку стула, что значительно облегчает их выполнение.

Не следует делать упражнений, которые могут вызвать задержку дыхания, натуживание, значительные мышечные напряжения. Темп выполнения движений не должен быть быстрым. После некоторых упражнений с относительно большой нагрузкой (приседаний) целесообразно немного походить по комнате, успокоить дыхание и лишь затем приступить к следующему. Предлагаем один из комплексов гимнастики для пожилых.

### 1-е упражнение

Исходное положение: ноги вместе, руки поднять в стороны. Выполнение: приседая на носки и разводя колени в стороны, коснуться руками пола перед собой — выдох. Вернуться в исходное положение — вдох. Упражнение повторить 8 раз. Темп средний.

#### *Облегченный вариант*

Исходное положение: стать перед стулом на расстоянии вытянутых рук. Выполнение: приседая, положить ладони на сиденье стула. Повторить 4—6 раз.

### 2-е упражнение

Исходное положение: ноги поставить шире плеч, руки поднять вверх. Выполнение: наклоняясь вперед, коснуться руками пола — выдох. Вернуться в исходное положение — вдох. Упражнение повторить 8 раз. Темп средний.

#### *Облегченный вариант*

Исходное положение: стать у стола на расстоянии вытянутых рук. Выполнение: наклоняясь вперед, прикоснуться руками к столу.



### 3-е упражнение

Исходное положение: ноги вместе, руки на поясе. Выполнение: поднять ногу вперед, опустить ее, вернуться в исходное положение. Дыхание равномерное. Упражнение повторить 8 раз, поднимая то левую, то правую ногу.

#### *Облегченный вариант*

Исходное положение: стать боком к стулу, держась левой рукой за спинку. Выполнение: поднять правую ногу вперед. Опустить ее, вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза, сменив положение, сделать то же упражнение для левой ноги.

### 4-е упражнение

Исходное положение: поставить ноги шире плеч, повернуть туловище в сторону, поднять руки вверх, смотреть на кисти. Выполнение: опуская руки в стороны и вниз, слегка присесть и немного наклониться вперед. Выпрямляясь, повернуть туловище в другую сторону, руки поднять вверх. Дыхание равномерное. Упражнение повторить 8 раз. Темп средний.

#### *Облегченный вариант*

Исходное положение: ноги вместе, руки на поясе. Выполнение: энергично повернуть туловище вправо, правую руку отвести в сторону, ладонью вверх — вдох; принять исходное положение — выдох; то же, влево. Повторить по 2—3 раза в каждую сторону.

Если трудно делать даже облегченный вариант упражнений, следует применять еще более простые упражнения в положении лежа:

1. 5—10 раз сжать и разжать пальцы ног и рук.
2. 5—10 раз согнуть и разогнуть ноги в голеностопных суставах.
3. 8—10 раз попеременно согнуть ногу в колене, постепенно увеличивая угол сгиба (подражая ходьбе).
4. 3—4 раза поднять руки вверх, подтянуться — вдох, опустить руки, расслабить мышцы — выдох.
5. 4—6 раз согнуть ногу в колене, отвести колено в сторону и выпрямить ногу.
6. 4—6 раз сложить ноги по-турецки, разводя колени в стороны.

Наряду с занятиями гимнастикой пожилые женщины могут обучаться ходьбе на лыжах, плаванию, гребле. Из спортивных игр им наиболее доступен волейбол. Рекомендуются недолгие туристические прогулки. Если женщина страдает артериосклерозом, эмфиземой легких, подагрой и другими возрастными заболеваниями, физической гимнастикой она должна заниматься только посоветовавшись с врачом.

---

## **Советы женщинам, занятым в сельскохозяйственном производстве**

В силу своих физиологических особенностей женщина не может участвовать в тяжелых и вредных для здоровья работах. Кодекс законов о труде РСФСР устанавливает гарантии охраны женского труда (ст. 129 КЗоТ). В нашей стране для женщин созданы такие условия труда, при которых работа не могла бы отрицательно отразиться на ее материнстве.

В специальных правилах «Об условиях труда женщин-трактористок и шоферов на грузовых автомобилях» указывается, что трактористкам при наличии у них соответствующей квалификации должна быть представлена работа преимущественно на гусеничных тракторах. Они должны быть заняты на мишинах со стартерами, облегчающими заводку. Женщины, работающие на колесных тракторах без мягких пружинных сидений, в менструальный период должны переводиться на три дня на более легкую работу с сохранением среднего заработка.

Для облегчения работы трактористок под сиденье трактора следует ставить смягченную подрессору, а на металлическую крышку наложить мягкое сиденье, обитое дерматином или брезентом.

Трудовое законодательство устанавливает для женщин более низкие нормы переноски и передвижения тяжестей. Так, для женщин старше 18 лет предельный вес груза при ручной переноске по ровной поверхности составляет 20 кг, при переноске на носилках вес груза вместе с носилками не должен превышать 50 кг. К передвижению тяжестей женщины до 18 лет совсем не допускаются. Однако для предупреждения различных заболеваний женщины, занятые в сельскохозяйственном производстве, должны строго соблюдать некоторые гигиенические правила.

Большинство сельскохозяйственных работ протекает на открытом воздухе, что делает этот труд одним из наиболее здоровых видов труда. В то же время резкие колебания температуры, продолжитель-

мая работа на солнцепеке, при отсутствии общегигиенических мероприятий, могут быть причиной многих заболеваний.

Воздействие холода и длительное перенапряжение отдельных нервно-мышечных групп способствуют возникновению заболеваний периферической нервной системы (радикулиты, плекситы и т. п.) и мышц. Чтобы предупредить охлаждение организма, следует строго выполнять гигиенические правила.

Во время очистки свеклы от ботвы нельзя сидеть на земле и ботве. Нужно использовать для этого соломенные маты. Во время полевых работ ранней весной и поздней осенью следует носить ватную фуфайку, теплый свитер, ватные штаны, шапку-ушанку и сапоги.

Особенно важно женщине следить за тем, чтобы ноги были сухими и в тепле, так как охлаждение ног может способствовать воспалительным процессам матки и придатков. Резиновые сапоги при дополнительном утеплении войлочными стельками и шерстяными чехлами для пальцев хорошо предохраняют от влаги и сохраняют тепло. Хорошо иметь 2—3 пары запасных войлочных стелек и шерстяных носков или портянок. Оставаться в промокшей обуви нельзя, так как это может привести к ревматизму и другим заболеваниям. Надо снять сырую обувь, вымыть ноги в горячей воде, тщательно вытереть их и надеть сухую обувь.

Для защиты от дождей в поле следует иметь простые передвижные навесы (четыре столба с соломенной крышей).

Важное значение в борьбе с простудными заболеваниями имеет закаливание организма. Наиболее простой и действенный способ — закаливание водой. Водные процедуры, раздражая нервные окончания кожи, улучшают общее самочувствие, укрепляют нервную систему. Закаливание начинают с обтираний кожи. Обтирание может быть частичным (до пояса) и общим (всего тела) в утренние часы после сна. Температура воды для обмывания и обтирания тела вначале не должна превышать 30°, в дальнейшем ее следует постоянно снижать.

Необходимо помнить, что до водной процедуры тело должно быть разогрето утренней гимнастикой или ходьбой; кожа не должна быть потной.

Систематическое мытье ног комнатной водой перед сном также способствует закаливанию организма.

Хорошо для закаливания ежедневно после чистки зубов полоскать рот и горло холодной водой. Вначале пользуются водой комнатной температуры, затем все более снижают температуру воды.

Немалую роль при работе в поле в холодное время играет и правильное регулярное питание. Поэтому необходимо позаботиться о снабжении работниц термосами для хранения горячей пищи и чая.

Кроме охлаждения, не менее опасно для женского организма и перегревание тела, которое может вызвать тепловой и солнечный удары. Длительные перегревания способствуют нарушению менструального цикла.

Поэтому в летнее время нужно носить легкую, хорошо проветриваемую, быстро поглощающую пот одежду. Одежда из светлой льняной или хлопчатобумажной ткани должна быть достаточно про-

сторной, не стесняющей движений. Удобны короткие брюки (на 2 пальца выше колена).

Очень важно следить за чистотой тела и одежды.

Грязная одежда плохо пропускает воздух и затрудняет теплоотдачу. Чистое же белье легче впитывает пот и способствует охлаждению тела. Избыточное потоотделение уменьшает защитные свойства кожного покрова тела, а высокая температура воздуха вызывает быстрое размножение микробов, обычно находящихся на поверхности кожи.

Поэтому в полевых условиях необходимо иметь передвижные душевые устройства; ими колхозницы должны пользоваться не только до и после работы, но и во время небольших перерывов.

Для защиты головы от солнечных лучей работницы должны иметь широкополые соломенные шляпы или белые косынки с самодельным козырьком из картона. В шляпе можно сделать отверстия для вентиляции. Весьма целесообразно иметь на полевом стане брезентовые палатки, разборные переносные будки для защиты от палящих лучей солнца во время дневного отдыха.

В жаркое время года во время полевых работ необходимо воздерживаться от излишнего питья воды, так как это заставляет чрезмерно работать сердечно-сосудистую систему. При сильной жажде следует пить холодную подсоленную воду (5 г соли на 1 л воды), либо холодный чай. Пить можно часто, но малыми порциями, не более стакана. Следует приучаться к ограниченному количеству жидкости, тогда даже в жару не будет неприятного ощущения жажды.

Во время полевых работ, особенно в период менструации, женщина должна тщательно следить за тем, чтобы в половые органы не попадала пыль. Хорошей защитой служат марлевые повязки-пояса с ватной прокладкой, которые следует менять 2 раза в сутки.

## ОБЪЯСНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СЛОВ И ВЫРАЖЕНИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ В КНИГЕ

**Аменорея** (от греческих слов «а» — отрицание, «мен» — месяц, «ррео» — теку) — отсутствие месячных в период половой зрелости женщины.

**Анестезия** — обезболивание, потеря чувствительности путем введения обезболивающих веществ (новокаина, эфира и др.).

**Антибиотики** (от греческих слов «анти» — против и «биос» — жизнь). Вещества микробного, животного или растительного происхождения, подавляющие жизнеспособность микроорганизма.

Источниками получения антибиотиков служат бактерии, грибы, актиномицеты, ткани высших растений и животных.

Из бактерий получается антибиотик грамицидин; из актиномицетов — стрептомицин, бляомицин; из грибов — пенициллин; из высших растений — фитонциды.

Каждый антибиотик характеризуется специфическим действием.

**Антисептика** (от греческих слов «анти» — против, «септикос» — гнилостный) — способ борьбы с инфекцией ран посредством применения химических средств бактерицидного действия, то есть убивающих бактерии (от латинского слова «цидиум» — убийство). Иначе их называют антисептическими средствами, или антисептиками.

**Асептика** (от греческих слов «а» — отрицание, «септикос» — гнилостный) — способ борьбы с инфекцией ран, обеззараживание всех соприкасающихся с раной предметов. Обеззараживание (стерилизация) может быть осуществлена с помощью бактерицидных средств, но самым надежным средством является высокая температура, губельная для микроорганизмов. Например, инструменты, белье, перевязочный материал, подвешенные в течение 30 минут действию водяного пара, нагретого до  $122^{\circ}$ , не содержат на себе ни одной живой бактерии — они абсолютно стерильны.

**Ассимиляция** — усвоение пищевых веществ организмом и переработка их.

**Атрофия** (от греческих слов «а» — отрицание, «трофе» — питание) — недостаток питания, уменьшение объема тканей или органа вследствие нарушения их питания.

**Гемоглобин** — красящее вещество крови, находящееся в красных кровяных шариках. Играет важную роль в процессах дыхания.

**Гигиена** — наука, изучающая среду, в которой живет человек (воздух, вода, почва, свет, тепло, окружающие животные, растения). Чтобы продлить свою жизнь и сделать ее здоровой, человеку надо хорошо знать, что в этой среде для его здоровья необходимо и полезно и что, наоборот, вредно и губительно. Таким образом, гигиена — наука о сохранении и улучшении здоровья.

**Гиперплазия** — чрезмерное размножение клеток покровного эпителия или эпителия желез.

**Гипофиз** — железа внутренней секреции, расположенная у основания черепа.

**Гликоген** (животный крахмал) — углевод, образующийся из простых сахаров; может вновь превратиться в организме в сахар, накапливается в виде запасного материала в печени и в мышцах.

**Дезинфекция** — обеззараживание путем уничтожения вредных испарений или заразных бактерий.

**Дефекация** (от латинских слов «де» — из, «фецес» — кал) — испражнение.

**Диафрагма** — грудобрюшная преграда, мускульная перегородка, отделяющая грудную полость от брюшной.

**Диссимляция** — разрушение, расложение живым организмом веществ (противоположный процесс — ассимиляция).

**Дистрофия** — («трофе» по-гречески — питание), расстройство питания.

**Диабет** — сахарное изнурение — заболевание, при котором ткани тела теряют способность усваивать углеводы (сахар), вследствие чего большое количество неиспользованного сахара поступает в кровь и мочу. Лечение проводят инсулином и диетой.

**Железы внутренней секреции**, или эндокринные железы, выделяют продукты своей жизнедеятельности (гормоны) непосредственно в кровь; регулируют химическим путем функцию всех органов, тканей. К железам внутренней секреции относятся щитовидная железа, надпочечники, гипофиз, яичники и др.

**Инсулин** — продукт, гормон внутренней секреции поджелудочной железы.

**Инфантилизм** (от латинского слова «инфанс» — младенец) — остановка на детской ступени развития вследствие врожденных или ранее перенесенных заболеваний.

**Капилляры** — мельчайшие кровеносные сосуды, соединяющие артериальную и венозную системы. Через них осуществляется непосредственный обмен между кровью и клетками тканей.

**Кора головного мозга** — тонкая серая полоска мозгового вещества, которая состоит из скопления огромного количества нервных клеток. С деятельностью клеток коры головного мозга связаны высшие психические функции.

**Лимфатические сосуды** — сеть трубок, по которым медленно течет лимфа (водянистая жидкость, образующаяся из жидкой части крови — плазмы). Лимфа играет роль питательного вещества для клеток организма.

**Лецитин** — жироподобное вещество; его молекула состоит из глицерина, фосфорной кислоты, холина и жирных кислот. Содержится он в каждой клетке животного и растительного организма, особенно много лецитина в головном мозгу, нервах, сперме, молоке, яичном желтке.

**Малокровие.** У нормально развитого и здорового человека количество крови равно приблизительно  $\frac{1}{13}$  веса его тела. Иногда встречаются люди, у которых количество крови становится меньше (например, у человека в 64 кг, скажем, будет не 4 800 г крови, а только 2 800 г), но при этом количество кровяных шариков может оставаться нормальным (в 1 куб. мм крови, то есть в капле с булавочную головку, содержится 5 млн. красных телец и 8 тыс. белых). Иногда же и это нормальное количество красных кровяных шариков также уменьшается (до 4—3—2 млн. шариков). Наконец, малокровие может быть вызвано и уменьшением в каждом кровяном тельце количества красящего вещества, или гемоглобина. Различают два вида малокровия: острое и хроническое. Острое малокровие возникает обычно в результате внезапных и быстрых кровопотерь, например, при крупных поранениях. Хроническое малокровие также в некоторых случаях может развиваться в результате кровопотерь, но происходящих часто, повторно, и уносящих каждый раз не слишком большие количества крови. Однако в большинстве случаев причиной хронического малокровия бывают или изнурительные болезни (туберкулез, раки и т. п.), или же плохие условия существования (недоедание, недостаток свежего воздуха и т. д.).

Существуют и другие виды малокровия, зависящие от заболевания кроветворных органов (селезенки, лимфатических желез, костного мозга). В этом случае развивается злокачественное малокровие — лейкоз (лейкемия).

Больные малокровием имеют бледный цвет лица, холодные конечности, они легко утомляются, подвержены частым головокружениям, сравнительно легко утомляются и склонны к обморокам.

**Менопауза** — прекращение месячных у женщин в климактерическом периоде или после удаления матки, яичников.

**Менструальный цикл** — промежуток времени от первого дня одной менструации до первого дня следующей менструации.

**Метастаз** — распространение частичек злокачественной опухоли по лимфатическим или кровеносным сосудам на отдаленное от опухоли расстояние.

**Миллилитр (мл)** — одна тысячная литра.

**Обмен веществ** — постоянное разрушение частей человеческого организма в результате его жизнедеятельности и замещения их новыми. Эти процессы постоянно происходят в живых организмах при помощи пищеварения, дыхания, кровообращения и т. д.

**Опухоль** — вновь образованная, разрастающаяся ткань какого-либо органа, отличающаяся от нормальной ткани строением,

функций, своеобразием процессов обмена и питания. Опухоль — не изолированный процесс, а заболевание всего организма.

Очаговые изменения — изменения, происходящие не во всем органе, а только в участке его (очаге).

Патология — наука о болезнях, их особенностях и причинах их возникновения.

Перистальтика — червеобразное движение кишок, способствующее передвижению по ним перевариваемой пищи.

Пигменты — красящие вещества, вырабатывающиеся в организме и придающие цвет коже, волосам, глазам.

Пиэлит — («пизлос», по-гречески — лоханка), воспаление почечных лоханок

Подагра — заболевание, при котором нарушается обмен веществ. При этой болезни в суставах хрящах, коже, внутренних органах и т. д. откладываются мочекислые соли.

Поджелудочная железа — железа одновременно внешней и внутренней секреции. В качестве первой она выделяет в кишечник поджелудочный сок, необходимый для переваривания составных частей пищи; вторую функцию выполняют так называемые островки Лангерганса, выделяющие гормон инсулин.

Пузырный занос — заболевание плодного яйца. Ворсинки, окружающие зародыш, превращаются в пузырьки, величиной от горошины до мелкого ореха, наполненные прозрачной жидкостью. Все плодное яйцо представляет собою скопление пузырьков в виде кисти винограда. Такие разросшиеся ворсинки могут стать злокачественными.

Рецидив — возобновление роста опухоли того же строения на месте удаленной.

Регулы (от латинского слова «регула» — правило) — месячные.

Редукция — обратное развитие органа в сторону его упрощения.

Рефлекс — от латинского слова «рефлексио», что означает отражение; нервное явление, происходящее без участия воли под влиянием внешних и внутренних раздражений.

Слизистая оболочка — оболочка, богатая клетками, вырабатывающими слизь.

Сфинктер — кольцевидные мышцы, которые при сокращении замыкают трубчатые или кольцевидные органы (например, сфинктер заднего прохода, сфинктер зрачка и др.).

Ткань — группа однородных клеток, исполняющих одну и ту же работу и имеющих одинаковое анатомическое строение (например, мышечная ткань, нервная ткань и др.).

Тонус — большая или меньшая степень постоянного прижизненного напряжения, особенно заметного в мышцах в зависимости от влияния на них нервной системы.

Фермент — особое «активное» белковое вещество, которое способствует химическим реакциям в тканях живого организма.

Физиология — наука, изучающая нормальные процессы, происходящие в организме.

Функционировать — совершать отправления, действовать,



исполнять обязанности. В биологии функция — работа какого-либо органа.

**Холестерин** — жироподобное вещество со сложным строением. Содержится в каждой клетке и жидкости тела человека; особенно много его в мозгу и нервных тканях. Отложение холестерина во внутренней оболочке сосудов вызывает заболевание артерий (атеросклероз).

**Хорионэпителиома** — злокачественная опухоль, при которой происходит разрастание клеток ворсинистой оболочки матки. Такие злокачественные новообразования могут развиваться после пугливого заноса, после выкидышей, после трубной беременности и даже после нормальных срочных родов. Большая кровоточивость из матки приводит к истощению и последующей быстрой смерти больной.

**Экссудат** — болезненный выпот, выступление крови или сывотки крови в окружающую ткань или в полость, например, выпот в клетчатку малого таза при воспалении последней.

**Эмбрион** — зародыш, неразвившийся плод.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
<b>Особенности строения женского организма . . .</b>	<b>3</b>
<b>Гигиена девочки . . . . .</b>	<b>6</b>
Дошкольный и начальный школьный периоды	—
Школьный (подростковый) период . . . . .	7
<b>Менструация . . . . .</b>	<b>10</b>
Ежедневная гигиеническая гимнастика . . .	14
<b>Гигиена половой жизни . . . . .</b>	<b>17</b>
<b>Беременность . . . . .</b>	<b>22</b>
Оплодотворение . . . . .	—
Развитие и положение плода в матке . . . . .	26
Распознавание беременности . . . . .	31
Календарь для беременных женщин . . . . .	34
<b>Гигиена беременности . . . . .</b>	<b>47</b>
Режим труда и отдыха беременной . . . . .	—
Гигиена жилища, одежды, обуви . . . . .	49
Физические упражнения в период беременности . . . . .	50
Личная гигиена . . . . .	55
<b>Заболевания, связанные с беременностью . . . . .</b>	<b>58</b>
Токсикозы беременности . . . . .	—
Несовместимость крови в организмах матери и плода . . . . .	63
Внематочная (несвоеместная) беременность . . .	64
<b>Роды . . . . .</b>	<b>66</b>
Осложнение при родах . . . . .	75
<b>Послеродовой период . . . . .</b>	<b>79</b>
Изменения в организме женщины . . . . .	—
Уход за молочными железами . . . . .	81
Личная гигиена . . . . .	83
Физические упражнения в послеродовом периоде . . . . .	85
Заболевания молочных желез . . . . .	86

<b>Питание в период беременности и кормления</b>	88
Белки . . . . .	—
Жиры . . . . .	89
Углеводы . . . . .	90
Калорийность пищи . . . . .	92
Минеральные вещества и вода . . . . .	93
Витамины . . . . .	97
Режим питания . . . . .	102
Кулинарная обработка некоторых продуктов	107
<b>Аборт</b> . . . . .	110
Самопроизвольный аборт . . . . .	—
Искусственный аборт . . . . .	111
<b>Методы предохранения от беременности</b>	116
Механические противозачаточные средства	117
Химические противозачаточные средства	121
Физиологический метод предохранения от беременности . . . . .	124
<b>О некоторых основных женских болезнях</b>	129
Расстройства менструаций . . . . .	—
Воспалительные заболевания женских половых органов . . . . .	132
Болезни вен . . . . .	136
Венерические заболевания . . . . .	138
Неправильные положения женских половых органов . . . . .	145
Причины бесплодия . . . . .	148
Опухоли женской половой сферы . . . . .	149
<b>Гигиена переходного (климактерического) периода</b>	160
Физические упражнения для женщин пожилого возраста . . . . .	163
<b>Советы женщинам, занятым в сельскохозяйственном     производстве</b> . . . . .	166
Объяснения специальных слов и выражений, встречающихся в книге . . . . .	169
Менструальный календарь . . . . .	174