



Д-р М. А. ПОЛЯК

ПАД РУЧНІК

ПА ГІНЭКОЛЁГІІ

ДЛЯ МЭДТЭХНІКУМАУ

Пад рэдакцыяй  
проф. М. Л. Выдрына

ДЗЯРЖАўНАЕ ВЫДАВЕЦТВА БЕЛАРУСІ  
ВУЧПЭДСЭКТАР  
М Е Н С К

1933

Рэдактар М. Б. Кроль  
Літпраўка В. Зубко  
Тэхрэдактар К. Пуроўскі  
Корэктар Н. Касьперская  
Здана ў набор 1-ХІІ—32 г.  
Палпісана да друку 3-ІІІ—33 г.  
Набрана брыгадай Герасімовіча  
Адк. кор. друкарні А. Жук

## З Ы М Е С Т

Ад рэдактара  
Прадмова . . . . .

Стар.

1  
8

### У в о д з і н ы

Роля і задачы акушэркі і іншых асоб сярэдняга медпэрсоналу ў справе

9

### Заўважаныя памылкі друку.

Ст ар.	Радок	Надрукавана	Патрэбна
3	18 зьнізу	клетка	клеткавіна
3	9 "	рэкральнае	рэктальнае
4	19 зьверху	тампонцыя	тампонацыя
5	13 "	ляноратомія	ляпоратомія
5	3 зьнізу	асфорыт	оофорыт
6	16 зьверху	хорыокапітоліома	хорыон-эпітэліома
7	10 зьнізу	заканчваецца	заклучаецца
8	12 "	вышэйшых	важнейшых
15	9 зьверху	Ladia	Labia
15	12 зьнізу	Нупеп	Нупеп
50	19 "	лектацыйная	ляктацыйная
64	3 зьверху	свадобна	свабодна
103	6 "	награваемыя	пагражаемыя
125	3 "	(пэрымэтраў)	(пэрымэтрыт)

Зак. № 2996.

3. Дасьледаваньне крыві пры прымуце . . . . .	38
4. Інструмантальнае дасьледаваньне . . . . .	44
5. Пробнае выскабленьне . . . . .	45
6. Высяканьне (экцызія) кавалачкаў для мікроскопічнага да- сьледаваньня . . . . .	45
7. Пробная пункцыя . . . . .	45
8. Дасьледаваньне выдзяленьняў . . . . .	45
9. Цыстоскопія . . . . .	45
10. Дасьледаваньне крыві . . . . .	45

Рэдактар М. Б. Кроль  
Літпраўка В. Зубко  
Тэхрэдактар К. Пуроўскі  
Корэктар Н. Касьперская  
Здана ў набор 1-ХІІ—32 г.  
Падысьна да друку 3-ІІІ—33 г.  
Набрана брыгадай Герасімовіча  
Адк. кор. друкарні А. Жук

## З Ъ М Е С Т

Стар.

Ад рэдактара . . . . .	1
Прадмова . . . . .	8

### У в о д з і н ы

Роля і задачы акушэркі і іншых асоб сярэдняга мэдпэрсоналу ў справе аздараўленьня працоўных жанчын . . . . .	9
--	---

## РАЗЬДЗЕЛ ПЕРШЫ

### Кароткі нарыс анатоміі і фізыолёгіі жаночых палавых органаў

#### I. Знадворныя палавыя органы

1. Лабковы бугор . . . . .	14
2. Вялікія палавыя губы . . . . .	—
3. Прамежжа . . . . .	15
4. Малыя палавыя губы . . . . .	—
5. Клітар . . . . .	—
6. Адтуліна мачавыпуськальнага каналу . . . . .	—
7. Дзёвочая плява . . . . .	—

#### II. Унутраныя палавыя органы

1. Похва . . . . .	17
3. Маціца . . . . .	18
3. Фалёпіевы трубы . . . . .	21
4. Яечнікі. Овуляцыя. Мэнструацыя, унутраная сэкрэцыя. Клімактэры. Калямацічная клетка . . . . .	22
5. Тазавае брушына . . . . .	25
6. Крывяносныя судзіны палавых органаў і нэрвы . . . . .	—

## РАЗЬДЗЕЛ ДРУГІ

### Агульная дыягностыка

I. Анамнэз. . . . .	27
II. Об'ектыўнае дасьледваньне. . . . .	30
1. Знадворнае дасьледваньне . . . . .	—
2. Унутранае і камбінаванае дасьледваньне . . . . .	32
3. Дасьледваньне праз прамую кішкў (рэкральнае дасьледваньне). . . . .	36
4. Інструмантальнае дасьледваньне . . . . .	38
5. Пробнае выскабленьне . . . . .	44
6. Высяканьне (экцызія) кавалачкаў для мікроскопічнага дасьледваньня . . . . .	—
7. Пробная пункцыя . . . . .	—
8. Дасьледваньне выдзяленьняў . . . . .	45
9. Цыстоскопія . . . . .	—
10. Дасьледваньне крыві . . . . .	—

## РАЗЬДЗЕЛ ТРЭЦІ

## Сымптоматолёгія жаночых хвароб.

I. Болі. . . . .	47
II. Белі. . . . .	48
III. Расстройствы мэнструацый.	
1. Дысмэнорэя . . . . .	49
2. Амэнорэя . . . . .	50
3. Мэнорагія . . . . .	51
4. Мэтрорагія . . . . .	52
IV. Вагінізм. . . . .	53
V. Сьверб у знадворных палавых частках. . . . .	54
VI. Расстройствы мачавыпусканья. . . . .	55

## РАЗЬДЗЕЛ ЧАЦЬВЕРТЫ

## Агульная тэрапія жаночых хвароб

I. Рэжым гінеколёгічных хворых. . . . .	58
II. Коңсэрватыўныя мэтоды лячэньня . . . . .	59
1. Спецыяльна-гінеколёгічныя мэтоды лячэньня. Спрыцаваньні. Лекавыя клізмы. Пастаянныя абвадненьні. Унутрымацічныя ўпырскваньні, змазваньні і прыпальваньні. Скарыфікацыя. Тампонцыя маціцы. Лячэньне тампонамі. Пэсары . . . . .	—
2. Біолёгічныя мэтоды лячэньня жаночых хвароб. Вакцынотэрапія. Сэротэрапія. Органотэрапія . . . . .	69
3. Фармаколёгічныя сродкі. Крывяспыняльныя. Абязбольваючыя. Рассасваючыя . . . . .	71
4. Фізыятрычныя мэтоды лячэньня: . . . . .	
а) Гідротэрапія. Сядзячыя ванны. Гразелячэньне. Холад (лёд). Сагравальныя кампрэсы . . . . .	72
б) Электротэрапія. Дытэрмія. Электрычныя ванны . . . . .	75
в) Гінеколёгічны масаж . . . . .	76
г) Гімнастыка . . . . .	78
д) Рэнтгенотэрапія і радыётэрапія . . . . .	79

## РАЗЬДЗЕЛ ПЯТЫ

## Опэрацыйнае лячэньне

I. Падрыхтоўка да опэрацыі . . . . .	83
Опэрацыйная і яе абстаноўка. Стэрылізацыя бялізны і перавязачнага матэрыялу. Стэрылізацыя матэрыялу для швоў. Стэрылізацыя інструмантаў. Стэрылізацыя шчотак. Абеззаражваньне рук. Пальчаткі . . . . .	—
II. Падрыхтоўка хворай да опэрацыі . . . . .	87
III. Абязбольваньне (наркоз). . . . .	89
1. Агульны наркоз . . . . .	—
2. Мясцовае абязбольваньне . . . . .	91

	<i>Стар</i>
IV. Пасьляопэрацыйны пэрыод. . . . .	96
1. Догляд за хворай . . . . .	—
2. Аскладненьні ў пасьляопэрацыйным пэрыодзе . . . . .	100
V. Гінеколёгічны інструмантары. . . . .	103

## РАЗЬДЗЕЛ ШОСТЫ

### Опэрацыйныя ўмяшаньні

1. Плястыка прамежжа і похвы . . . . .	110
2. Расьсячэньне шыйкі маціцы . . . . .	111
3. Ампутацыя шыйкі маціцы . . . . .	—
4. Выдаленьне мацічных поліпаў . . . . .	—
5. Выскабленьне поласьці маціцы (abrasio) . . . . .	112
6. Опэрацыя Аляксандар-Адамса . . . . .	114
7. Брушное чэравасячэньне (ляноратомія) . . . . .	115
8. Похвавае чэравасячэньне . . . . .	116

## РАЗЬДЗЕЛ СЁМЫ

### Гінеколёгічныя захворваньні

I. Парокі разьвіцьця. . . . .	117
Парокі разьвіцьця знадворных палавых органаў. Зарастаньне дзявочай плявы і похвы (атрэзія). Звужэньне похвы (стэноз). Парокі разьвіцьця маціцы і похвы. Аномаліі разьвіцьця маціцы і похвы. Парокі разьвіцьця ячнікаў і труб . . . . .	117
II. Няправільныя палажэньні маціцы . . . . .	122
1. Зьмяшчэньні маціцы . . . . .	124
2. Нахіленьні маціцы . . . . .	125
3. Перагібы маціцы . . . . .	128
4. Апусканьне і выпаданьне маціцы . . . . .	132
5. Вывараты маціцы . . . . .	132

## РАЗЬДЗЕЛ ВОСЬМЫ

### Успаляльныя процэсы палавых органаў

I. Успаляльныя процэсы нямікробнага паходжанья. . . . .	135
II. Інфэкцыйныя ўспаляльныя процэсы. . . . .	137
1. Гонорэя. Гонорэйны вульвіт. Гонорэйны ўрэтрыт. Гонорэйны цыстыт. Гонорэйны вагініт. Гонорэйнае ўспаленьне маціцы (мэтрыт) Гонорэйнае ўспаленьне фалёпіевых труб. Гонорэйнае ўспаленьне ячнікаў (асфорыт) Гонорэйнае ўспаленьне тазавай брушны (пэльвэпэрытоніт). Лячэньне гонорэйных захворваньняў . . . . .	—
2. Сифіліс . . . . .	145



	Стар.
3. Тубэркулёз . . . . .	147
4. Сэптычныя захворваньні . . . . .	148
а) Мясцовыя сэптычныя процэсы . . . . .	149
б) Агульнае сэптычнае заражэньне. Агульны разьліты гнойны пэрытоніт. Сэптычныя тромбафлебіты. Піэмія. Сэптыцэмія. Сэпсіс. Лячэньне . . . . .	152

## РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕВЯТЫ

### Пухліны

I. Рэтэнцыйныя кісты . . . . .	158
Кісты Бартолііевых залоз. Кісты похвы. Кісты фалёпіевых труб. Кісты яечнікаў . . . . .	—
II. Новаўтварэньні.	
1. <i>Добраякасныя новаўтварэньні.</i> Фіброміёмы. Кістомы яечнікаў . . . . .	160
<i>Злаякасныя новаўтварэньні.</i> Рак (карцынома, канцэр) Рак знадворных полавых органаў і похвы Рак шыйкі маціцы. Рак цела маціцы. Рак яечнікаў. Саркомы. Саркомы маціцы. Саркомы яечнікаў. Хорыонэпітэліома . . . . .	166

## РАЗЬДЗЕЛ ДЗЕСЯТЫ

### Пашкоджаньні жаночых полавых органаў

I. Іншародныя целы ў похве і маціцы . . . . .	175
II. Сьвішчы . . . . .	176

## РАЗДЗЕЛ АДЗІНАЦЦАТЫ

### Бясплоднасьць

Прычыны жаночай бясплоднасьці . . . . .	179
Прадказаньне і лячэньне бясплоднасьці . . . . .	180

## РАЗЬДЗЕЛ ДВАНАЦЦАТЫ

### Гігіена жанчыны

Гігіена пэрыоду полавага разьвіцьця . . . . .	182
Гігіена пэрыоду полавай сьпеласьці . . . . .	183
Гігіена шлюб і полавага жыцьця . . . . .	187
Гігіена клімактерычнага пэрыоду . . . . .	189

### ДАДАТАК ПЕРШЫ

Супроцьзачатачныя сродкі . . . . .	191
------------------------------------	-----

### ДАДАТАК ДРУГІ

Рэцэптурныя формулы . . . . .	197
-------------------------------	-----

## АД РЭДАКТАРА

Ужо даўно адчуваецца патрэба ў падручніку па гінэколёгіі для слухачоў акушэрскіх тэхнікумаў. Выданыя да гэтага часу дапаможнікі не задавальняюць тым патрабаванням, якія прад'яўляюцца савецкай мэдыцынай і не адпавядаюць праграме, вырацаванай для акушэрскіх аддзяленьняў мэдтэхнікумаў. Таму студэнткам акушэрскіх мэдтэхнікумаў і працуючым акушэркам прыходзіцца карыстацца вялікімі дапаможнікамі, прызначанымі для спецыялістаў-гінэколёгаў і зьмяшчаючымі ў сабе шмат непатрэбнага і недаступнага для разуменьня навучаючыхся матэрыялу.

Праца, прапануемая аўтарам, не заключае ў сабе дэфектаў старых кароткіх падручнікаў і ня мае балясту падрабязных дапаможнікаў. Апрача таго, напісана яна проста, выразнай, агульнадаступнай мовай і ў стылі, больш або менш адпаведным агульнай і мэдычнай адукацыі слухальніц. Калі-ж прыняць яшчэ пад увагу адсутнасьць такога падручніка на беларускай мове, то зьяўленьне яго ў друку трэба лічыць зусім сваячасовым.

У прыватнасьці, лічу сваім абавязкам адзначыць, што аўтар удала справіўся са сваёй задачай. Апрача ўводзін, дзе даволі ярка паказаны роля і задачы акушэркі ў справе аздаравленьня працоўных жанчын, аўтар заканчвае кожны разьдзел указаньнем на тыя практычныя веды, якія акушэрка павінна цвёрда засвоіць і якімі яна павінна кіравацца ў сваёй штодзённай рабоце. Аўтар імкнецца завастрыць увагу акушэркі на тых мясцох кожнага разьдзелу, якія трактуюць аб яе абавязках у якасьці памочніка ўрача і аб яе самастойнай рабоце пры адсутнасьці ўрача, калі яна прадастаўлена сваім уласным сілам і павінна працаваць на раёне, асабліва ва ўмовах колгаснага жыцьця.

Вартасьць данага падручніка павялічваецца яшчэ тым, што ў ім адведзена даволі месца профіляктыцы—гэтаму галоўнаму стрыжаню, на якім канцэнтруецца ўвага савецкай мэдыцыны.

Удала складзены таксама два „дадаткі“ ў канцы падручніка. У першым заканчваецца даволі падрабязны агляд „супроцьзачатачных сродкаў“, якім даецца правільная ацэнка, а ў другім прыведзены ў прасьцейшай форме важнейшыя „рэцэптурныя формулы“, якімі акушэрка можа карыстацца для прапісваньня хворым неабходнага лякарства ў выпадку адсутнасьці доктара.

Наогул-жа падручнік можа быць рэкамендаваны ў якасьці дапаможніка і даведніка для слухальніц мэдтэхнікумаў і заслугоўвае шырокага распаўсюджваньня сярод іх і іншых асоб сярэдняга мэдычнага пэрсоналу.

## ПРАДМОВА

Гэты дапаможнік прызначаецца для слухальніц акушэрскіх і іншых тыпаў мэдтэхнікумаў і складзены згодна праграмы, выпрацаванай Галоўпрафасветы РСФСР. Пры ўкладаньні яго галоўная ўвага зварачалася на тое, каб даць слухальніцам магчыма больш практычных ведаў і завастрыць іх увагу на тых пытаннях, з якімі яны часцей за ўсё будуць сустракацца ў сваёй штодзённай рабоце, і на тых выпадках, дзе ім прыдзецца праяўляць асаблівую актыўнасць. А таму мы не ўдаваліся ў падрабязныя тэорытычныя разважаньні, мы таксама не апісалі дэталёва ўсіх інструмантаў і апаратаў, не паказалі падрабязны ход апэрацый і іншых прыёмаў, лічачы, што ніякае, нават самае дэталёвае апісаньне або паясьняльнае чытаньне, і ніякія, нават самыя мастацкія ілюстрацыі ня могуць замяніць практычных заняткаў каля ложка хвораі і нагляднага вывучэньня прадмета пад кіраўніцтвам выкладчыка. Падручнік мае на мэце даць магчыма сьць слухальніцам паўтарыць праслуханае на занятках і аднавіць у памяці забытае. У некаторых выпадках ён можа служыць таксама даведнікам для працуючых акушэрак і мэдычных сясьцёр.

У гэтым дапаможніку сустракаюцца паўтарэньні па адным і тым самым пытаньні. Паўтарэньні гэтыя часткова няўхільны, часткова яны зроблены наўмысна, з мэтай больш глыбокага ўнядрэньня і ўмацаваньня ў памяці слухальніц вышэйшых навуковых прынцыпаў і практычных ведаў.

Стымулам для выданьня гэтага дапаможніка паслужыла разгорнутая зараз падрыхтоўка новых кваліфікаваных кадраў сярэдняга мэдпэрсоналу, а таксама поўная адсутнасьць падручнікаў па гінеколёгіі для акушэрак на беларускай мове ў той час, калі навучаньне ў мэдтэхнікумах вядзецца на роднай мове пераважнай большасьці слухачоў.

У заключэньні выказваю падзяку паважанаму профэсару М. Л. Выдрыну, за тое, што ён узяў на сябе працу па рэдагаваньні падручніка, і за зробленыя ім каштоўныя ўказаньні пры ўкладаньні яго.

*Аўтар.*

## У В О Д З І Н Ы

### РОЛЯ І ЗАДАЧЫ АКУШЭРКІ І ІНШЫХ АСОБ СЯРЭДНЯГА МЭДПЭРСОНАЛУ Ё СПРАВЕ АЗДАРАЎЛЕНЬНЯ ПРАЦОЎНЫХ ЖАНЧЫН

Наша краіна будзе соцыялізм, моцны фундамент якога ўжо закладзены. Гэта будаўніцтва ідзе высокімі і хуткімі тэмпамі, якіх ня ведае ніводная капіталістычная дзяржава. У будаўніцтва ўцягнуты ўсе жывыя і актыўныя сілы краіны. І жанчына паступова адыходзіць ад гаршка і ночваў і прымае актыўны ўдзел у прамысловым, грамадзкім і політычным жыцці краіны. Праца разняволенай жанчыны ўкараняецца ва ўсе галіны народнай гаспадаркі і ва ўсе ўрадавыя, дзяржаўныя і грамадзкія ўстановы і арганізацыі. Для таго, каб праца яе была прадукцыйнай, каб яна была цэнным і карысным работнікам ва ўсіх галінах сваёй дзейнасці, неабходна здараўленьне яе арганізму, яе быту і ўмоў працы. У горадзе шмат чаго ўжо зроблена для жанчыны ў гэтых адносінах, але многа яшчэ не дароблена; у вёсцы-ж для працоўнай жанчыны зроблена пакуль што менш. Вясковая жанчына патрабуе дапамогі ад усіх культурных сіл краіны і— ў першую чаргу—ад мэдычнага пэрсоналу, бо вучастак аховы здароўя значна адстае ад росту соцыялістычнага будаўніцтва ў вёсцы. Таму ў сучасны момант востра стаіць пытаньне аб неабходнасьці здараўленьня быту і ўмоў жаночай працы ў аграмаджаным сэктары вёскі і аб правільным вырашэньні задач, якія ставіць сабе ахова мацярынства і маладзёнства.

Савецкая мэдыцына, у параўнаньні з дэрэволюцыйнай, стаіць на новых рэйках і ідзе па іншым шляху. Яна вымагае ад мэдпэрсоналу, каб ён не абмяжоўваўся сваёй профэсыянальнай лекавай работай; яна высоўвае на першы плян санітарна-профіляктычную работу, бо сутнасьць мэдыцыны заключаецца не ў адным лячэньні, а галоўным чынам, у папярэджаньні хвароб, г. зн. у профіляктыцы.

Апрача таго, кожны ўрач, кожная акушэрка і мэдычная сястра павінны прымаць удзел у грамадзкай і політычнай рабоце; яны ня могуць заставацца аполітычнымі і бязудзельнымі гледачамі будуючыхся новых форм грамадзкага жыцця. Кожны мэдычны работнік павінен расшыраць круг сваіх абавязкаў ня толькі ўнутры ўстаноў, дзе ён працуе, але і па-за сьценамі іх; раённы мэдычны работнік павінен зьвязаць работу сваёй установы з бытам соцыялістычнага сэктару, які ён абслугоўвае.

Як многа можа зрабіць акушэрка ў справе аховы мацярынства і младзенства, аздараўленьня быту і ўздыму культурнага ўзроўню працоўнай жанчыны! Асабліва ў вёсцы, на вучастку яна можа разгарнуць вялізарную і карысную работу. А работы тут непачаты край і магчымасьці вялікія. Блізкасьць акушэркі да жанчыны, сувязь, што ўстанаўліваецца паміж імі ў часе родаў агульная мова, якую яны могуць знайсці, давер'е, якое зьяўляецца з часам—усё гэта можа быць магутным рычагом у справе перавыхаваньня вясковай работніцы, усё гэта дае акушэрцы магчымасьць весці шырокую санітарна-асьветніцкую работу сярод жанчын і падняць іх культурны ўзровень. Поле дзейнасьці для акушэркі надзвычайна шырокае, і на гэтай ніве яна можа пажаць багатыя плады.

Кожная акушэрка і кожная мэдычная сястра перш за ўсё павінны весці бязьлітасную барацьбу з шаптуствам, павітствам, з пашыранымі прымхамі і забабонамі і рэлігійнымі вераваньнямі, якія зацямяюць разум сялянкі і дзякуючы якім яна набывае сабе розныя хваробы, раней часу старэе і робіцца непрацаздольнай і інвалідам.

Акушэрка павінна аддаць свае сілы справе ліквідацыі няпісьменнасьці на сваім вучастку і пашырэння навуковых ведаў сярод мас. Пісьменнасьць—гэта вялікая сіла, якая перамагае цемру і невуцтва.

Пры ўсеагульнай пісьменнасьці зьнікае і санітарная няграматнасьць.

Акушэрка павінна растлумачыць сялянцы ўсе перавагі калектыўнай працы і ўкараніць у яе розум і сузнаньне, што толькі пры калектывізацыі, пры аграмаджаньні працы магчыма правядзеньне розных мерапрыемстваў па ахове яе здароўя, што толькі ў саўгасах, колгасах і комунах магчыма арганізацыя ясьляй, дзіцячых пляцовак, дзіцячых консультацый, консультацый для цяжарных, акушэрскіх пунктаў, радзільных ложкаў і т. д. Аку-

шэрка павінна ўцягнуць у гэтую справу ўсе актыўныя элементы вёскі і агульнымі намаганьнямі дабіцца пабудовы гэтых бытавых устаноў у тых мясцох, дзе іх яшчэ няма.

Акушэрка не павінна абмяжоўвацца дапамогай у часе родаў або прапісваньнем кропель хворай жанчыне, але яна павінна пры кожным зручным выпадку, на кожным кроку растлумачваць жанчыне вялікае значэньне гігіены. Яна павінна мобілізаваць усе свае веды і ўсе навуковыя даныя, каб даказаць жанчыне ўсю шкоду негігіенічнага і антысанітарнага жыцьця, даказаць, што бруд і розныя шкодныя прывычкі зьяўляюцца крыніцай розных захворваньняў, што ўтрыманьне ў чыстаце свайго цела, адзеньня, харчоў, жылля, двара, калодзежу і т. д. можа пазбавіць яе ад многіх пакут. Яна павінна навучыць дзяўчыну, як ахоўваць сваё здароўе ў часе полавага пасьпяваньня і полавай сьпеласьці, навучыць жанчыну, як выконваць правілы полавой гігіены, як трэба трымаць сябе ў часе цяжарнасьці, дзе і пры якіх умовах праводзіць роды і пасьляродавы пэрыод, як трэба ўскормліваць дзіця, каб застацца здаровай маткай і выхаваць здаровае патомства. Колькі людзей можа выратаваць акушэрка, калі ёй удалася вырваць вясковую работніцу з брудных рук бабкі-павітухі і навучыць матак правільна ўскормліваць сваіх грудных дзяцей!

Акушэрка нямінуча будзе сутыкацца з пытаньнем аб перапыненьні непажаданай цяжарнасьці. Яна можа пазбавіць многіх жанчын ад сур'ёзных захворваньняў і нават сьмерці, калі яна будзе накіроўваць іх у адпаведныя лекавыя ўстановы для ўтвэрэньня абарту і такім чынам вырве гэтыя афяры з падпольля.

Да акушэркі будуць зварочвацца за парадай, як унікнуць цяжарнасьці. Акушэрка павінна папулярываць і шырока агітаваць за ўжываньне супроцьзачатачных сродкаў, каб жанчыне ня прыходзілася рабіць абарту, які зьяўляецца сур'ёзнай небясьпекай для яе здароўя нават у тым выпадку, калі ён праводзіцца пры самых спрыяючых умовах. Таму акушэрка павінна накіроўваць жанчын да ўрача або ў консультацыю, дзе яны атрымаюць належную параду і дзе іх навучаць, як карыстацца данымі ім сродкамі.

Акушэрка павінна ўсімі сіламі змагацца супроць пашырэньня інфэкцыйных і соцыяльных хвароб. Пры зьяўленьні якой небудзь эпідэмічнай хваробы ў вёсцы яна сваёй санітарна-асьветніцкай работай і сваімі разумнымі ўказаньнямі можа значна паслабіць распаўсюджаньне заразы. Яна можа таксама дасягнуць вялізарных

посьпехаў у барацьбе з бытавым сыфілісам, гонорэяй, тубэркулёзам, трахомай і іншымі соцыяльнымі хваробамі, якія засталіся нам у спадчыну ад царскага, памешчыцкага і капіталістычнага ладу.

Вядучы культурна-асьветніцкую работу, акушэрка павінна стаць у рады барацьбітоў супроць алькогалізму. Яна павінна змагацца разам з усімі грамадзкімі організацыямі на вёсцы за організацыю школы, хаты-чытальні, клубу і за організацыю разумных забаў, каб паралізаваць тую шкоду, якая наносіцца асобнаму індывідуму, сям'і, грамадзтву і дзяржаве алькагольным ядам.

Акушэрка ў сваёй штодзённай рабоце будзе сутыкацца з шматлікімі захворваньнямі жаночай полавай сфэры, са скаргамі на боль, крывячэньне і т. д. Сярод гэтых хворых могуць быць і такія, у якіх ёсьць пачатковая стадыя раку маціцы, ад якога памірае вялікая колькасць жанчын. І вось акушэрка, пры самым малым падазрэнні на наяўнасць у жанчыны гэтай страшэннай хваробы, павінна, ня трацячы часу, у самым спешным парадку накіраваць такую хворую ў больніцу, дзе сваячасовай дапамогай яна можа быць выратавана ад нямінчай гібелі.

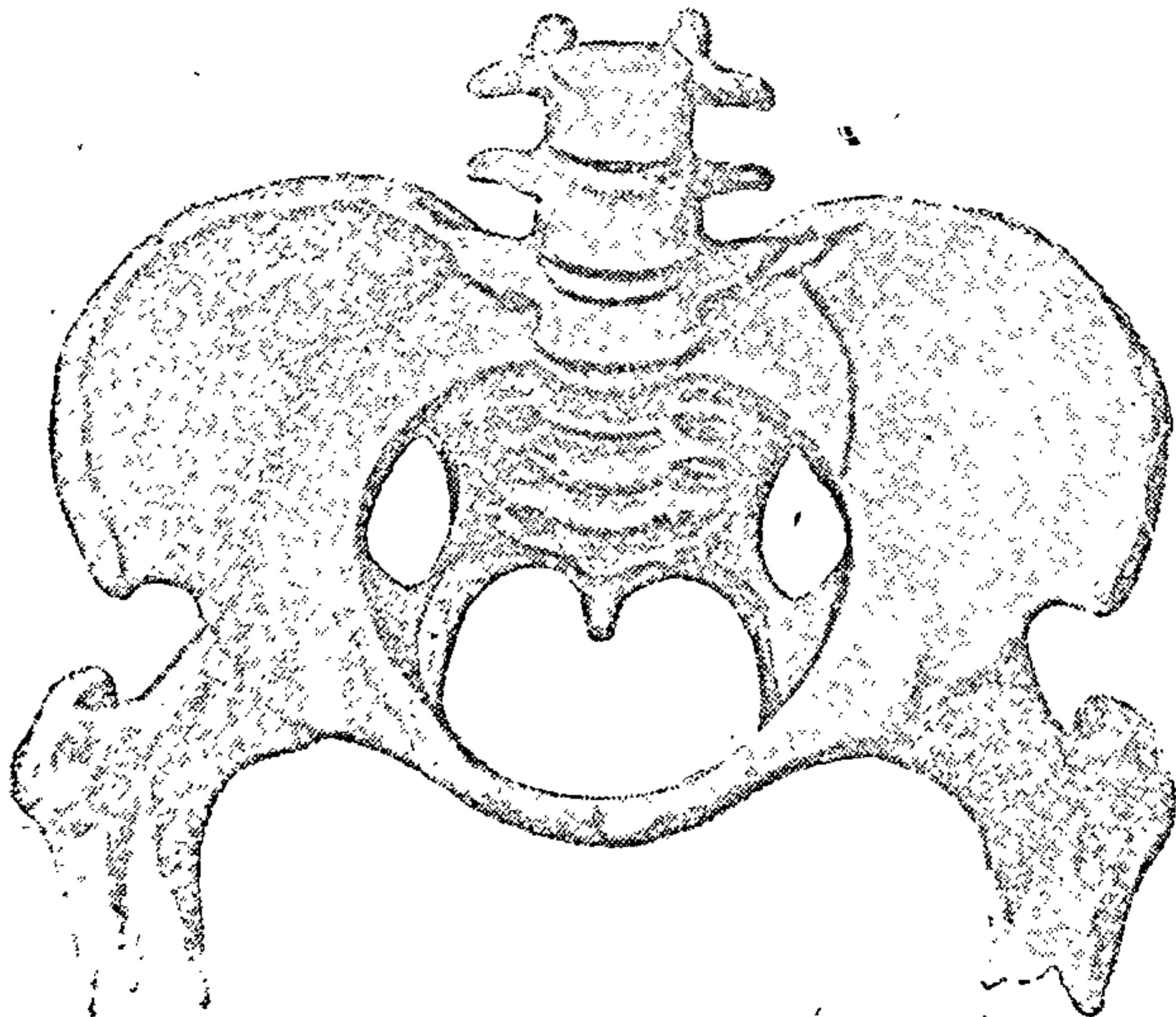
Пры ўсёй санітарна-асьветніцкай і грамадзкай рабоце, пры ўсёй барацьбе на культурным фронце, акушэрка павінна ўладаць мэдычнымі ведамі, павышаць сваю кваліфікацыю і ў мэтах набыцьця давер'я да сябе выяўляць сябе як мэдычнага работніка, які можа орыентавацца і падаваць параду і неабходную дапамогу ва ўсіх цяжкіх выпадках сваёй практыкі. Будучы падкаванай тэорэтычна і практычна і будучы сама політычна грамадзкай, яна дасягне таго, што голас яе будзе гучэць упэўнена і пераконана і тады жанчыны, якія ёю абслугоўвацца, зрабяцца санітарна грамадзкімі, культурнымі, здаровымі і актыўнымі будаўнікамі соцыялізму пад кіраўніцтвам камуністычнай партыі.

Такім чынам, задачы савецкай акушэркі вялікія і роля яе ў аздараўленьні жанчыны і яе бытавых умоў вельмі значная і ўдзячная.

## РАЗЪДЗЕЛ ПЕРШЫ

### КАРОТКІ НАРЫС АНАТОМІІ І ФІЗЫОЛЁГІІ ЖАНОЧЫХ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Жаночыя полавыя органы разьмешчаны ўнізе жывата, у так званым малым тазе, які абкружан сьпераду лоннымі, з бакоў—сядальнымі касьцямі, а ззаду і зьнізу—крыжовай і хвастовай касьцямі. Лонная дуга таза ў жанчыны значна шырэй, чым



Мал. 1. Таз жанчыны.

у мужчыны, бо лабковыя косьці ў жанчыны злучаюцца ў лонным зрашчэньні пад тупым вуглом, а ў мужчыны—пад вострым або прамым вуглом (мал. 1).

Полавыя органы жанчыны падзяляюцца на знадворныя і ўнутраныя.

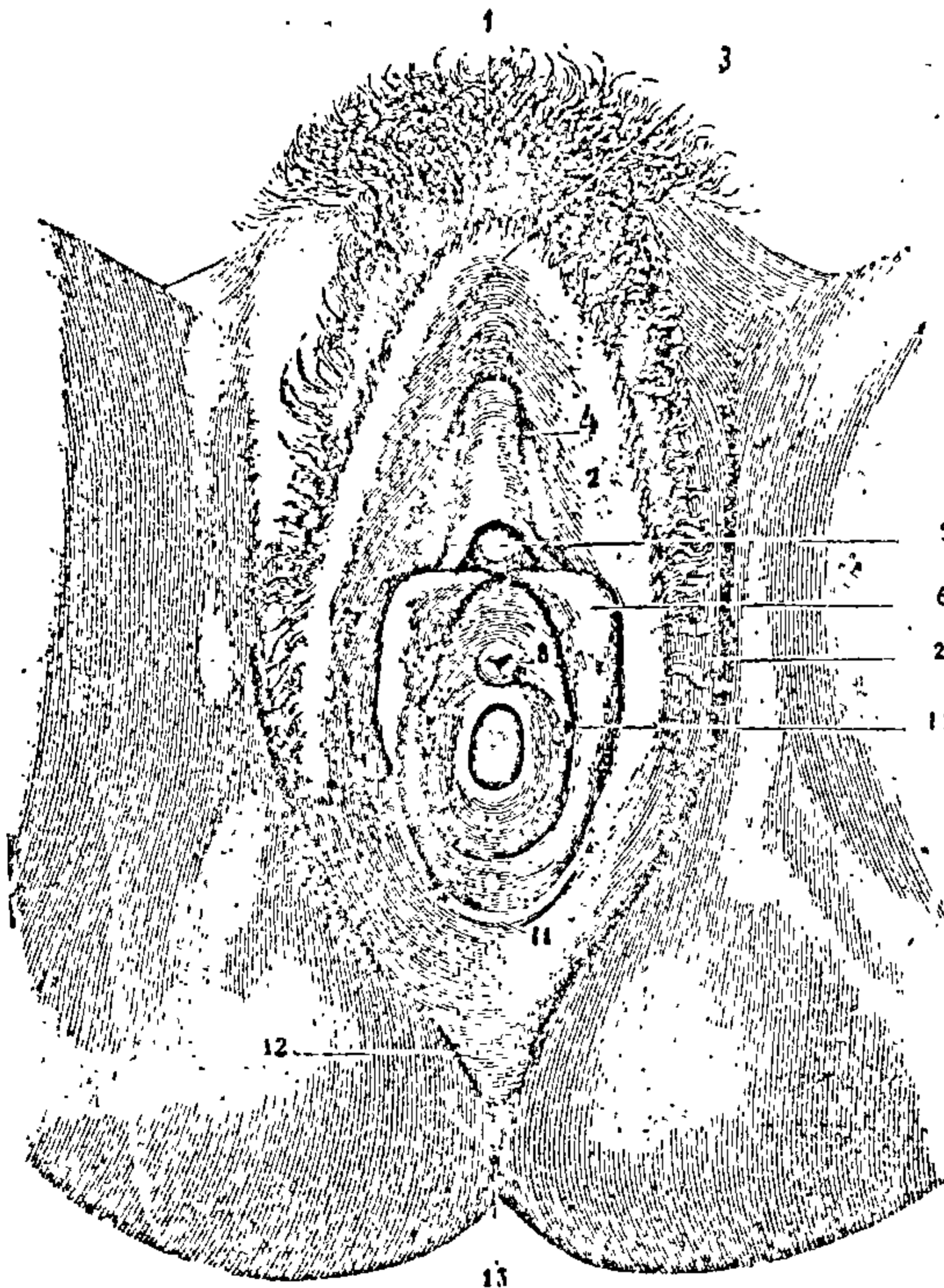


## 1. ЗНАДВОРНЫЯ ПОЛАВЫЯ ОРГАНЫ (Vulva)

Сюды належаць (мал. 2):

1. Лабковы бугор або лабок (*Mons veneris*). Ён змяшчаецца на лонным сучляненні і становіць сабой скапленне тлушчавай тканкі пад скурай, якая к часу наступлення палавай сьпеласці пакрываецца валасамі. Адсутнасьць валасоў, або нязначная іх колькасць сьведчыць аб недаразвітанні палавых органаў.

2. Вялікія палавыя губы (*Labia majora pudenda*). Яны ідуць



Мал. 2. Знадворныя палавыя органы дзяўчыны. Вялікія і малыя губы расхілены. 1—лабок; 2—вялікія губы; 5—клітар; 6—малыя губы; 8—мачавыпуская адтуліна; 9—уваход у похву, акружаны дзявочай плявой (14); 11—задняя спайка; 12—прамежжа; 13—задні праход; 15—адтуліны Бартолініевых залоз.

уніз і ўзад ад лабка і становяць сабой дзве закругленыя складкі скуры, якія маюць вялікую колькасць потавых залоз і нязначную колькасць валасоў на знадворнай паверхні. Скура ўнутранай паверхні вялікіх губ тонкая, далікатная і ўнізе робіцца вільготнай. Зверху абедзве губы зыходзяць пад лабком, а ззаду яны злучаюцца пры дапамозе скурнай паўсерпаватай складкі, якая носіць назву задняй спайкі. Гэтая спайка пры першых родах часта крыху разрываецца. У дзяўчын абедзве губы прылягаюць адна да аднай, ствараючы палавую шчыліну і ахоўваючы такім чынам палавы канал ад траплення туды пылу і ўсякага

броду. У раджаўшых жанчын палавыя шчыліна шырэйшая і крыху зьзяе.

3. Прамежжа (Perineum). Ад задняй спайкі да задняга праходу (anus) ідзе шчыльны цяглічны мост, пакрыты тонкай эластычнай скурай. Ён займае адлегласць прыблізна ў 3—4 см. Гэтая частка носіць назву прамежжа. Яна зьяўляецца часткаю тазавага дна. Прамежжа ў часе першых родаў часта ў большай або меншай ступені разрываецца, і гэтыя разрывы нярэдка служаць прычынай апусканьня і выпаданьня похвы маціцы.

4. Малыя палавыя губы (Labia minora pudenda). Яны разьмешчаны паміж вялікімі губамі і маюць выгляд дзьвюх далікатных складак скуры, падобных да сьлізьніцы. Ззаду малыя губы паступова зьліваюцца з унутранай павярхняй вялікіх губ, але часамі яны дасягаюць значнай велічыні і выступаюць з-за вялікіх губ.

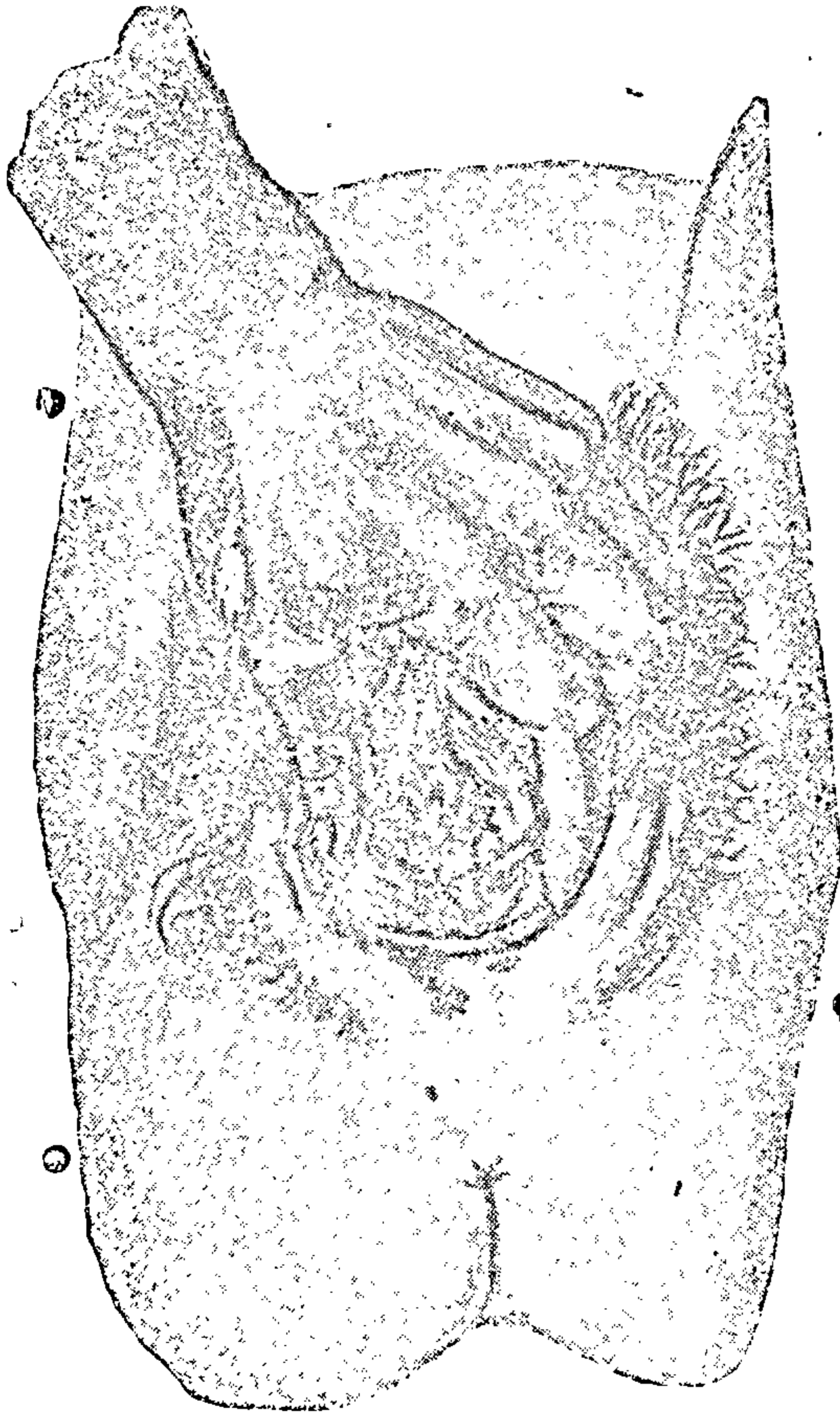
5. Клітар зьмяшчаецца сьпераду і зьверху, некалькі ніжэй месца злучэньня вялікіх губ, дзе зыходзяцца малыя губы. Верхняя складка яго называюцца крайняй плоцьцю клітара (preputium). Пад ёю выступае галоўка клітара. Клітар складаецца з двух пачорыстых цел, якія пры раздражненьні, дзякуючы прытоку крыві ў іх губкаватую тканку, набракаюць. Пашкоджаньне тканкі клітара ў часе родаў можа выклікаць вялікае крывацячэньне, якое часта вымагае мэдычнай дапамогі.

6. Адтуліна мачавыпускальнага каналу (orificium urethrae) знаходзіцца ўнізе, пад клітарам. Побач з ім знаходзіцца некалькі невялікіх, сьлепа закончаных паглыблянак — параўрэтральных ходы.

7. Дзявочая плява (Himen). Больш глыбокая частка палавай шчыліны, уніз ад адтуліны мачавыпускальнага каналу, называецца прысенкам похвы (vestibulum vaginae), які аддзяляецца ад самой похвы тонкай абалонкай, што носіць назву дзявочай плявы. Яна бывае рознай велічыні і рознай формы. У дзявочніц яна большай часткай мае колцападобную форму і адтуліна яе рэдка прапускае нават адзін палец. Часамі яна мае серпападобную рашотчастую або махрастую форму. Плява часамі бывае малых разьмераў і ў вельмі рэдкіх выпадках можа адсутнічаць. Праз адтуліну гімена свабодна выцякаюць як нормальныя, так і ненормальныя выдзяленьні похвы і маціцы, мэнуаруальная кроў і крывяністыя выдзяленьні іншага паходжаньня. Пры першых палавых зносінах

дзявочая плява разрываецца ў некалькіх мясцох, прычым надрывы гэтыя суправаджаюцца нязначным крывячэньнем. Толькі ў рэдкіх выпадках яно бывае настолькі значным, што прымушае зварачацца за ўрачэбнай дапамогай.

Трэба адзначыць, што назіраюцца выпадкі, калі ні першыя,



Мал. 3. Уваход у похву ў жанчыны, якая раджала.

ні наступныя палавыя зносіны ня цягнуць за сабою разрыву дзявочай плявы і, значыць, крывячэньня ня выклікаюць. Гэта бывае ў тых выпадках, калі плява надзвычайна элястычная, калі яна мае махрастую форму, калі ў ёй ёсьць прыроджаныя выемкі або калі яна бывае невялікіх разьмераў з шырокай адтулінай і; вядома, у выпадку прыроджанай адсутнасьці плявы.

У жанчын, якія жылі палавым жыцьцём, а тым больш у раджаўшых, ёсьць толькі рэшткі (шматкі) разадранай дзявочай плявы. Уваход у похву ў такіх выпадках свабодна прапускае 2 пальцы (мал.3).

У тоўшчы ніжняй часткі вялікіх губ закладзены так званыя бартоліневы залозы. Ёх выводныя

пратокі адкрываюцца на ўнутранай павярхні ў ніжняй частцы малых губ у выглядзе кропкавых адтулін. Гэтыя залозы губ выдзяляюць сакрэт, які робіць палавую шчыліну і ўваход у похву вільготнымі.

## II. УНУТРАНЫЯ ПОЛАВЫЯ ОРГАНЫ

За дзявочай плявой змяшчаюцца ўнутраныя палавыя органы: похва, маціца, яйцаходы або фалёпіевы трубы і яечнікі.

1. Похва (Vagina)—гэта цяглічны канал, які пачынаецца ад адтуліны дзявочай плявы, цягнецца на працягу 10—12 см уверх і верхняй часткай ахапляе з усіх бакоў похвавую частку маціцы, утвараючы вакол яе зводы: папярэдні, задні і два бакавых. З прычыны таго, што задняя сьценка похвы даўжэйшая за пярэдняю, задні звод больш глыбокі, чым пярэдні. Похва сьпярэду цесна звязаная з мачавыпускальным каналам і ніжняй часткай мачавога пухыра, а ззаду з ніжняй часткай прамой кішкі. Такім чынам похва знаходзіцца паміж мачавым пухыром і прамой кішкою. Яна служыць месцам для палавых зносін, куды выліваецца мужынскае семя. Праз похву выцякае мэнструальная кроў, а ў часе родаў праходзіць дзіця.



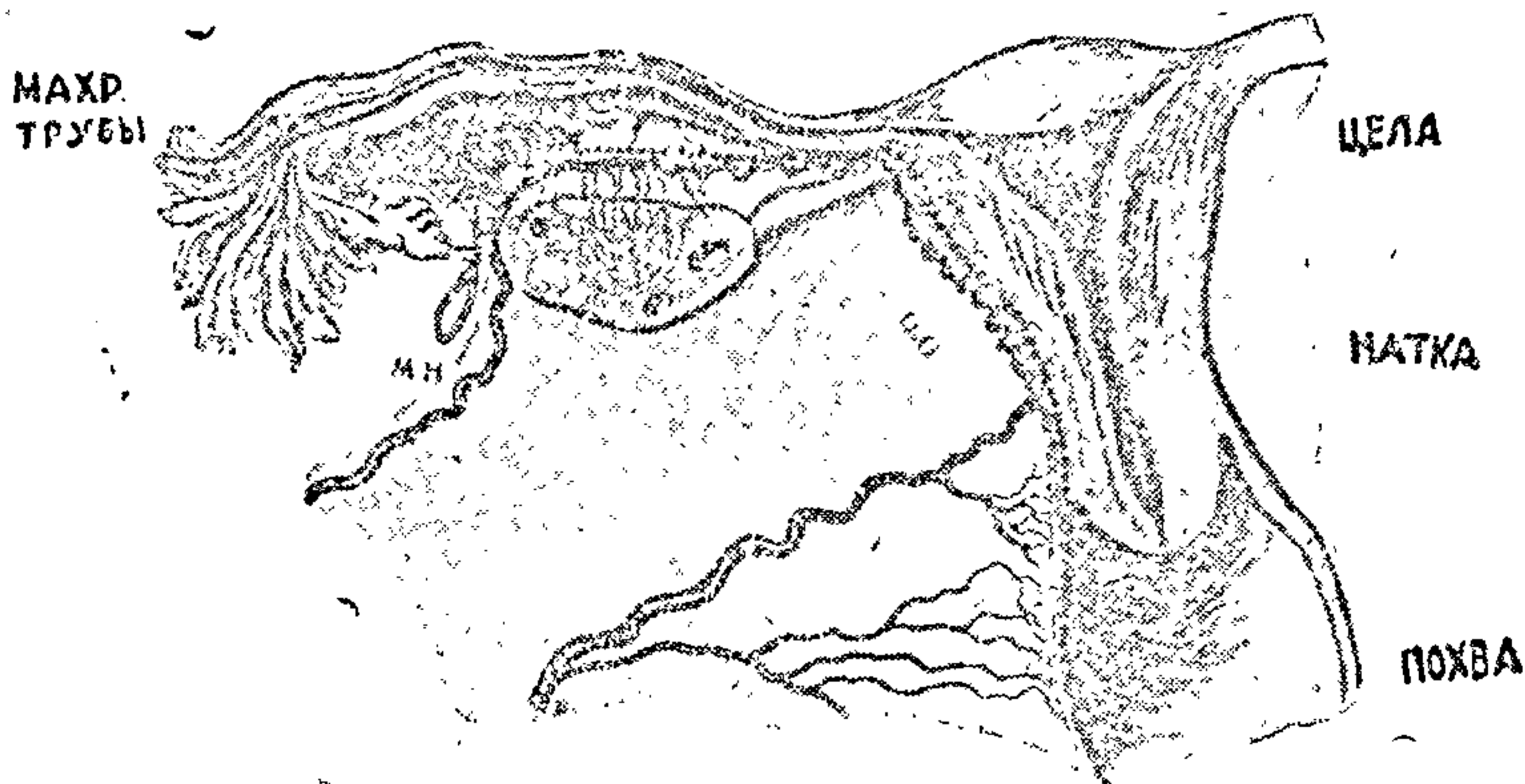
Мал. 4. Сагітальны разрез жаночых палавых органаў. *T*—труба; *O*—яечнік; *Ut*—маціца; *Vag*—похва; *V*—мачавы пухыр; *Ur*—мачавыпускальны канал; *R*—прамая кішка.

Унутраная паверхня похвы выслана сьлізістай абалонкаю, якая ў нераджаўшых жанчын выступае ў выглядзе ўлучых упоперак грэбняў (складкі). Пасьля родаў гэтыя складкі згладжваюцца і паверхня похвы робіцца больш або менш гладкай.

У похве здаровай жанчыны ёсць невялікая колькасць выдзяленьняў белага колеру. Выдзяленьні гэтыя маюць кіслую рэакцыю,

дзякуючы прысутнасці ў іх малочнай кіслаты. У похве сустракаюцца палачкі Дэдэрлейна і іншыя бактэрыі, часам нават хва-робаўтваральныя. Па наяўнасці ў похве бактэрыі адрозніваюць чатыры ступені чыстаты похвавага зьмесьціва. Пры першай ступені чыстаты ёсьць толькі адны палачкі Дэдэрлейна. Пры другой ступені сустракаюцца ўжо лейкоцыты і побач з палачкамі Дэдэрлейна крыху кокаў. Пры трэцяй ступені похва-вых палачак мала, але затое шмат лейкоцытаў і кокаў. Пры чацьвертай ступені похвавых палачак зусім няма, але ёсьць маса лейкоцытаў, шмат кокаў, сустракаюцца стрэптококі і іншыя бактэрыі. Трэцяя і чацьвертая ступені чыстаты ўказваюць на патолёгічны стан палавага апарата.

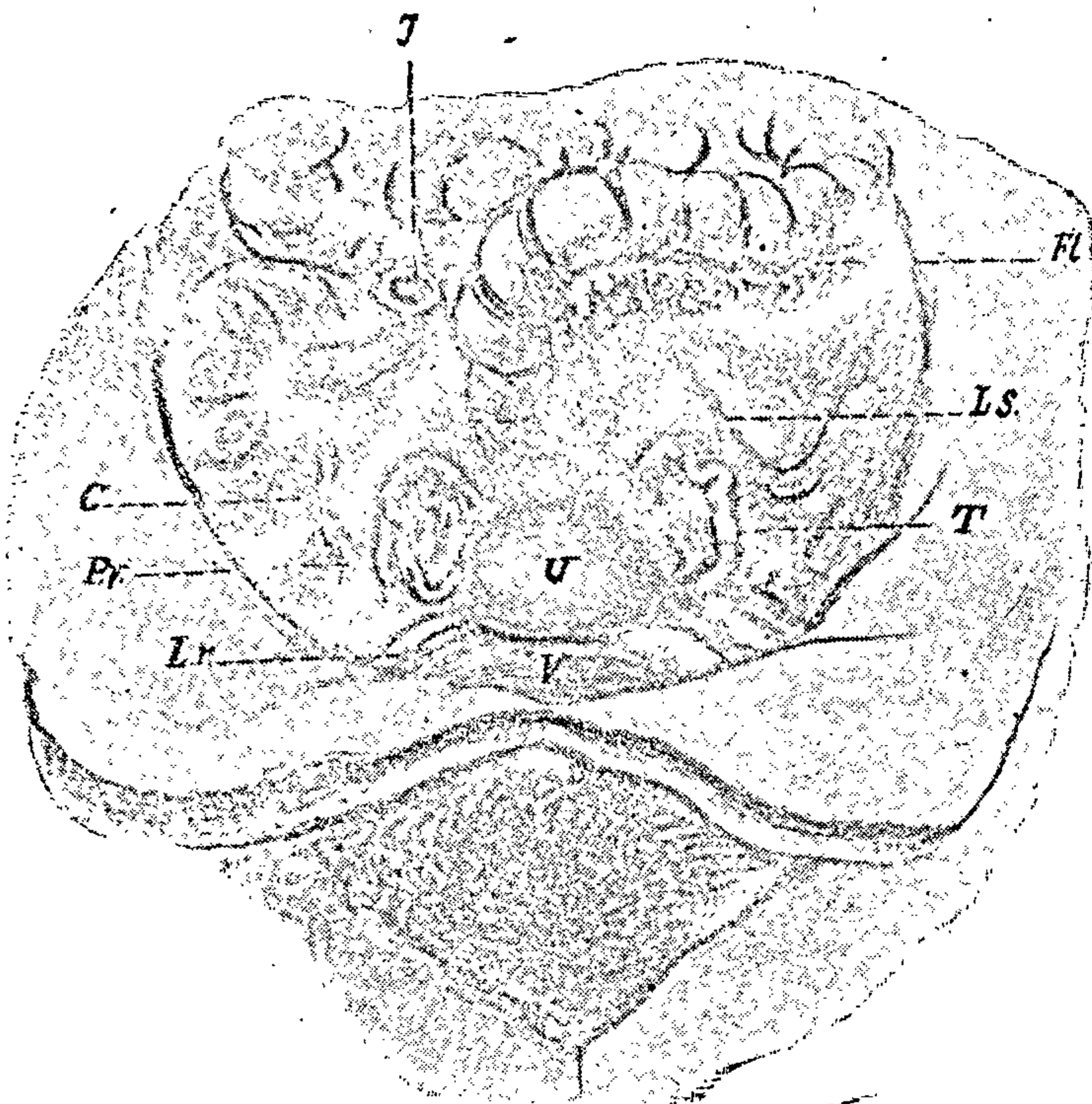
Вызначэньне ступені чыстаты похвавых выдзяленьняў мае вялікае практычнае значэньне. Устанавіўшы, напрыклад, трэцюю



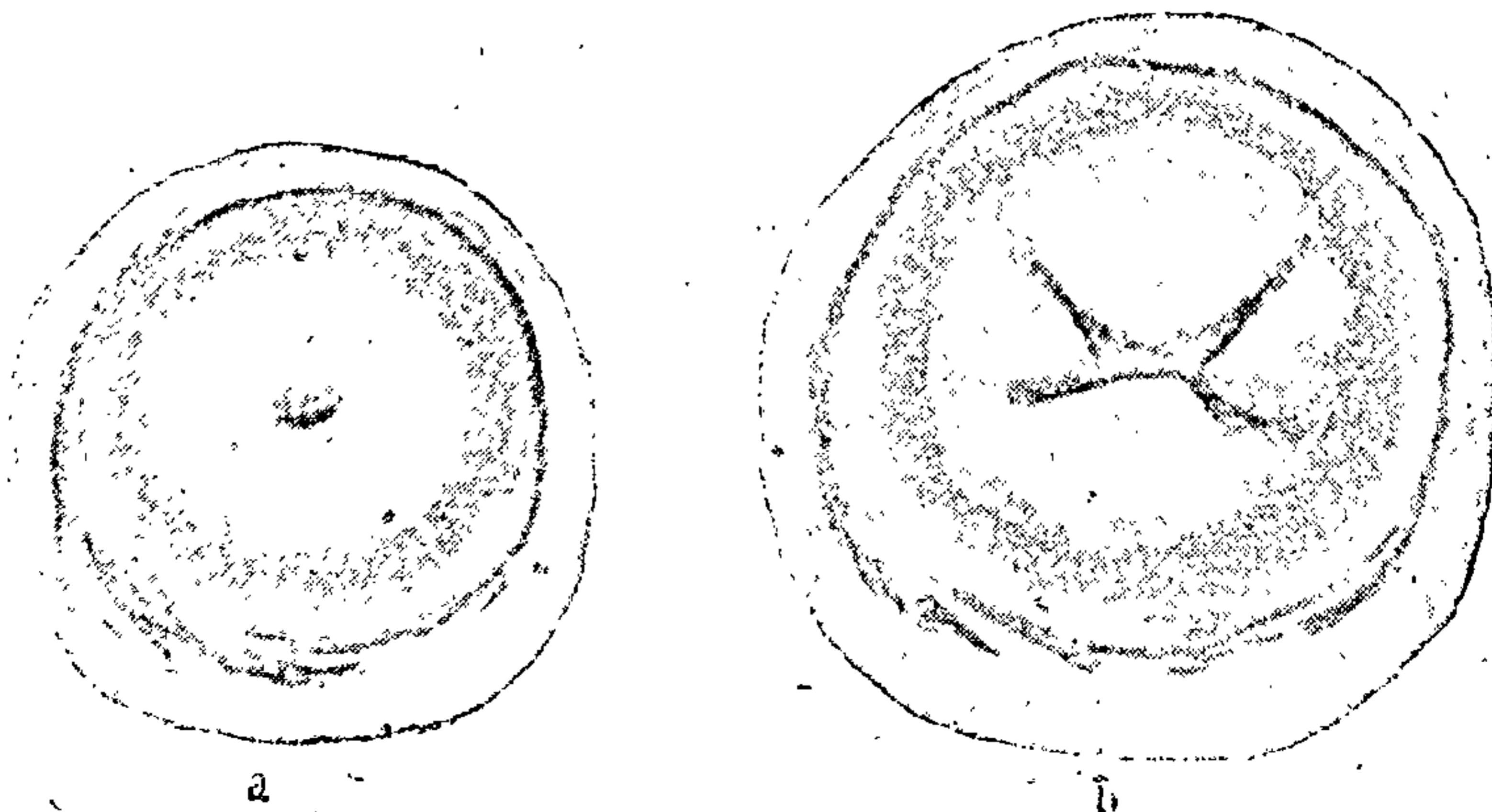
Мал. 5. Фронтальны разрез маціцы і прыдаткаў.

або чацьвертую ступені чыстаты похвавых выдзяленьняў у жанчыны, якой трэба зрабіць штучны аборт, мы павінны ўстрымацца ад гэтага ўмяшаньня, бо інакш мы рызыкуем занесьці хваробаўтваральныя бактэрыі ў поласьць маціцы, у ляжачыя вышэйшыя шляхі і выклікаць заражэньне арганізму.

2. Маціца (Uterus) становіць сабой мускулісты полы орган, падобны да сплюсчанай у пярэдня-заднім разьмеры ігрушыны. Яна зьмяшчаецца ў малым тазе паміж мачавым пузыром і прамой кішкой. У маціцы адрозніваюць тры часткі: дно (Fundus), цела (Corpus) і шыйку (Cervix uteri). Ніжні адрэзак шыйкі ўдаецца ў верхні канец похвы—похвавая частка маціцы—і мае ў канцы невялікую адтуліну (мал. 7)—знадворны зеў (Orifi-

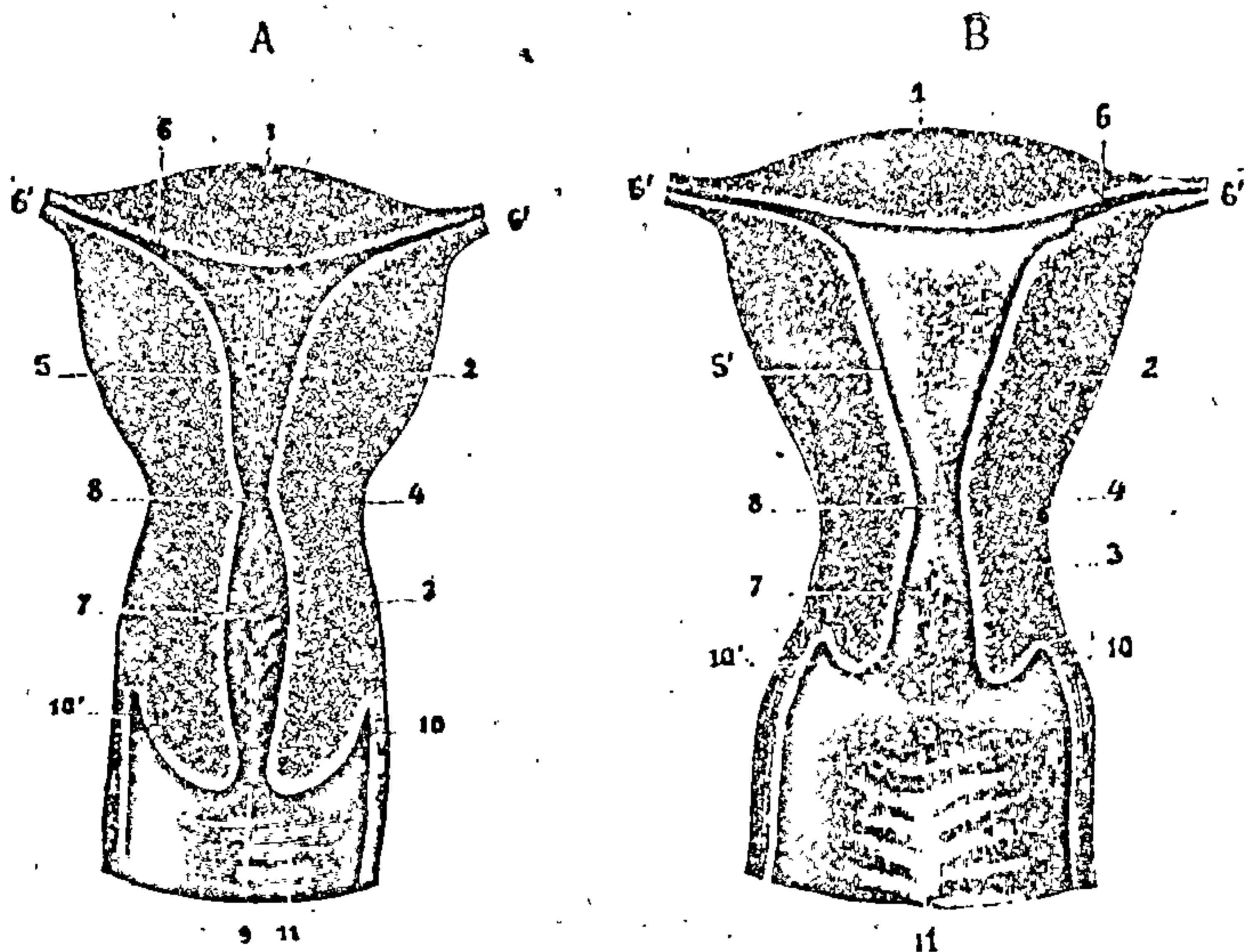


Мал. 6. Жаючыя палавыя органы сумежныя органы (выгляд зверху). *J*—адрэзак тонкай кішкі; *C*—сьляпая кішка; *P. V*—чарвападобны адростак (апэндыхс); *F. l*—тоўстая кішка; *Ls.*—крыжова-мацічныя зьвязкі; *T*—труба; *L. r*—круглыя зьвязкі; *U*—маціца; *Y*—мачавы пузыр.



Мал. 7. Малюнкi похвавай часткі ў люстэрку. *a*—Portio нераджаўшай; *b*—Portio многа раджаўшай.

cium externum). У нераджаючих жінок він має вигляд папярочної або круглої щільності з гладкими краями, а у раджаючих жінок він має на собі надриви і тади робіцца лейкоподібним, широким і зъзяючим. Гэтая знадворная щільність вядзе ў канал шыйкі, які канчаецца ўнутраным зёвам (Orificium internum) і адпавядае граніцы паміж шыйкай і целам маціцы (мал. 8). У гэтым месцы цела маціцы перагнута крыху наперад, так што паміж шыйкай і целам утвараецца адкрыты к пераду тупы вугал (антэфлексія). Апрача таго, уся маціца нахілена к пераду,



Мал. 8. Фронтальны разрез праз маціцу: А—нераджаюшую, В—раджаюшую. 1—дно маціцы; 2—бакавая сьценка; 3—шыйка; 4—пачатак яе; 5—поласьць маціцы; 6—поласьць труб (6'), якія ўпадаюць у маціцу; 7—пальмаподібныя складкі; 8—унутраны зёў шыйкі; 9—знадворны зёў; 10—звод похвы; 11—сьценкі похвы.

так што цела яе як-бы ляжыць на мачавым пузыры (антэвэрсія).

Такое палажэньне маціцы лічыцца нормальным і ў гэтым палажэньні яна ўтрымліваецца зьвязачным апаратам, тазавым дном, аблягаючым яе брушынай і пухкай калямацічнай клеткавінай (Parametrium). Зьвязачны апарат маціцы складаецца з наступных зьвязак: а) круглыя (lig. rotunda), ідуць ад вугла маціцы да похвеннага каналу, прайшоўшы праз яго, часткова трацяцца ў тлушчавым пласьце лабка, часткова прымацоўваюцца

да лобкавай косьці; б) крыжова-мацічныя ідуць ад задняй сьценкі маціцы да другой крыжовай хрыбеткі і в) шырокія зьвязкі (lig lata) адыходзяць ад бакоў маціцы і ўпоперак ідуць да бакавых сьценак таза; у іх закладзены судзіны і нэрвы палавага апарата і ніжняя частка мачаточнікаў.

Усе гэтыя зьвязкі зьяўляюцца падвешваючым апаратам у той час, як цягліцы і фасцыі тазавага дна служаць падтрымліваючым апаратам маціцы.

З прычыны таго, што зьвязкам уласьціва элястычнасьць і некаторая расьцягвальнасьць, а калямацічнай клеткавіне—пыхкасьць, то маціца вызначаецца пэўнай рухомасьцю, дзякуючы якой яна можа зьмяняць сваё палажэньне пад уплывам суседніх органаў. Так, напрыклад, пры перапоўненым мачавым пузыры, яна адсоўваецца назад, і ўверх, а пры напоўненай калавымі масамі прамой кішцы шыйка маціцы адсоўваецца ўперад, а цела адхіляецца назад.

Тазавае дно, як было ўжо сказана, служаць падтрымліваючым апаратам маціцы. Гэта значыць, што яно скарачэньнем сваіх цягліц аказвае супраціўленьне павышанаму ўнутрыбрушному ціску—і маціца дзякуючы гэтаму не зьмяшчаецца і не апускаецца ўніз.

Сьценкі маціцы складаюцца з трох пластоў: 1) знадворнага—сэрознай абалонкі, якая зьяўляецца часткай брушыны; 2) сярэдняга, які складаецца з моцнай мускулатуры і 3) унутранага—сьлізевай абалонкі, якая высьцілае поласьць маціцы.

Сярэдняя даўжыня поласьці дзявочай маціцы і канала шыйкі (ад знадворнага зёву да дна маціцы) роўна 7 см.

Маціца дзякуючы шматлікім залозкам, закладзеным у яе сьлізевай абалонцы, выдзяляе сакрэт, а залозы шыйкі маціцы выдзяляюць сьлізь. Пласток такога зьлізу звычайна закрывае знадворны зёў і перашкаджае пранікненьню бактэрыяў у поласьць маціцы. Апрача таго, рэгулярна, праз кожныя чатыры тыдні маціца выдзяляе мэнуэральную кроў. Але галоўнае прызначэньне маціцы ў тым, што яна, служаць месцам для заплоднага яйца, снабжае яго пажыўным матэрыялам у пэрыод яго разьвіцьця, а калі плод пасьпее, яна, дзякуючы скарачэньню сваёй мускулатуры, схваткамі выштурхвае яго вонкі.

3. Фалёпіевы трубы. З абодвух бакоў ад маціцы крыху ніжэй яе дна, адыходзяць фалёпіевы трубы або яйцаходы, адзін у левы, другі ў правы бок. Яны маюць выгляд трубак,



якія паступова расшыраюцца і ляжаць паміж лісткамі брушыны, пакрываючай верхнія краі шырокіх мацічных зьвязак. Канец кожнай трубы ўпадае ў поласьць маціцы. Другі канец трубы, расшыраючыся лейкападобна і ўтвараючы махры, свабодна адкрываецца ў брушную поласьць. Гэта акалічнасьць мае вялікае значэньне для жанчыны. Калі прасачыць палавы тракт жанчыны, то мы ўбачым, што брушная поласьць мае зносіны са знадворным сьветам, адкуль інфэкцыя можа пашырыцца на брушну. Уявім сабе, напрыклад, што трыпэрны яд пры палавых зносінах або іншым шляхам трапіў у знадворныя палавыя органы і выклікаў у іх успалальны процэс з утварэньнем гною. Частачка гэтага гною разам з гонококамі можа трапіць у похву, адкуль праз знадворны мацічны зёў—у канал шыйкі, з канала шыйкі—у поласьць маціцы, адсюль—у адну з труб, а з адкрытага канца трубы—у брушную поласьць, дзе інфэкцыйны матэрыял можа выклікаць успаленьне брушыны.

Гэтага ня можа быць у мужчыны, у якога поласьць брушыны ня мае ніякіх зносінаў са знадворным сьветам і таму яна радзей падпадае інфэкцыі, чым у жанчыны.

Аб функцыі трубы будзе сказана ніжэй, пры разглядзе процэсу запладненьня.

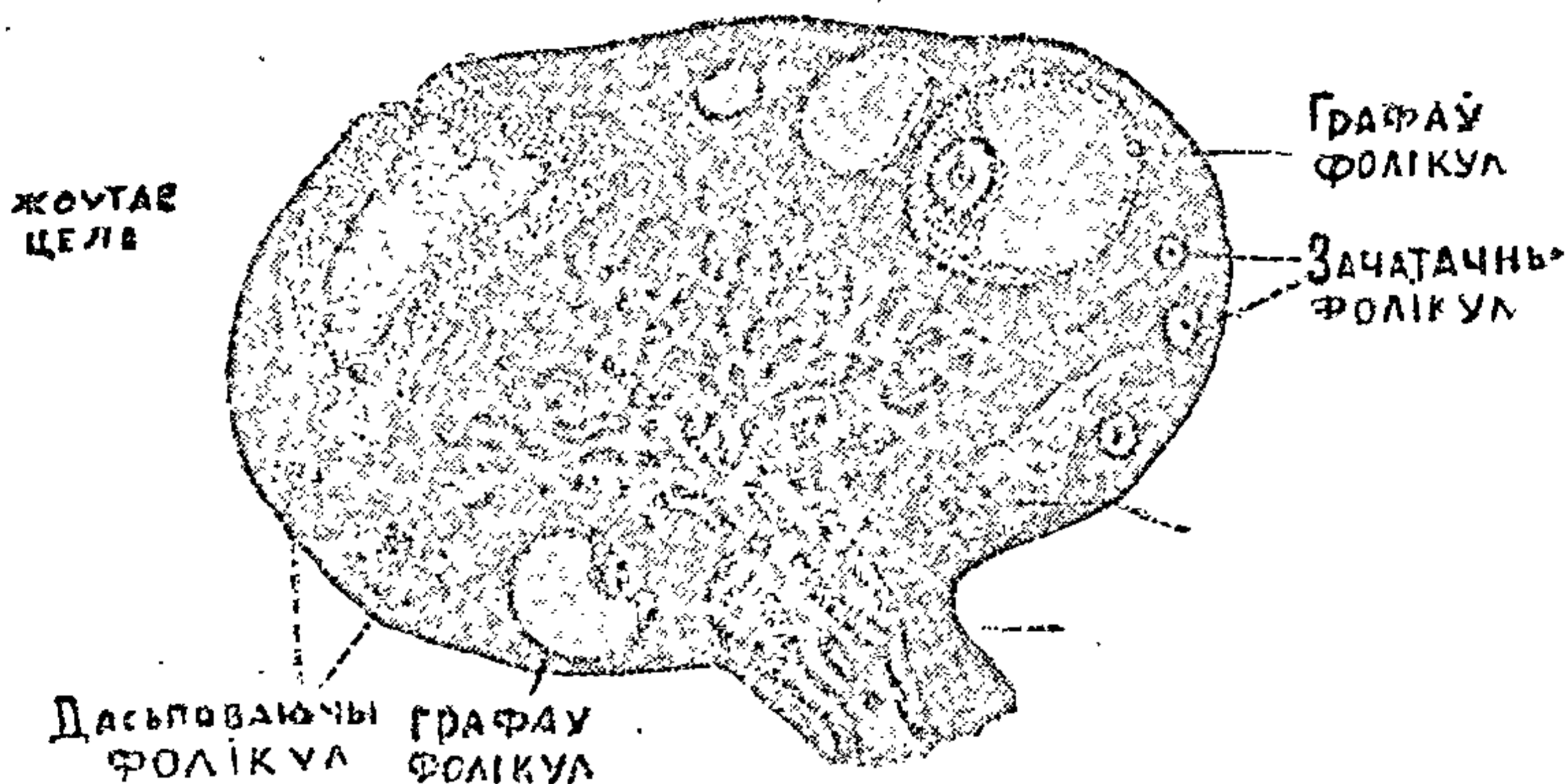
4. Яечнікі (Ovaria). Яны маюць выгляд двух сплюсчаных падоўжаных цел, падобных да разрэзанай напалам сьлівіны і зьмяшчаюцца на задняй паверхні шырокай мацічнай зьвязкі. Маюць у даўжыню 3—4 см. Трымаюцца яны на сваім месцы пры дапамозе дзьвюх зьвязак і брыжэйкі.

Паверхня яечніка ў пэрыод палавай сьпеласьці няроўная, бугрыстая, бо яна пакрыта бугаркамі і барозначкамі.

Самая галоўная частка яечніка—гэта яго залозістая тканка. Яна складаецца з множных скапленьняў пупыркоў, якія носяць назву фолікулаў або Граафавых пупыркоў. Кожны фолікул зьмяшчае ў сабе па адным яйцы. Пасьпяваньне фолікулаў у сьпелай у палавых адносінах жанчыны адбываецца пэрыодычна; звычайна на працягу 28 дзён у адным з яечнікаў пасьпявае адзін фолікул. Зусім пасьпеўшы, ён лопаецца і з яго разам з фолікулярнай вадкасьцю выкідаецца яйцо і трапляе ў брушную поласьць. Пасьля выхаду айца сьценка фолікула зморшчываецца і ў яго поласьці адбываецца крывязьліцьце, потым клеткі, высьцілаючыя поласьць фолікула, разрастаюцца і напаяюцца жоўтай фарбуючай матэрыяй, дзякуючы чаму ўсё гэта

ўтварэньне і носіць назву жоўтага цела. Потым надыходзіць стадыя адваротнага разьвіцьця—жоўтае цела зморшчваецца і праз некалькі тыдняў зьнікае, пакідаючы нязначны сьлед. Такі лёс жоўтага цела, калі пасля разрыву фолікула выпаўшае яйцо не запладняецца, і тады жоўтае цела называецца несапраўдным. Калі-ж яйцо запладняецца і наступае цяжарнасьць, лопнуўшы фолікул абарочваецца ў сапраўднае жоўтае цела, набывае большы аб'ём, і адваротнае разьвіцьцё яго прадаўжаецца вельмі доўга, а сьляды яго застаюцца на доўгія гады (мал. 9).

Увесь гэты процэс, г. зн. дасьпяваньне фолікула, разрыв яго, трапляньне яйца ў брушную поласьць і ўтварэньне жоўтага цела—усё гэта носіць назву овуляцыі.



Мал. 9. Прадоўжны разьрез яечніка (схэматычна).

З гэтай дзейнасьцю яечніка зьвязаны другі процэс. Овуляцыя выклікае пэўную зьмену ў сьлізевай абалонцы маціцы. Пад уплывам овуляцыі адбываецца прыліў крыві да маціцы, сьлізевая абалонка яе набракае і гатова прыняць заплодненае яйцо. Але калі яйцо не заплоднілася і цяжарнасьць не наступіла, то сьлізевая абалонка маціцы адрываецца, капілярныя судзіны яе разрываюцца і зьяўляецца мацічнае крывяцячэньне, якое працягваецца 3—5 дзён, г. зн. да ўтварэньня новай сьлізевай абалонкі. Гэтае мацічнае крывяцячэньне адбываецца рэгулярна праз кожныя 4 тыдні або кожны месяц, чаму яно і носіць назву месячных або мэнструацый ці рэгул.

У нашым клімаце яны пачынаюцца ў дзяўчат 14—16 год, а ў цёплых краінах яшчэ раней (11—12 год). Мэнструацыі лічацца нормальнымі, калі яны бываюць рэгулярна кожныя 3—4 тыдні

і прадаўжаюцца ад 3 да 5 дзён, калі колькасць страчанай крыві невялікая (ад 50 да 100 гр.), калі кроў не выдзяляецца згусткамі і колер яе цёмны. Нормальныя рэгулы не суправаджаюцца моцна выяўленымі болямі, але ў многіх выпадках жанчыны скардзяцца на іншыя расстройствы: на нядужаньне, стомленасць, паніжэнне працаздольнасці, галоўны боль і да т. п.

Як ужо вышэй было ўказана, мэнструацыя цесна звязана з овуляцыяй. І сапраўды, як мы ўбачым ніжэй, у адзеле аб расстройствах мэнструацый, у тых жанчын, у якіх яечнікі не функцыяніруюць або ў якіх функцыі яечнікаў панізіліся, мэнструацыі спыняюцца.

Калі мы прасочым далейшы лёс яйца, якое высльізнула з Графава пазырка і трапіла ў брушную поласць, то даведаемся, што яйцо гэта падхопліваецца махрамі (фімбрыямі) трубы і працоўваецца па трубе ў кірунку да маціцы. Гэта працоўванне яйца ў маціцу адбываецца дзякуючы пэрыстальтыцы цягліц трубы. Калі ў гэты час семя мужчыны трапіла ў поласць маціцы і спэрматозоіды, дзякуючы ўласнаму руху, трапілі ў трубу і спаткаюць на сваім шляху жаночае яечка, то адбудзецца запладненне. Толькі праз 7—8 дзён заплодненае яйцо трапляе ў маціцу. Тут яно прымацоўваецца да адной з яе сценак і пачынае разьвівацца: наступае цяжарнасць і мэнструацыі ў далейшым спыняюцца.

Калі-ж яйцо не запладнілася, то яно выкідаецца з маціцы вонкі разам з мэнструальнай крывёю.

Такім чынам, яечнік зьяўляецца месцам, дзе пасьпяваюць яечкі якія служаць для прадаўжэння і размнажэння людскога роду. Але яечнік выконвае яшчэ адну важную функцыю: у ім выпрацоўваецца такая матэрыя, якая, выдзяляючыся, разносіцца крывяноснымі судзінамі па ўсім целе і гэтым падтрымлівае і ахоўвае ўсе фізіялёгічныя асаблівасці жанчыны. Выдзяленне гэтай матэрыі называецца ўнутранай сакрэцыяй. Бяз гэтай сакрэцыі, інакш кажучы без яечнікаў або пры недастатковай функцыі яечнікаў усё „жаночкае“ ў жаночым індывідууме адсутнічае або не разьвіваецца. Так, напрыклад, у дзяўчын, у якіх ад нараджэння яечнікі не разьвіліся, ня толькі, як мы ўжо ведаем, адсутнічаюць мэнструацыі, але ў іх не разьвіваюцца грудныя залозы, не растуць валасы на лабку і пад пахамі, і ўсе палавыя органы не дасягаюць поўнага разьвіцця; некаторыя з гэтых дзяўчат, дасягнуўшы дарослага ўзросту, маюць дзіцячы выгляд.

(інфанталізм). А калі ў жанчыны па якой-небудзь прычыне выдаляюць абодвы яечнікі операцыйным шляхам, то ўвесь яе арганізм пачынае зьвядаць, парушаецца дзейнасць нервовай сыстэмы і дачасова надыходзіць старасць.

Тыя-ж самыя зьявы мы назіраем у жанчыны ў часе клімак-тэрычнага пэрыоду. Гэты пэрыод звычайна наступае к 45—50 гадам і цягнецца ад аднаго да трох год. У часе яго адбываецца процэс паступовага атрафіраваньня (зьмяншэньня) яечнікаў і ўгасаньня іх дзейнасці. Спачатку перапынкі паміж паасобнымі мэнструацыямі падаўжаюцца, мэнструацыі зьяўляюцца раз у 2—3 месяцы, а потым і зусім спыняюцца. Зьявіўшыся пасля двух або трохмесячнай затрымки, яны часта бываюць вельмі збыткоўныя. Апрача таго, у клімак-тэрычны пэрыод назіраюцца рознастайныя расстройствы: пачуцьцё гарачкі, потавыдзяленьне, прыліў крыві да галавы, сэрцабіцьце, задышка, бясоньніна, галаўны боль, боль у крыжы, у суставах і да т. п. Атрофія яечнікаў вядзе таксама да зьмяншэньня і зьвяданьня ўсяго палавага апарату. Усе гэтыя зьявы („зьявы выпаданьня“) яшчэ раз пацьвярджаюць тое, якую важную ролю адыгрываюць яечнікі ў біолёгіі жаночага арганізму.

Паміж яечнікам і трубою знаходзіцца яшчэ прыдатак яечніка (Раговагіт). Ён складаецца з ралу канальцаў, разьмешчаных паміж абодвума лісткамі шырокай мацічнай зьвязкі. У іх могуць утварацца пароварыяльныя кісты (рыс. 5).

Мы ўжо гаварылі аб пухкай злучальнай тканцы або калямацічнай клеткавіне. (Рагаметрыт), якая ляжыць з абодвух бакоў маціцы ў аснове шырокіх зьвязак. Аб ёй трэба памятаць таму, што, дзякуючы праніканьню ў палавы канал бактэрыяў, там часта разьвіваецца інфэкцыйны ўспаляльны процэс.

5. Тазавае брушына. Усе органы брушной поласьці за выключэньнем яечнікаў, пакрыты брушынай. З пярэдняй сьценкі жывата брушны лісток пераходзіць на дно мачавага пузыра, потым на маціцу, утвараючы пры гэтым пярэдняю Дуглясаву прастору. Брушына сьпераду пакрывае маціцу ад узроўню ўнутранага зёву, пераходзіць на дно, ззаду пакрывае ўсю маціцу і задні звод похвы, утвараючы заднюю Дуглясаву прастору і пераходзіць на прамую кішку (рыс. 4).

6. Крывяносныя судзіны палавых органаў і нэрвы. Палавыя органы снабжаюцца крывёю з мацічнай артэрыі, якая праходзіць праз аснову шырокай зьвязкі з абодвух бакоў да маціцы.

і на ўзроўні ўнутранага зёву разгаліноўваецца, снабжаючы крывёю шыйку і цела маціцы. Яечкі і фалёпіевы трубы атрымліваюць кроў з нутраной і знадворнай семянных артэры, галінкі якіх злучаюцца з галінкамі мацічнай артэрыі.

Жаночыя палавыя органы маюць надзвычайна многа нэрваў. Большасьць з іх належаць да сымпатычных нэрваў і ўтвараюць шматлікія спляценні і нэрвовыя вузлы.

Кожная жанчына павінна быць знаёма з будовай свайго палавага апарата і з тымі фізіялёгічнымі процэсамі, якія адбываюцца ў ім. Зусім ясна, што акушэрка, закліканая ахоўваць жанчыну ад гінэколёгічных захворваньняў і падаваць ёй дапамогу ў часе родаў і хваробы, павінна цьвёрда засвоіць і замацаваць у памяці прыведзены вышэй кароткі анатома-фізіялёгічны нарыс жаночай палавай сфэры—гэтую азбуку гінэколёгіі.

---

## РАЗЪДЗЕЛ ДРУГІ

### АГУЛЬНАЯ ДЫЯГНОСТЫКА

Устанаўленьне дыягнозу грунтуецца, па-першае, на анамнезе і, па-другое, на аб'ектыўным дасьледваньні і лябораторных дасьледваньнях.

#### І. АНАМНЭЗ

Кожная хворая пры звароце за мэдычнай дапамогай, перш за ўсё, вядома, выкладае свае скаргі. З прычыны таго, што з боку жанчыны звычайна можна пачуць цэлы рад скаргаў, то неабходна выявіць самую галоўную, асноўную скаргу, якая прымусіла хворую зьвярнуцца за дапамогаю.

Пасьля гэтага рэкомэндуецца распытаць аб сучасным і мінулым жыцьці хворай і аб стане яе здароўя, што называецца анамнезам.

Перш-на-перш хворай трэба паставіць пытаньне аб узросьце. Узрост хворай трэба ведаць таму, што пэўныя гінэколёгічныя захворваньні ўласьцівы пэўнаму ўзросту. Так, напрыклад, адсутнасьць мэнструацый у жанчыны ва ўзросьце 20—45 год наводзіць на думку аб цяжарнасьці, а ў жанчыны 48—52 год мы хутчэй падумаем аб клімактэрычным пэрыодзе. Скарга на мацічнае крывяцяненьне з боку немаладой жанчыны, у якой даўно ўжо спыніліся мэнструацыі, павінна зьвярнуць нашу ўвагу на злокаснае новаўтварэньне маціцы, а прычыну крывяцяненьня ў маладой жанчыны трэба шукаць у якім-небудзь іншым захворваньні.

Далей, вельмі важна высветліць сямейнае і соцыяльнае становішча і від заняткаў. Цяжкая фізычная праца, зьвязаная з падняцьцем цяжараў, з доўгім стаяньнем на нагах і да т. п. можа зьявіцца прычынай зьмяшчэньня і апусканьня маціцы. Некаторыя профэсіі надта шкодна ўплываюць на здароўе жанчыны, калі адсутнічаюць адпаведныя профіляктычныя мерапрыемствы

Так, напрыклад, жанчыны, якія маюць справу са сьвінцовым пылам (у друкарнях), схільны да выкідкаў і дачасовых родаў. Маюць значэньне таксама характар і соцыяльныя формы работы: яе напружанасьць, аднастайнасьць, монотоннасьць, абстаноўка (на фабрыцы або ў полі) і т. д.

Потым належыць высветліць час данага захворваньня, калі яно ўзьнікла, як разьвівалася і як яно працякае (у вострай або хронічнай форме). Неабходна таксама апытаць хворую аб перанесеных хваробах, асабліва аб рахіце ў дзяцінстве, аб шкарлятыне, дыфтэрыце, васьпе, тыфе, халеры, дызэнтэрыі і інш., бо гэтыя хваробы могуць пакінуць сьляды ў полавай сфэры (недарэзьвіцьцё яечнікаў, рубцы, успаленьне похвы і да т. п.).

Трэба таксама высветліць пытаньне аб полавым жыцьці: неабходна ведаць, ці жыве хворая полавым жыцьцём і колькі часу, ці нормальныя полавыя зносіны і які іх характар (балючасць, незадаволенасьць), ці ўжываюцца сродкі супроць цяжарнасьці, асабліва перапыненьне полавых зносін (*coitus interruptus*), што можа выклікаць успаляльныя процэсы.

Трэба таксама даведацца аб тым, ці не заўважыла хворая хутка пасля замужства і першых полавых зносін такіх зьяў, як белі і рэзь пры мачавыпусканьні, што сьведчыць аб захворваньні на гонорэю.

Далей ідуць распытваньні аб мэньструацыях: калі яны першы раз зьявіліся, як яны працякалі ў пачатку і ў далейшым да і пасля замужства? Праз якія тэрміны яны зьяўляюцца, колькі дзён прадаўжаюцца, ці бываюць яны мерныя, або збыткоўныя, вадкія або згусткамі, ці адчуваецца пасля іх слабасьць? Ці бываюць яны бедныя на кроў і са спазьненьнем? Ці адчуваюцца ў часе іх болі ў жываце і крыжы, ці бываюць гэтыя болі да, у часе або пасля сканчэньня мэньструацый? Урэшце, што вельмі важна, неабходна дакладна ўсталяваць час апошняй мэньструацыі, інакш можна праглядзець наступіўшую цяжарнасьць і далейшымі дасьледваньнямі і маніпуляцыямі парушыць яе.

Пры адсутнасьці мэньструацый або пры спыненьні іх трэба даведацца, ці ня бывае крывацячэньня са сьлізевых абалонак іншых органаў (носавыя, кішочныя)—так званых вікарных рэгул.

З прычыны таго, што цяжарнасьць, роды і пасляродавы пэрыод пры няправільным іх працяканьні часта зьяўляюцца прычынай многіх гінэколёгічных захворваньняў, неабходна ўсталяваць колькасць родаў і абортаў, іх працяканьне і асклад-

ненні, час апошніх родаў і апошняга абарту, ці былі роды свая-часовыя або дачасовыя, ці былі штучныя абарты або выкідкі. Асабліва каштоўны ўказанні аб буйных пасьляродавых захворваньнях і аскладненьні пасьля абарту: ці ліхарадзіла хвора я і як доўга ляжала яна ў ложку.

Калі пры распытах аб самаадвольных выкідках выяўляецца што іх было некалькі (так званы „прывычны выкідак“), то неабходна высветліць, у якія тэрміны цяжарнасьці і ў якой пасьлядоўнасьці яны адбываліся. Калі, напрыклад, першы выкідак адбыўся ў раньнія месяцы цяжарнасьці, а другі—у больш позьні пэрыод, а наступная цяжарнасьць скончылася дачасовымі родамі, то такая паступовасьць павінна навесці на думку аб сифілісе.

Наступнае пытаньне—гэта аб выдзяленьнях або белях. Які іх характар і колер. Ці бываюць яны вадзяністыя, шкловідныя, вадкія або густыя, тварожыстыя, жоўтага ці зялёнага колеру, ці пакідаюць плямы на бялізне, ці разьядваюць яны навакольныя часткі, ці ёсьць у іх дамешка крыві, ці выклікаюць сьвярбеньне і ці маюць пах?

Потым варта спыніцца на пытанні аб болях і высветліць іх лэчалізацыю (у якой частцы жывата, у сьпіне, паясьніцы і ў крыжы), характар іх (цягнуць, ныюць, колкападобныя, страляюць ў нагу, схваткападобныя, сударгавыя), пастаянныя або ў выглядзе прыпадкаў, пры якіх умовах (пры хадзе, стаянні, сядзеньні або ляжанні, пры рабоце або спакоі), у які час (удзень або ноччу).

Ня трэба забывацца і аб рабоце мачавога пузыра і кішочніка. Тут ставяцца пытанні: ці няма частых позываў на мачу, ці ня бывае рэзь у пачатку або ў канцы акту мачавопусканьня, У адносінах да кішочніка неабходна высветліць, ці ня бывае ў хвора запораў або вольнасьці, ці не адчуваюцца болі пры выпражненьні.

Неабходна, урэшце, прыняць пад увагу агульны стан арганізму, па-першае, таму, што захворваньні палавай сфэры выклікаюць часта расстройствы з боку іншых органаў і асабліва нэрвовай сыстэмы, і, па-другое, таму яшчэ, што пры больш дэтальных распытах можна прыйсьці да вываду, што тут справа ідзе не аб гінэколёгічным захворваньні, а аб параненьні якога-небудзь суседняга і нават больш аддаленага органу, або аб суб'екце з няўстойлівай нэрвовай сыстэмай. Неабходна таму распытаць аб апэтыце, аб рабоце страўніка, аб дзейнасьці сэрца (сэрцабіцьце



„заміраньне“), аб галаўных болях, галавакружэньні, аб сьне (бяссоньніца) і іншых зьявах нэрвовага характару.

Пры далейшым дасьледваньні хворай і пры выяўленьні якой-небудзь патолёгічнай зьявы могуць часамі ўзьнікнуць дадатковыя пытаньні для больш дакладнага высьвятленьня дыягнозу хваробы. Так, напрыклад, у некаторых выпадках можа паўстаць пытаньне аб захворваньнях бацькоў, якія адбываюцца па спадчыннасьці і т. д.

## II. ОБЪЕКТЫЎНАЕ ДАСЬЛЕДВАНЬНЕ

Пасьля зьбіраньня анамнезу пачынаюць аб'ектыўнае дасьледваньне. Ужо пры першым выглядзе і апытаньні хворай мы павінны зьвярнуць увагу на тыя адхіленьні ад нормы ў яе організм, якія кідаюцца ў вочы, а іменна, на бледны колер твару, пахуданьне або празьмерную тлустасьць, на асаблівасьці паходкі і хрыбетніка, на прызнакі базэдовізму (вальлё, пучавасьць) і т. д. Потым пачынаюць гінэколёгічнае дасьледваньне: знадворнае і ўнутранае.

1. Знадворнае дасьледваньне. *Агляд.* Дасьледваньне гінэколёгічных хворых у клінічнай або больнічнай абстаноўцы праводзіцца на спэцыяльным крэсьле або на прыстасаваным для гэтай мэты сталі. Але яно магчыма ва ўсякай абстаноўцы і на звычайным сталі, а калі дасьледваньне не вымагае ўжываньня інструмантаў, то яно можа быць зроблена на канапе і ў ложку.

Спачатку, агаліўшы жывот, пачынаюць яго знадворны агляд, прычым зьвяртаюць увагу на яго форму і велічыню (авальны, шарападобны, роўнамерна павялічаны або з выпінаньнем пэўных участкаў), на наяўныя старыя рубцы ад цяжарнасьці і рубцы ад апэрацыі, на друзласьць сыценак і разыходжаньне цягліц, уздуцьце, ацёчнасьць скурнага пакрыцьця і грыжавыя выпінаньні.

*Абмацваньне (пальпацыя) і выстукваньне (пэркусія)* жывата. Далоневымі паверхнямі пальцаў абмацваюць брушныя пакрыцьці, іх таўшчыню, напружаньне і балючасць, пахвінную абласць (павялічаныя пахвінныя залозы балючыя і бязбольныя), пахвінныя грыжы і грыжу белай лініі. Похвенныя грыжы лепш за ўсё выяўляюцца ў стаячым палажэньні хворай, а грыжа белай лініі выяўляецца наступным чынам: хворую, ляжачую з выцягнутымі нагамі, прымушаюць, ні на што не апіраючыся рукамі, павольна падняць верхнюю частку тулава—і пры гэтым атрымаецца выпінаньне паміж прамымі цягліцамі жывата.

Пры больш глыбокім абмацваньні і выяўленьні пухліны ў брушной поласьці вызначаюць яе велічыню, форму, паверхню (гладкая або бугрыстая), консыстэнцыю (шчыльная, мяккая, элястычная), рухомасьць і сувязь яе з органамі малога таза.

Пры падазрэнні на цяжарнасьць імкнуцца адшукаць дробныя часткі плада і прасачыць іх штуршкі.

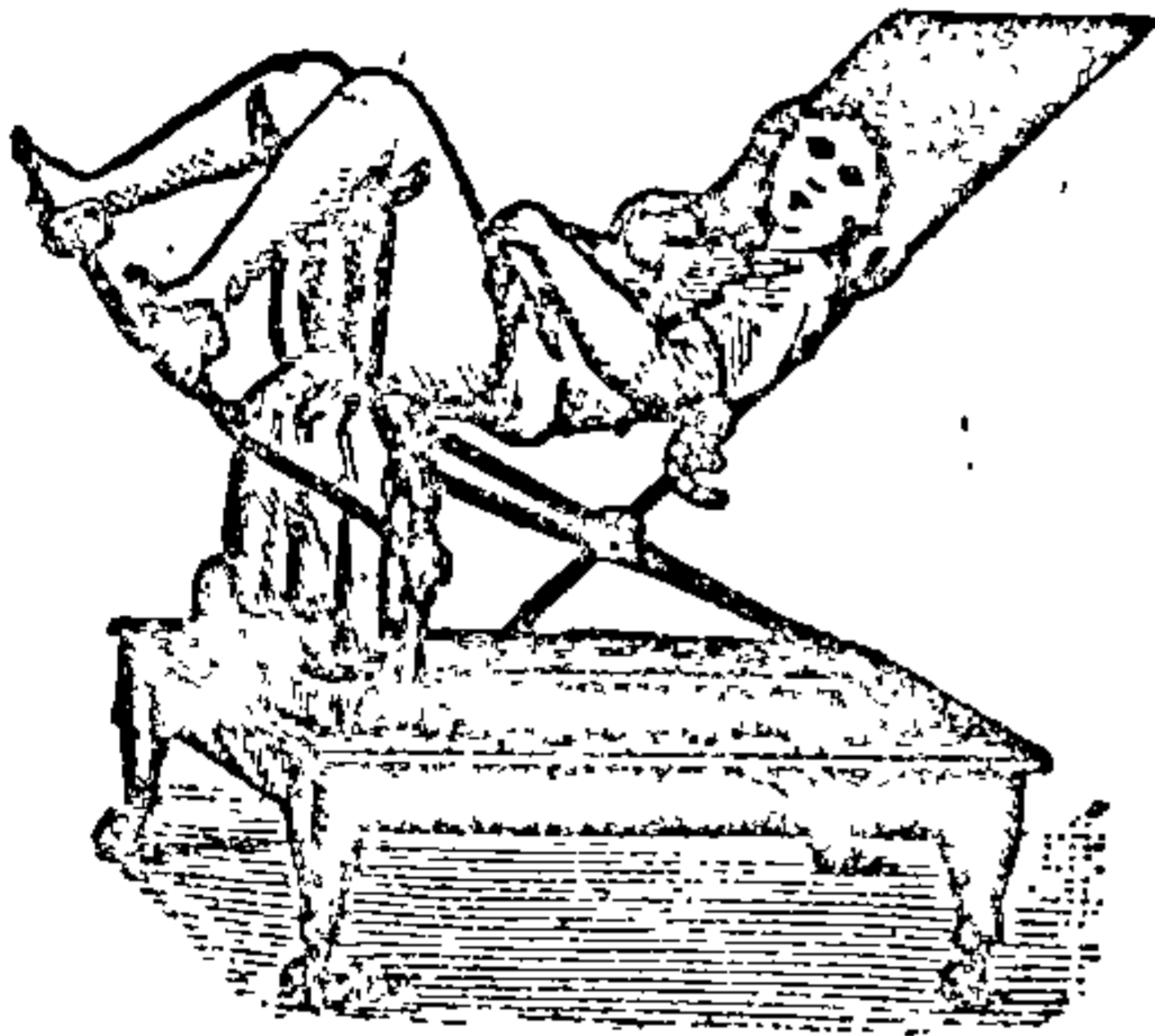
Абмацваньне жывата дапаўняецца яшчэ выстукваньнем. Тупы гук сьведчыць аб прысутнасьці ў брушной поласьці пухліны, эксудату або цяжарнай маціцы. Уздуцьце страўніка і кішочніка газамі (мэтэорызм) дае тымпанічны гук. Прысутнасьць у жываце вадкасьці (асцыт) вызначаецца такім чынам: адну руку кладуць на адну з бакавых паверхняў жывата, а пальцамі другой рукі ўтвараюць штуршкападобныя рухі (накштальт шчаўчка) з процілеглага боку ў кірунку да ляжачай на жываце рукі—і калі атрымаецца адчуваньне зыбаньня (флюктуацыя), то прысутнасьць вадкасьці можна лічыць амаль бяспрэчнай. Упэўненасьць у наяўнасьці вадкасьці падмацоўваецца яшчэ выстукваньнем, якое пасярэдзіне жывата дае тымпанічны гук, а па баках, дзе зьбіраецца вадкасьць у моц цяжару, дае тупы гук. Калі пакласьці хворую на бок, то сюды зьбіраецца ўся вадкасьць і, значыцца, пры выстукваньні атрымаецца тупы гук, у той час як на апарожненым баку атрымаецца тымпанічны гук. Калі хворую пакласьці на другім баку, то атрымаецца адваротная зьява: там, дзе быў тымпанічны гук, пры выстукваньні атрымаецца тупы, а там, дзе быў тупы, атрымаецца тымпанічны гук.

Агляд знадворных полавых частак. Перад аглядам знадворных полавых частак неабходна абмыць іх цёплай вадой і мылам, калі яны забруджаны крывёю або гнойнымі выдзяленьнямі. Агляд пачынаюць з лабка. На лабку трэба зьвярнуць увагу на рост яго валасоў і наяўнасьць плашчыц (лобкавых вошай). Потым разглядаем вялікія губы (велічыня, ацёчнасьць, язвы, вострыя кондылёмы, варыкознае расшырэньне вэн, пухліны), прамежжа (разрывы і рубцы, шырокія кондылёмы) і задні праход (гемороїдальныя вузлы і трэшчыны).

Потым пальцамі левай рукі расхіляем вялікія губы і разглядаем клітар, знадворную адтуліну мачавыпускальнага канала (пачырваненьне, поліпы), малыя губы (язвы, рубцы), дзявочую пляву (цэласьць, форма, разрывы), і адтуліну выводных прытокаў Бартолініевых залоз (пачырваненьне, прыпухласьць і выдзяленьні). Мы таксама павінны зьвярнуць увагу на афарбоўку ўсіх гэтых

частак і на выпінаньне і апусканьне адной або абедзвюх сьценак похвы.

2. Унутранае і камбінаванае дасьледваньне. Перш чым распачаць унутранае дасьледваньне, неабходна папярэдня прапанова хворай апаражніць мачавы пузыр, бо пры напоўненым мачавым пузыры ўнутранае і нават знадворнае дасьлед-

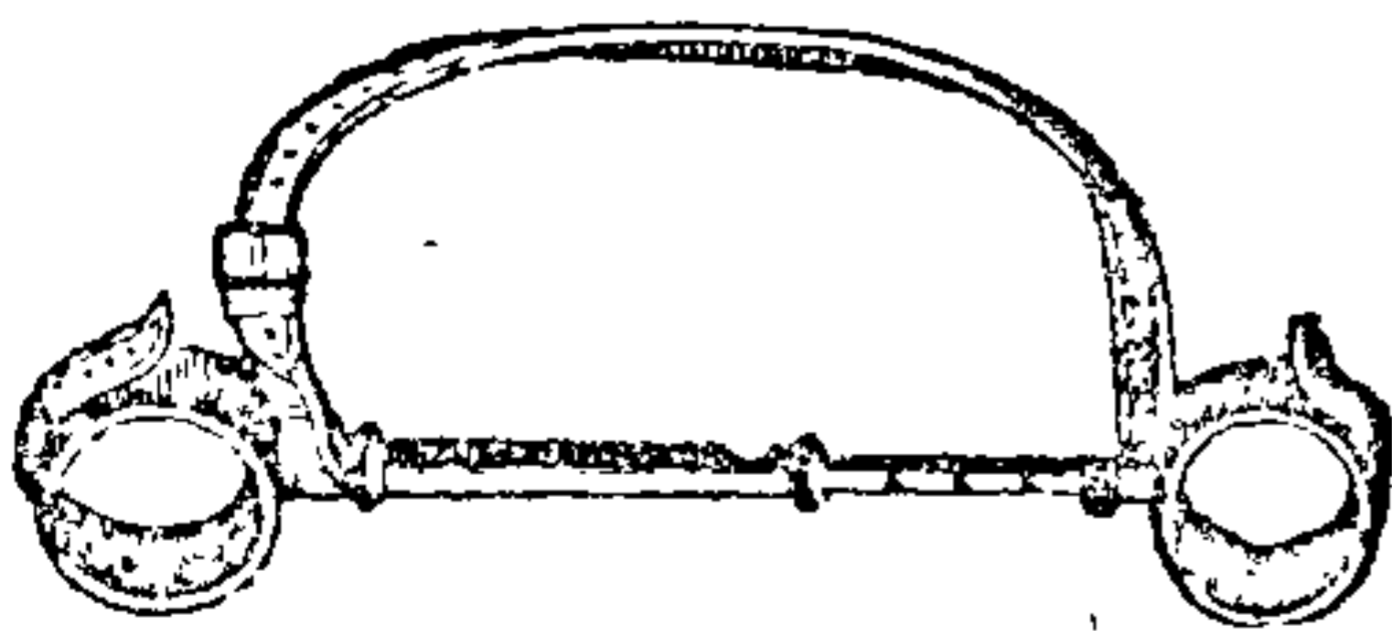


Мал. 10. Гінеколягічнае крэсла.

ваньне можа даць памылковае ўяўленьне аб стане і палажэньні ўнутраных органаў. Напоўнены мачавы пузыр часта прымаецца за цяжарную маціцу або кісту яечніка. Тое-ж самае трэба сказаць і аб скапленні цьвёрдых калавых мас у прамой кішцы, якія часта сымулююць бугрыстую пухліну або эксудат. У гэтым выпадку хворую трэба дасьледваць толькі пасля апараж-

неньня кішочніка клізмай або развальняючым сродкам.

Пры ўнутраным дасьледваньні хворая павінна ляжаць на спіне з паднятай крыху верхняй часткай тулава, з сагнутымі ў каленах і разьведзенымі нагамі. Потым прапануюць хворай падкласьці пад крыж свае рукі, сьціснуць у кулак, не напружвацца, свабодна дыхаць. Праз гэта адхіляецца напружанасьць мускулатуры брушных сьценак, чым у значнай ступені палягчаецца ўнутранае дасьледваньне.



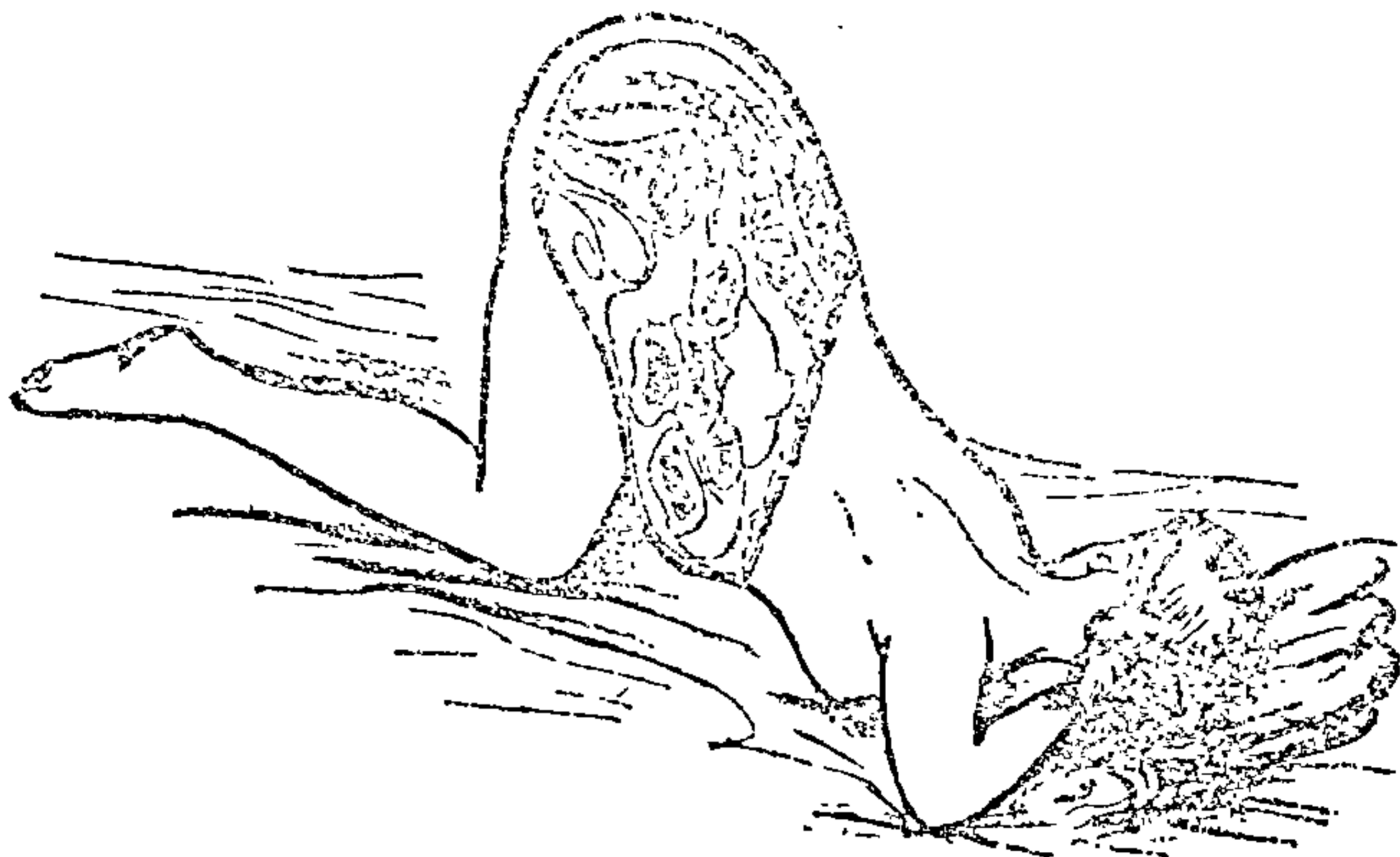
Мал. 11. Ногатрымальнік.

У тых выпадках, дзе прыходзіцца зварачацца да інструмантальнага дасьледваньня, у часе якога ногі хворай павінны быць сагнуты і ў каленях, і ў тазабядровых суставах, і прыцягнуты да жывата, хворая павінна ляжаць у гінеколягічным крэсьле (мал. 10), а на простым крэсьле яна павінна падтрымлівацца адным або двума памочнікамі ці спецыяльнымі ногатрымальнікамі (мал. 11).

У некаторых выпадках мы прымушаны дасьледваць хворую ў бакавым палажэньні (для агляду прамежжа і задняга

праходу) і ў каленна-локцевым палажэньні. Пры гэтым палажэньні хворэя становіцца на калені і апіраецца на локці (м. 12).

У надзвычайна рэдкіх выпадках ужываецца так зьвінае трэн-

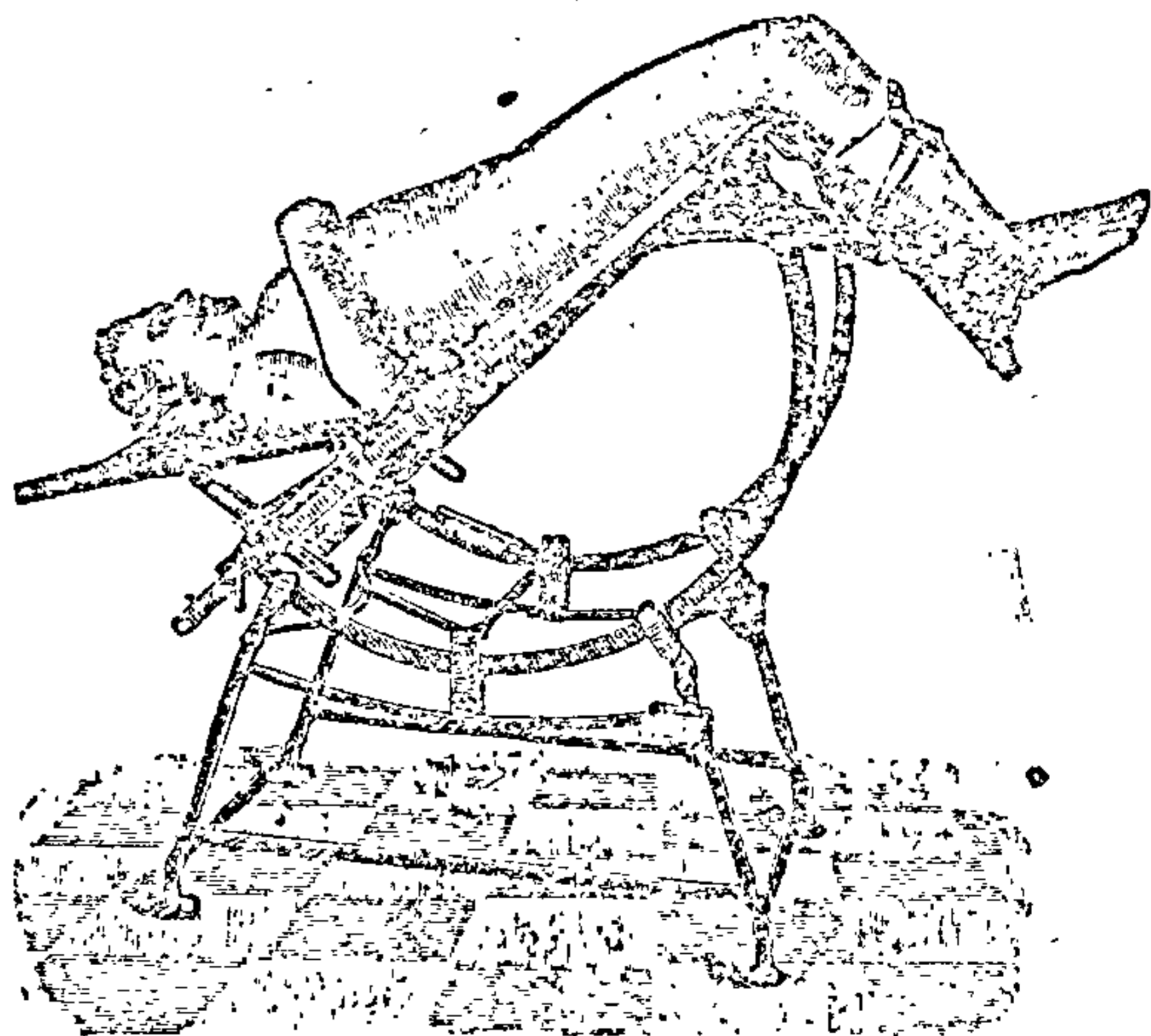


Мал. 12. Каленна-локцевае палажэньне.

дэлебурскае палажэньне, пры якім галава і верхняя частка тулава нізка апушчаны, а таз высока падняты. Гэта палажэньне рэдка ўжываецца пры дасьледваньнях, а ў большасьці пры операцыях (мал. 13).

Скончыўшы агляд знадворных полавых частак, пачынаюць унутранае дасьледваньне, для чаго неабходна старанна памыць рукі або надзець чыстыя гумовыя пальчаткі. Апошнімі неабходна карыстацца ў тым выпадку, калі на пальцах ёсьць трэшчыны, драпіны або наогул ранкі, каб такім чынам забясьпечыць сябе ад магчымага заражэньня і ад пераносу інфэкцыі на іншых хворых.

Дасьледваньне ўтвараецца двума пальцамі правай рукі (указальным і сярэднім). Расхіліўшы полавую губу вялікім і ўказальным пальцамі левай рукі, уводзяць два пальцы правай рукі



Мал. 13. Трэндэлебурскае палажэньне.

3. Падручнік па гінеколёгіі.

ў похву, імкнучыся ня выклікаць болю. Жанчын, якія не раджалі або надга чультлівых, прыходзіцца дасьледваць большай часткай адным указальным пальцам, каб унікнуць болю, які выклікае напружаньне мускулатуры, што робіць дасьледваньне больш цяжкім. Між іншым, проф. Выдрын і іншыя аўтарытэтыя гінеколягі раяць ужываць камбінаванае дасьледваньне толькі адным указальным пальцам, лічачы, што такім чынам можна лепш арыентавацца ў палажэньні і стане ўнутраных палавых органаў.

Пры дасьледваньні похвы трэба перш-на-перш зьвярнуць увагу ці не выцякаюць з мачавыпускальнага каналу, пры націсканьні на пярэдняю сьценку похвы, гнойныя выдзяленьні. Потым устаўляюць ці няма парокаў разьвіцьця ў выглядзе перагародак падвойнай похвы, пакарачэньня, звужэньня або поўнага зарастаньня похвы; ці ёсьць у ёй рубцы, сьвішчы, кондылёмы і пухліны; ці не натыкаецца палец пры ўваходзе ў похву на шыйку маціцы, што сьведчыць аб зьмяшчэньні або выпаданьні апошняй; ці свабодныя зводы, або ў іх прамацваецца пухліна ці якая-небудзь рэзыстэнцыя.

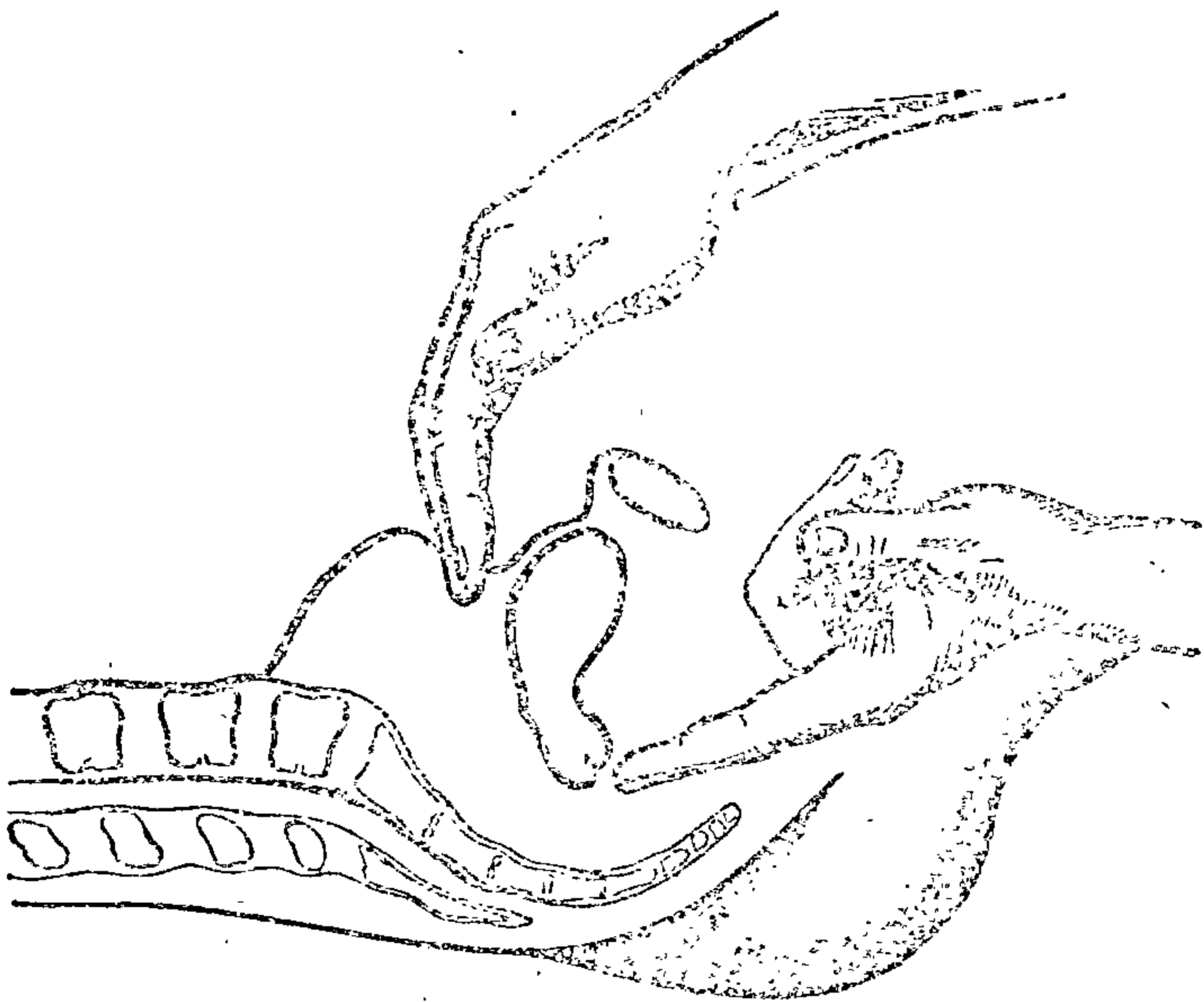
Потым абмацваецца похвавая частка маціцы. Вызначаюць яе палажэньне. Пры нормальным палажэньні шыйка глядзіць уніз і ўзад, пры перагібе маціцы назад (рэтрафлексія)—уніз і ўперад, а пры нахіленьні назад (рэтровэрзія)—ўперад і ўверх. Потым вызначаюцца форма, велічыня, консыстэнцыя і іншыя асаблівасьці. Падоўжаная і конічная форма шыйкі ўказвае на інфантальную (дзіцячую) маціцу. Павялічаная і шчыльная шыйка бывае пры ўспаляльных процэсах і новаўтварэньнях у ёй. Распульхненасьць шыйкі ўказвае на цяжарнасьць. Далей трэба зьвярнуць увагу на наяўнасьць разрываў шыйкі, на стан сьлізьніцы вакол зёву (гладкая, шурпатая, эрозія) на форму і стан самога зёву. У нераджаўшых ён мае круглую форму і закрыты, у раджаўшых мае выгляд папярочнай шчыліны. У тым выпадку, калі зёў разьвернуты і мае разрывы, ён зьзяе і прапускае кончык пальца. Часта ў зёве можна абмацваць поліпы, якія выходзяць са сьценак шыйкі або цела маціцы.

Унутранае дасьледваньне адною рукою дае нам магчымасьць вызначыць стан толькі похвы і шыйкі маціцы. Для абсьледваньня-ж самых важных частак палавага апарата—цела маціцы, труб і яечнікаў, пакрываючай іх брушыны і калямацічнай клеткавіны неабходна дасьледваньне абедзьвюма рукамі, г. зн. камбінаванае дасьледваньне. Яно робіцца наступным чынам:

уводзячы адзін або два пальцы правай рукі ў похву, кладуць левую руку на живот і, націскаючы на брушную сьценку на сустрэч унутранай руцэ, стараюцца прамацаць усё зьмесьціва малага тазу абедзьвюма рукамі. Такім спосабам дасьледваньня мы вызначаем стан тазавых органаў і ўзаемную сувязь паміж імі (мал. 14).

Перш-на-перш мы вызначаем форму, велічыню, консыстэнцыю, палажэньне, рухомасьць і балючасць маціцы.

Нормальная маціца, як мы ўжо ведаем, мае форму сплюсчанай ігрушыны. Пры цяжарнасьці і хронічных успаленьнях яна



Мал. 14. Комбінаванае дасьледваньне.

мае яйцападобную, а часамі і шарпадобную форму, а пры пухлінах, асабліва падбрушных, яна мае няправільную канфігурацыю. У гэтых выпадках яна і ў аб'ёме павялічана. Павялічана яна таксама і ў пасьляродавым пэрыодзе. Яна бывае менш нормы пры недаразьвіцьці (дзіцячая маціца), у клімактэрычным пэрыодзе, пры працяглым кармленьні грудзьмі і пасьля апэрацыйнага выдаленьня яечнікаў (атрофія маціцы).

Нормальнай маціцы, дзякуючы элястычнасьці яе зьвязкавага апарата, уласцьціва пэўная рухомасьць у розныя бакі. У патолёгічных выпадках рухомасьць яе абмежавана і спроба зрушыць

яе ў той ці іншы бок выклікае боль. Балючасць маціцы пры націсканьні на яе сьведчыць аб наяўнасці ўспаляльнага процесу брушнага пакрыцця маціцы (пэрыметрыт).

Вельмі важна ў дыягностычных адносінах вызначыць консыстэнцыю маціцы: шчыльная яна або цэставатая, ці гладкая яе паверхня, або на ёй абмацваюцца вузлы і бугры.

Вышэй мы ўжо гаварылі аб тым, якое палажэньне маціцы лічыцца нормальным. Комбінаваным дасьледваньнем мы павінны ўстанавіць патолёгічнае палажэньне маціцы, (зьмяшчэньне, апусканьне, выпаданьне, перагібы і нахіленьні).

Калі пры дасьледваньні маціцы мы ў бліжэйшым суседстве з ёю знаходзім пухліну, то неабходна вызначыць яе форму, велічыню, консыстэнцыю, рухомасць, сувязь з маціцаю.

Потым дасьледуем праз бакавыя зводы: трубы, яечнікі, калямацічную клеткавіну і тазавую брушчыну. Нормальныя трубы, клеткавіна і шырокія зьвязкі, дзякуючы сваёй мяккасьці не паддаюцца абмацваньню, але пры ўспаляльных процэсах трубы бываюць патоўшчаны, прымаюць кілбасападобную, часамі нават мешкападобную форму. Павялічаная ў аб'ёме труба павінна яшчэ, апрача таго, навесці на думку аб пазамэцічнай (трубноў) цяжарнасьці. Успаленая клеткавіна з выпатамі, вядома, лёгка прамацваецца.

Праз бакавыя зводы прамацваюцца і яечнікі. У патолёгічных выпадках яны бываюць павялічаны і балючы. Новаўтварэньні яечнікаў (кісты) у залежнасьці ад разьмераў прамацваюцца ў бакавых зводах і ў заднім Дуглясе; дэрмоідныя кісты зьмяшчаюцца ў большасьці выпадкаў сьпераду маціцы. Праз задні звод прамацваюцца выпаты, крывязьліцы і розныя новаўтварэньні маціцы і яечнікаў, а таксама цэла рэтрофлектарнай маціцы.

Пасьля сканчэньня комбінаванага похвавага дасьледваньня трэба аглядзець прыстаўшыя да ўнутраных пальцаў выдзяленьні і вызначыць іх характар (сьлізавыя, сьлізава-гнойныя, гнойныя, крывяністыя і т. д.).

3. Дасьледваньне праз прамую кішку (рэктальнае дасьледваньне). Гэты спосаб дасьледваньня ўжываецца ў выпадках звужэньня або зарастаньня похвы, а таксама пры дасьледваньні дэявочніц, калі шчыліна дэявочай плявы не прапускае пальца і калі такім чынам ёсьць пагроза парушыць яе цэласьць. Робіцца яно наступным чынам: указальны палец правай рукі змазваецца вазэлінам або якім-небудзь тлушчам, або што яшчэ

лепш, каб яго не забрудзіць, надзяюць на яго гумовы напальчнік і ўводзяць яго ў прамую кішку, якая папярэдня ачышчана ад калавых мас, другою-ж рукою робяць абмацваньне праз брушную сьценку, як гэта робіцца пры камбінаваным похвавным дасьледваньні. Гэты мэтод дасьледваньня дае магчымасьць абмацаць усе палавыя органы і галоўным чынам крыжова-мацічныя зьвязкі,



Мал. 15. Тэхніка ректальнага бімнуальнага дасьледваньня жанчыны, якая ня мела палавых зносін.

а таксама пухліны, што знаходзяцца ў задняй Дуглясавай прасторы (мал. 15).

Рэктальнае дасьледваньне асабліва часта ўжываецца ў акушэрстве ў часе родаў, замяняючы дасьледваньне праз похву, каб не занесці інфэкцыі праз родавыя шляхі.

Бываюць выпадкі, праўда рэдкія, калі камбінаванае похвавое дасьледваньне прыходзіцца рабіць пад наркозам, як, напрыклад, пры моцным напружаньні бруштых цяглаў і баючасьці ўсяго жывата, пры сударгавым скарачэньні цяглаў тазавага дна (вагінізм) і т. д.

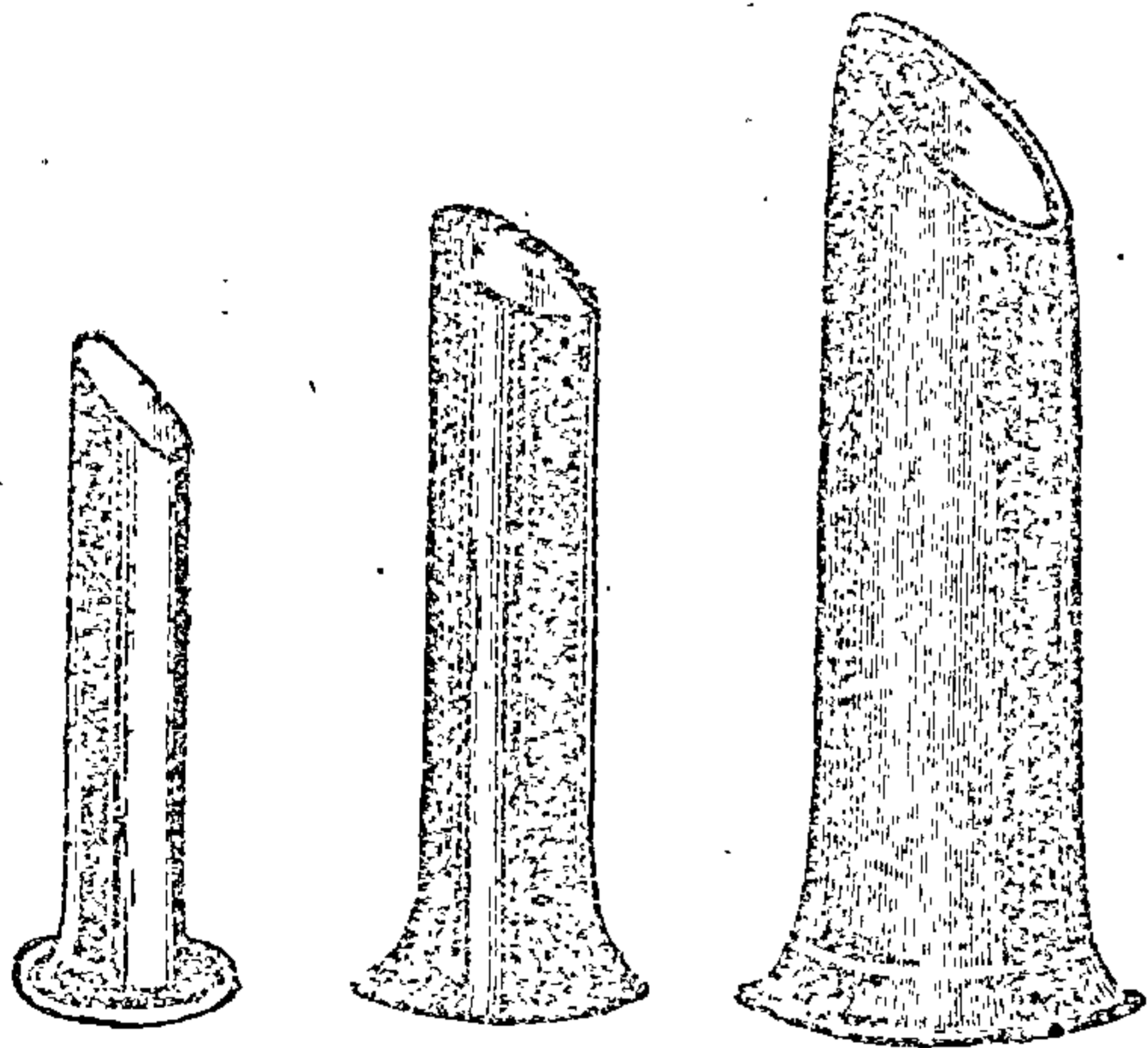


4. Інструмантальнае дасьледваньне. Для больш дакладнага разнаваньня гінэколёгічных захворваньняў, апрача камбінаванага дасьледваньня часта прыходзіцца зварочвацца да дасьледваньня інструмантамі, якія павінны быць папярэдне прадэзынфэктаваны гатаваньнем. Зразумела, што і пры гэтым дасьледваньні рукі павінны быць старанна вымыты.

Ужываюцца наступныя інструманты:

1) *Мацічныя люстэркі*. Яны неабходны для агляду похвы, зводаў і шыйкі маціцы і для некаторых онэрацый на гэтых органах. Ёсьць тры тыпы люстэркаў: цыліндрычныя, рассвальныя і ложкападобныя.

а) Цыліндрычныя люстэркі становяць сабою трубка, рознага колібру, адзін канец якіх расшыраны, а другі скошан.



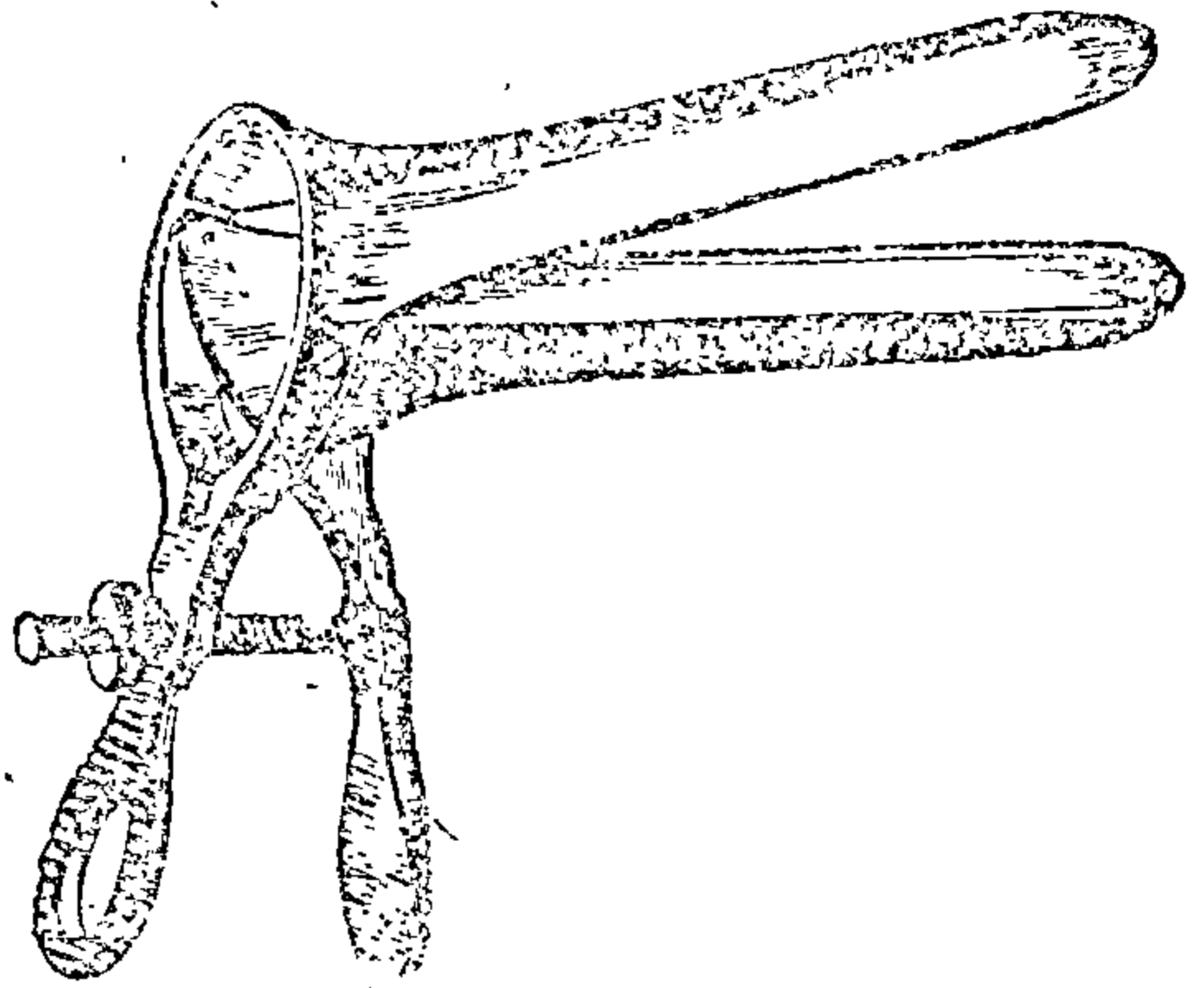
Рыс. 16. Круглыя мацічныя люстэркі.

Яны вырабляюцца з празрыстага або малочнага шкла, з рагавой гумы з унутранай люстэркавай паверхняй і з мэталю. Уводзяцца яны ў похву такім чынам: расхіліўшы пальцамі левай рукі полавя губы, бяруць правай рукою люстэрка адпаведнага разьмеру і ўводзяць скошаны канец яго ў похавы ўваход, трымаючы больш кароткую сьценку ўперад. Потым, паклаўшы ўказальны палец на пярэдняю сьценку люстэрка і націскаючы люстэрка на прамежжа, прасоўваюць яго вярчальным рухам углыб да таго часу, пакуль у адтуліне люстэрка мы ня ўбачым шыйкі маціцы. Пры ўвядзеньні люстэрка трэба па магчымасьці ўнікаць дакрананьня да клітару і да адтуліны мачавыпускальнага каналу, бо гэтыя месцы зьяўляюцца найбольш чуйлівымі месцамі знадворных полавых частак (мал. 16).

Цыліндрычнымі люстэркамі карыстаюцца пры аглядзе сьценак похвы, похвавай часткі і знадворнага зёву маціцы, а таксама для тэрапэўтычных мэт (змазваньне, прыпальваньне, похвавае ванна, скарыфікацыя і да т. п.).

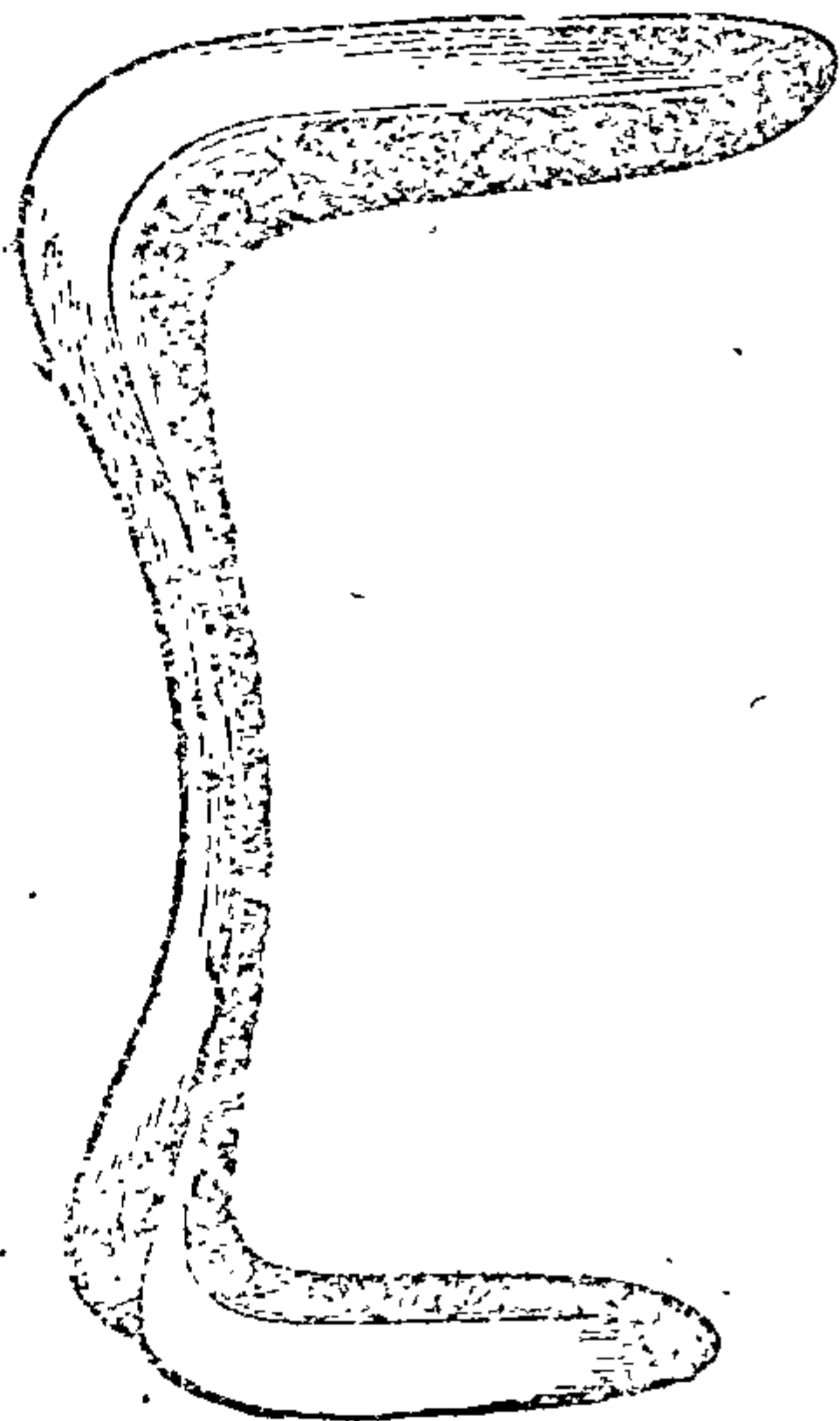
б) Рассувальныя люстэркі вырабляюцца з мэталю і зручныя тым, што яны трывалыя, лёгка стэрылізуюцца і не патрабуюць памочнікаў.

З гэтых люстэрак часьцей за ўсё ўжываецца модель Куско з дзьвюма створкамі. Уводзячы люстэрка ў похву ў касы палажэньні, яго пазарочваюць так, каб адна створка была павёрнута назад, а другая кпераду, а потым пры дапамозе вінта створкі рассоўваюцца і расшыраюць такім чынам прасьвет похвы. У модэлі Колена пры рассоўваньні створак расшыраецца і ўваход у похву (мал. 17).



Мал. 17. Люстэрка Куско.

в) Лыжкападобныя люстэркі таксама вырабляюцца з мэталю і складаюцца з лыжкі, якая ўводзіцца ў похву, і ручкі, што застаецца знадворку. Модэль Сімса (мал. 18) двухбаковая і абедзьве часткі непарыўна зьвязаны ў адно цэлае. У модэлі Сімона лыжкі розных разьмераў злучаюцца з ручкай пры дапамозе замка. Для агляду похвы і похвавай часткі шыйкі маціцы прыходзіцца ўжываць два люстэрка: адно ніжняе—углыбленае і другое верхняе—плоскае (уздымальнік).



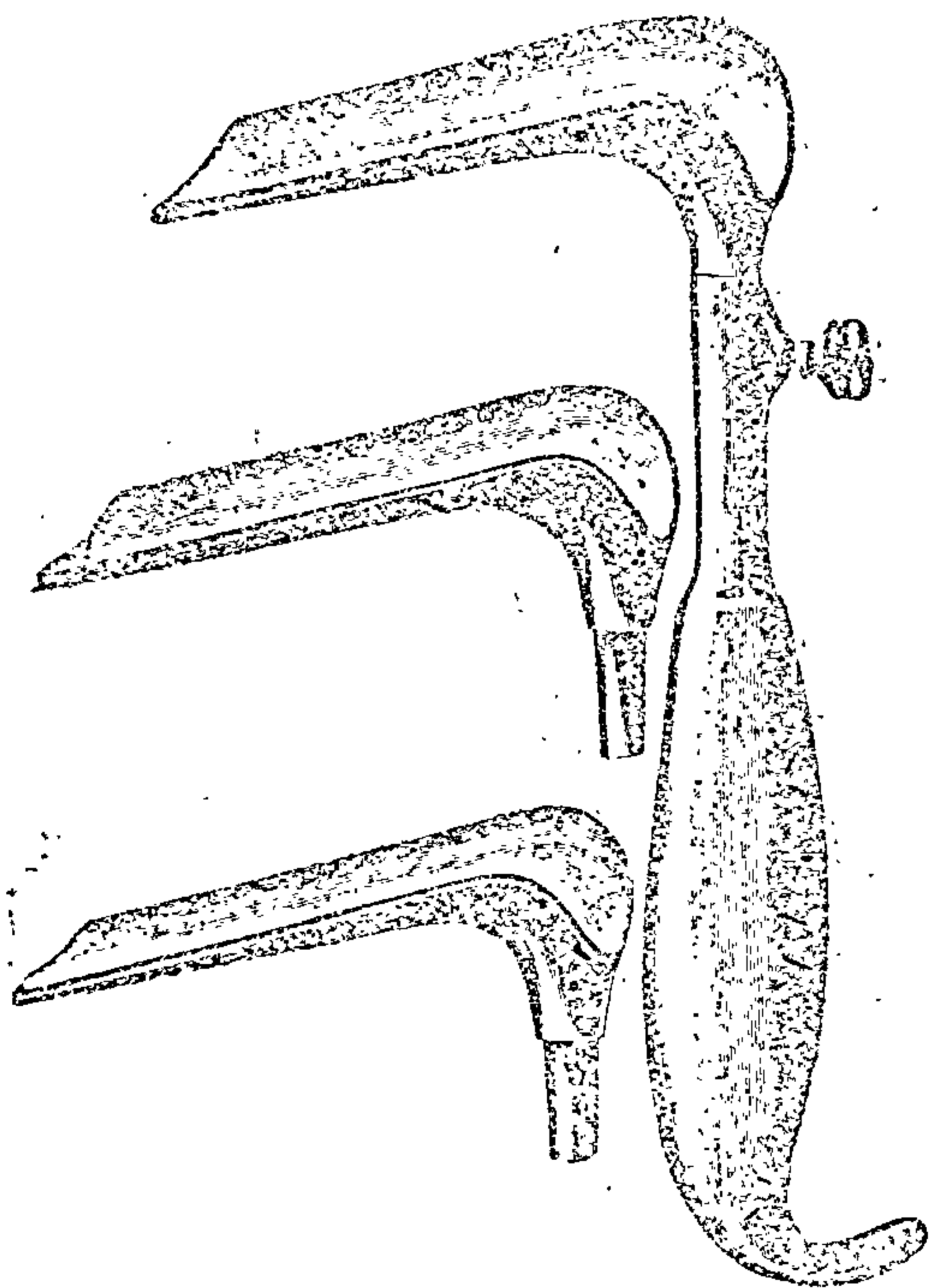
Мал. 18. Люстэрка Сімса.

Гэтыя люстэркі лёгка ўводзяцца, добра выяўляюць зводы і похвавую частку шыйкі і ўжываюцца таксама пры операцыях у похве і на шыйцы маціцы. Яны значна распаўсюджаны, хоць для трыманьня іх патрэбен памочнік (мал. 19).

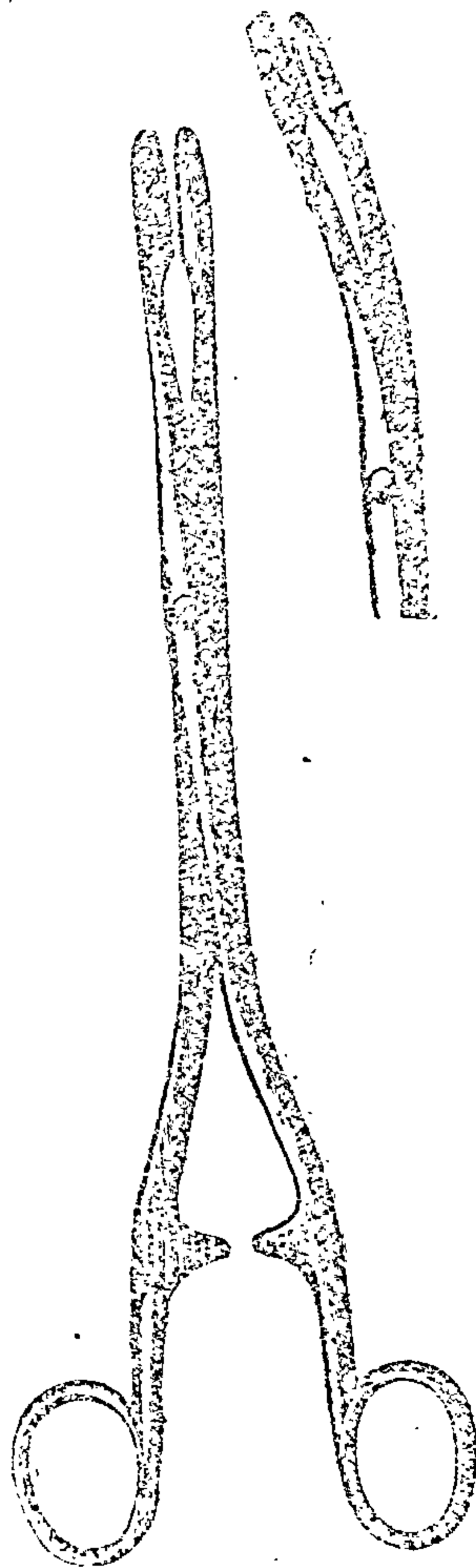
2) *Захопліваючыя інструменты* (корнцангі, пінцэты і кулевыя *абцугі*). Для больш дэталёвага агляду похвы і похвавай часткі і для ўтварэньня операцыі на іх, неабходна паперадзе выцерці іх ад сьлізу і іншых выдзяленьняў ватнымі або марлевымі там-

понамі. Гэтыя тампоны захопліваюцца корыцангам або доўгім пінцэтам (мал. 20 і 21). Гэтыя-ж самыя інструменты ўжываюцца для абціраньня похвы і іншых бачных органаў сьпіртамі, ёдам і наогул дэзынфэктуючымі матэрыямі, а таксама для тампонацыі похвы і маціцы.

Для захоплваньня шыйкі маціцы, каб яе фіксаваць і наблізіць да похвавага ўваходу, ужываюцца кулевыя абцугі, якія маюць па адным зубцу (мал. 22), і абцугі Мюзэ з двума зубцамі на кожнай браншы (мал. 23).



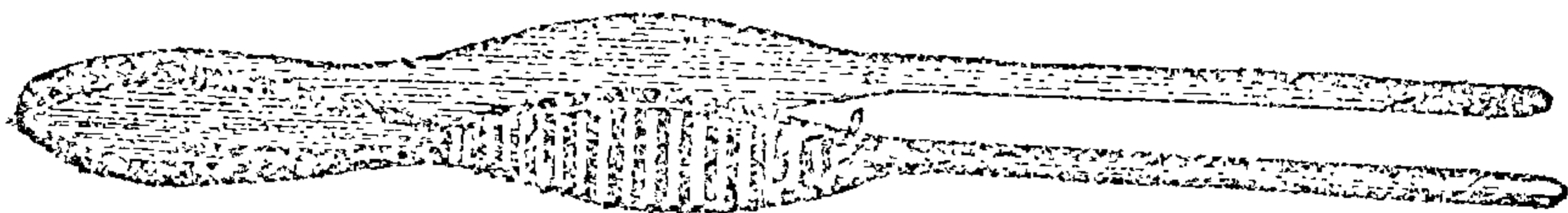
Мал. 19. Люстэрка Сімона:



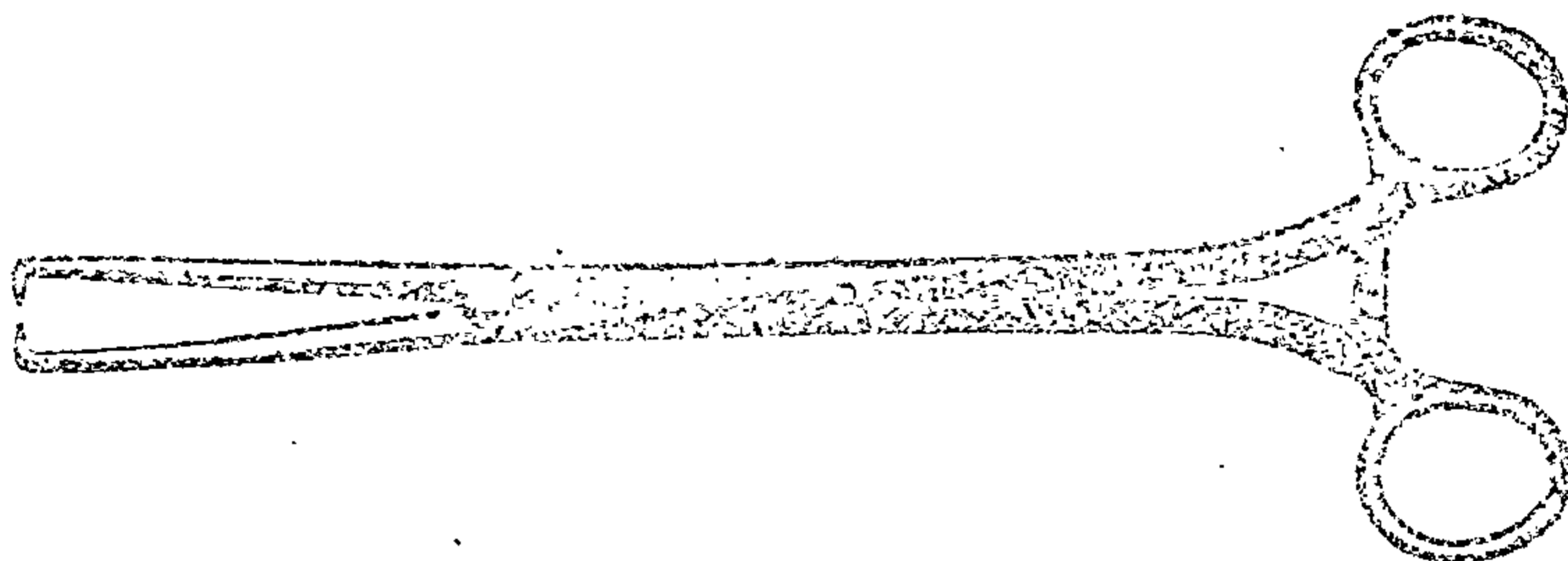
Мал. 20. Корыцанг.

Гэтымі абцугамі захопліваюць верхнюю губу мацічнай шыйкі і часамі абедзьве губы двума абцугамі.

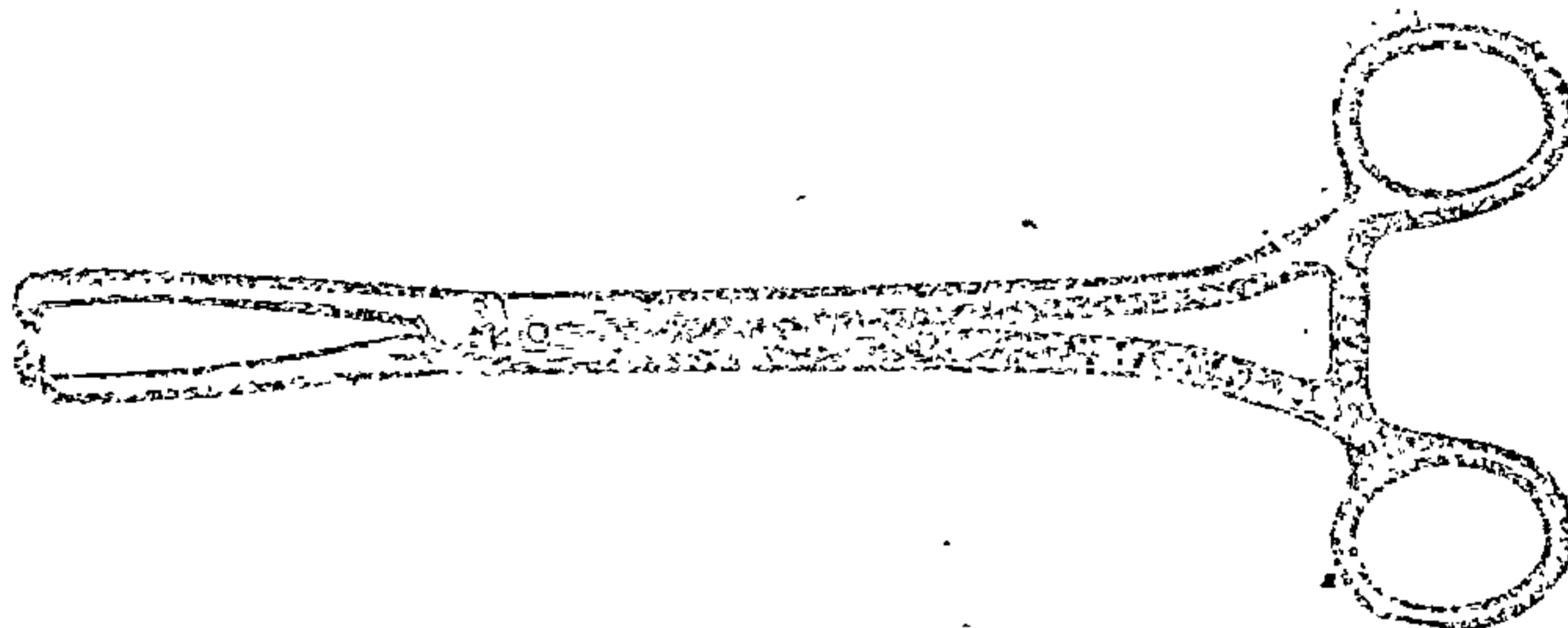
3) *Зонды*. Яны бываюць двух тыпаў. Адны служаць для выяўленьня праходнасьці каналу шыйкі маціцы і ўнутранага зьёву, для вызначэньня кірунку маціцы і стану яе сьценак і для



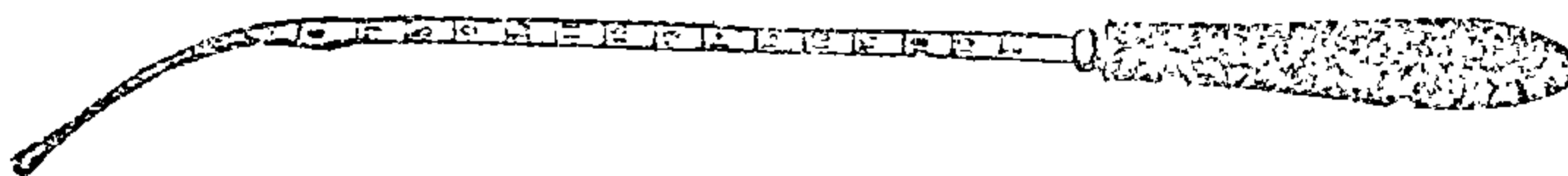
Мал. 21. Доўгі пінцэт.



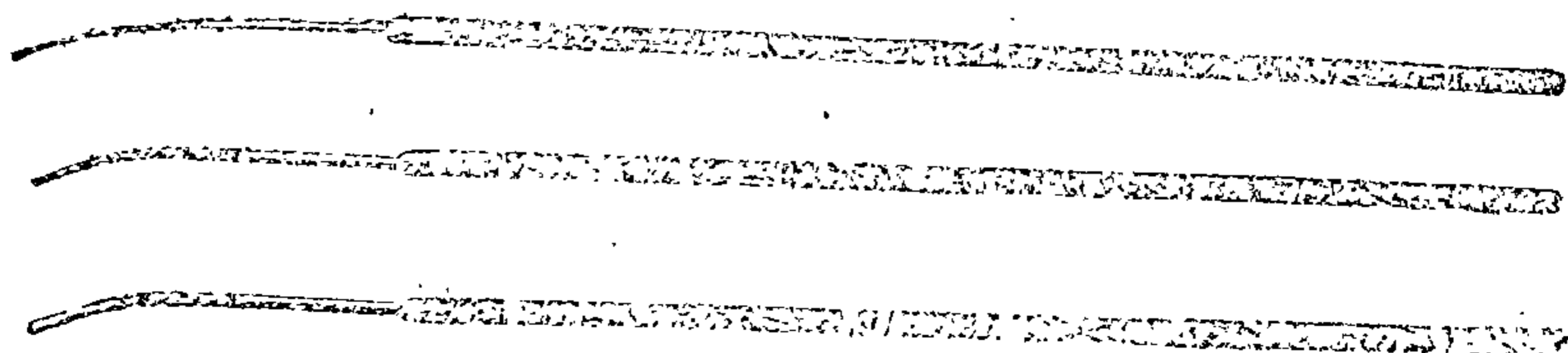
Мал. 22. Кулевыя абцугі.



Мал. 23. Абцугі Мюзэ.



Мал. 24. Мацічны зонд.

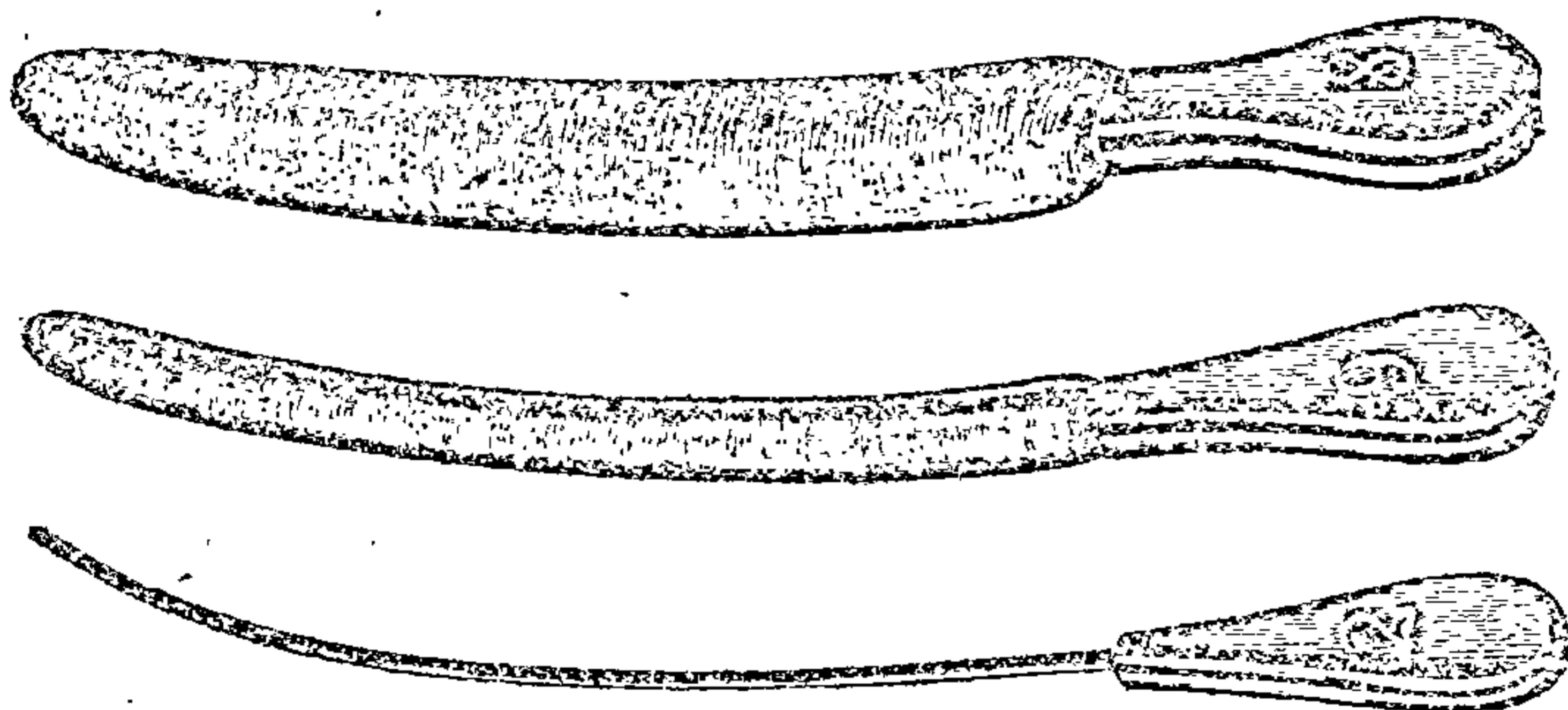


Мал. 25. Зонды П. ейцэра.

вымярэння даўжыні яе поласьці (зонд Мартына) (мал. 24). Гэтыя зонды бываюць гладкія і з гузікападобным канцом, іншыя служаць для змазаньня каналу шыйкі і поласьці маціцы якою-небудзь лекар-сьцьвеннай матэрыяй (зонд Плейфэра). Верхняя частка гэтых зондаў мае шурпаватую паверхню або нарэзкі, дзякуючы якім наверхваемая на іх вата або марля не спадаюць (мал. 25).

4) *Расшыральнікі*. Канал шыйкі маціцы пры нормальным яго стане прапускае толькі мацічны зонд. Але калі для дыягностычных і тэрапэўтычных мэт трэба зрабіць яго праходным для больш тоўстых інструментаў і нават для пальца, то тады шыйку маціцы расшыраюць.

Расшырыць шыйку можна двума спосабамі: хуткім і павольным. Для хуткага расшырэньня ўжываюцца расшыральнікі

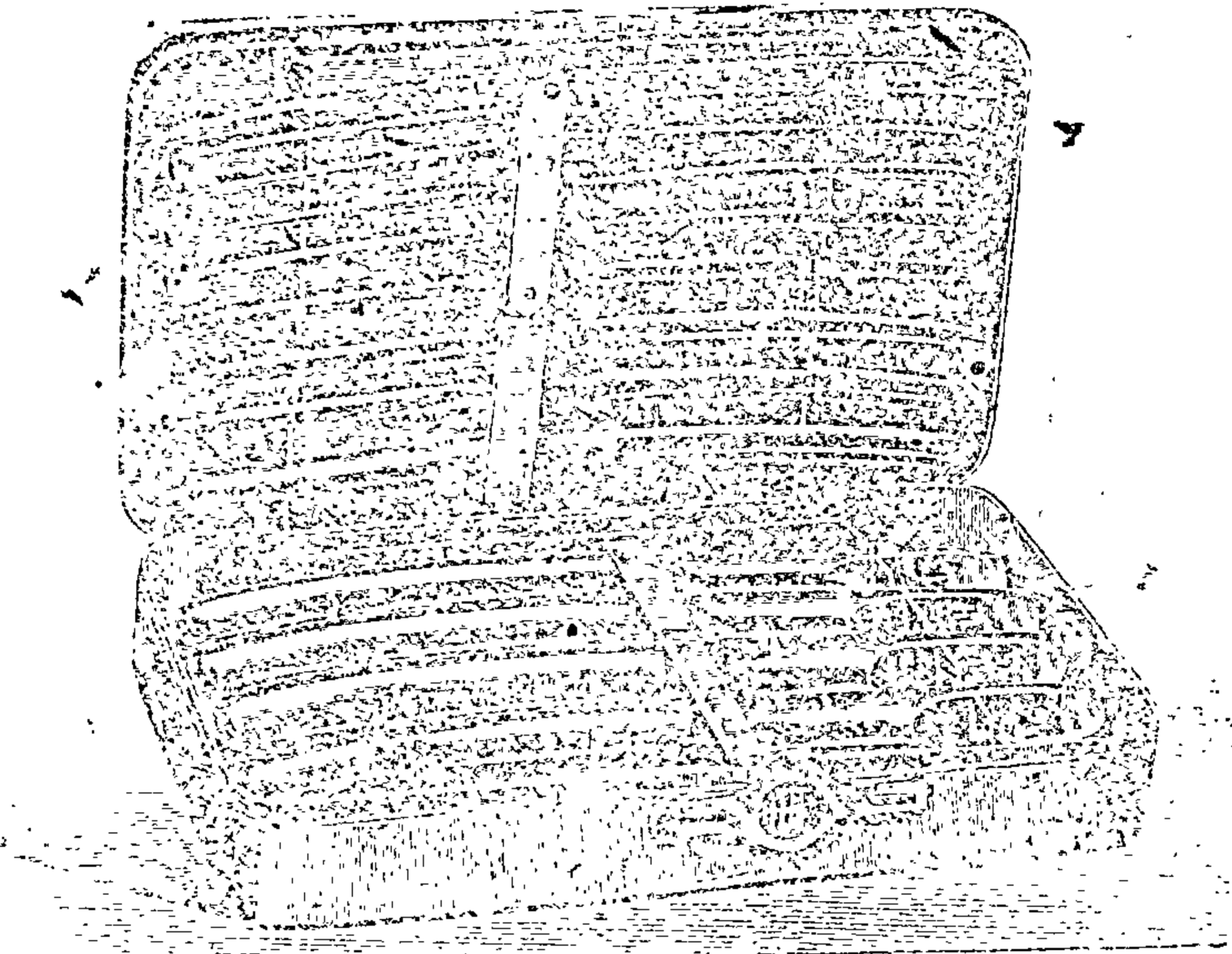


Мал. 26. Расшыральнік Гегара,  $\frac{2}{3}$  натуральнай велічыні.

Гегара. Гэта мэталічныя палачкі, канцы якіх некалькі загнуты адпаведна звычайнаму згібу маціцы. На кожным з іх выгравіраваны нумар, які абазначае яго дыяметр у мілімэтрах (мал. 26, 27). Як робіцца расшырэньне—апісана ніжэй (гл. выскабленьне).

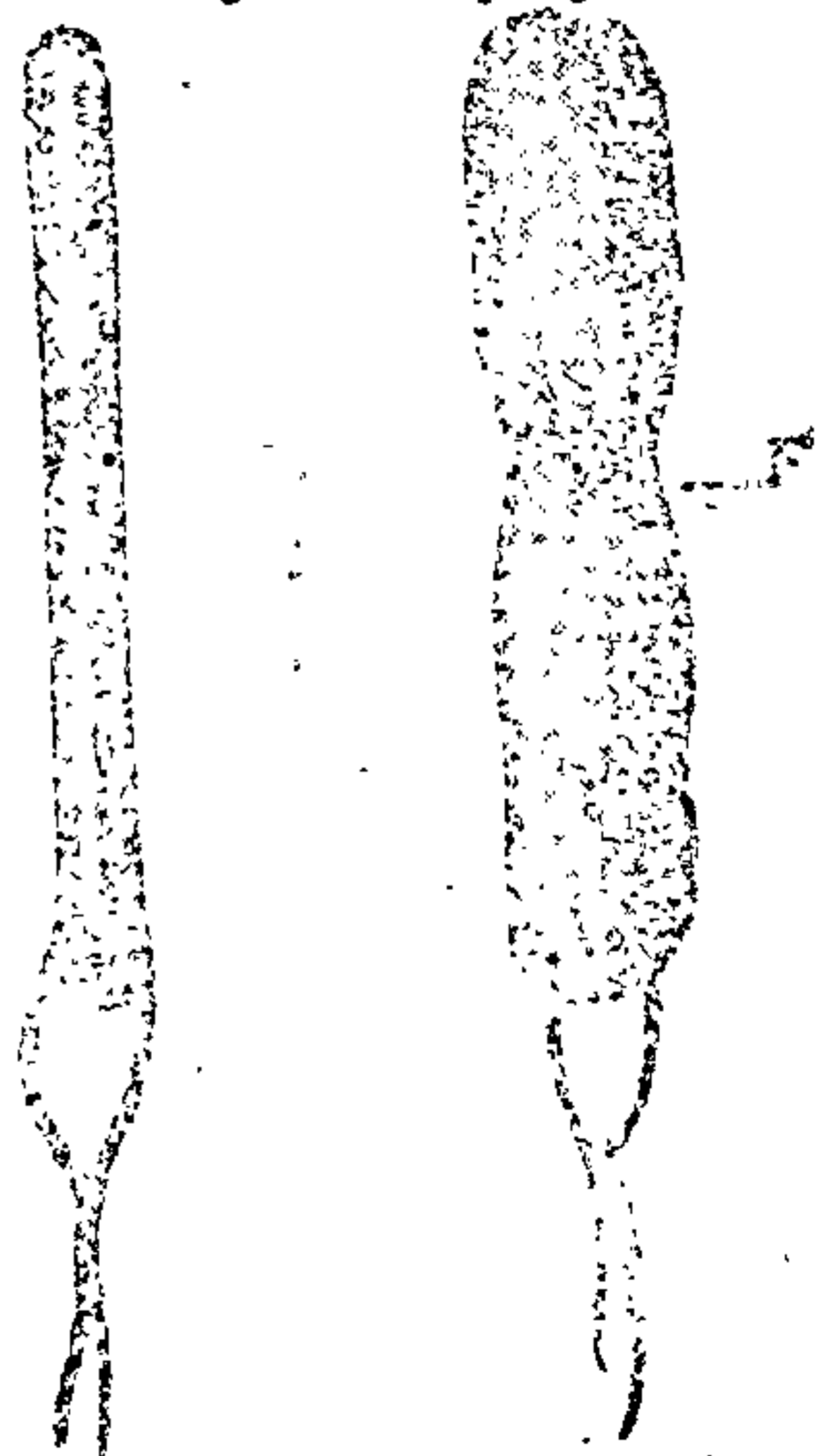
Павольнае расшырэньне дасягаецца ўвядзеньнем у канал шыйкі палачкі лямінары, якая пад уплывам змочваньня сьлізам каналу і тэмпературы цела разбракае, павялічваецца ў аб'ёме і такім чынам расшырае канал. Гэтыя палачкі бываюць рознай таўшчыні, а даўжыня іх некалькі больш за нормальную даўжыню каналу. У знадворны канец такой палачкі зацягваецца нітка, за якую цягнуць пры выдаленьні палачкі з канала (мал. 28). Стэрылізуюцца яны сухою гарачынёю, праз абмываньне раствораў сулемы і праз трыманьне іх у асэптычным стане.

Палачка ўводзіцца наступным чынам: пасля абмыванья знадворных полавых частак і похвы і абціранья іх сьпіртамі,



Мал. 27. Набор расшыральнікаў і сгара.

похвавай частка маціцы адкрываецца люстэркам і захопліваецца кулевымі абцугамі. Прыцягваючы яе ўперад да ўваходу ў похву і зрабіўшы даступнай для зроку, змазваюць яе ёдам, а цэрвікальны канал выціраецца стэрыльнай ватай, наверхчай на плейфэраўскі зонд. Потым мартынаўскім зондам вызначаюць кірунак і ступень праходнасьці каналу. У адпаведнасьці з гэтым корнцангам захопліваецца лямінарыя пэўнай таўшчыні, змазваецца раствором лізоформу і асьцярожна ўводзіцца ў канал датуль, накуль невялікая частка палачкі застаецца тырчаць са знадворнага зёву. Лямінарыя пакідаецца ў канале на 12—24 гадзіны, пасля чэго яе за нітку выцягваюць. Трэба заўважыць, што выдаленьне на-  
 бракшай палачкі з каналу зьвязана ча-  
 самі з вялікімі цяжкасьцямі (мал. 28).



Мал. 28. Палачка Лямінарыя. а) Да ўвядзеньня; в) пасля 12-гадзін ляжанья ў шыйцы маціцы.

Расшырэньне палачкай лямінарыя адбываецца павольна, з прычыны чаго яно і праходзіць амаль бяз болю, у той час як расшырэньне гегарамі, якое адбываецца хутка, на працягу некалькіх мінут, суправаджаецца моцным болем і таму часамі патрабуе ўжываньня наркозу.

Бываюць выпадкі, калі шыйку маціцы прыходзіцца расшыраць крывавым шляхам, а іменна, пры дапамозе надрэзаў.

Некаторыя рэкамендуюць расшыраць шыйку маціцы з дапамогаю вузкай палоскі ёдаформеннай марлі. Але гэтым спосабам можна карыстацца толькі ў часе цяжарнасьці, прычым ён часта не дасягае мэты, і апрача таго, увядзеньне марлі магчыма толькі пры часткова раскрытым канале шыйкі.

З усіх паданых спосабаў расшырэньня самы распаўсюджаны— расшырэньне пры дапамозе гегарыўскіх дылятатараў, бо гэтым шляхам расшырэньне адбываецца хутка, наступная за ім операцыя праводзіцца ў адзін сэанс і яно звязана з мінімальнай рызыкай у сэнсе занясення інфэкцыі.

**5. Пробнае выскабленьне.** Калі анамнез і клінічныя даныя выклікаюць западазрэнне ў злоякасным захворваньні сьлізевай абалонкі маціцы, то робяць пробнае выскабленьне, каб атрымаць матэрыял для мікроскопічнага дасьледваньня тканак. Неабходна выскабліць дастатковую колькасьць кавалачкаў, прытым з розных месц мацічнай поласьці. Усё саскобленае прамываецца ў вадзе, ачышчаецца ад згусткаў крыві і зьмяшчаецца ў слоік з растворам формаліну ці сьпірту.

Падрыхтоўка хворай да операцыі і тэхніка сэмой операцыі апісаны ніжэй, у разьдзеле аб операцыйных умяшаньнях.

**6. Высяканьне (эксызія) кавалачкаў для мікроскопічнага дасьледваньня.** Эксызія робіцца ў тых выпадках, калі на шыйцы маціцы ёсьць падазроная эрозія або калі ў похве зьяўляецца новаўтварэньне, выклікаючае сумненьне адносна яго добракаснасьці. Яна заключаецца ў вырэзваньні клінападобнага кавалка, у які павінна ўвайсьці і здаровая тканка. Выразаны кавалак зьмяшчаецца ў слоік з растворам формаліну.

**7. Пробная пункцыя.** Яна робіцца праз похву ў заднім зводзе з тэй мэтай, каб паставіць дыфэрэнцыяльны дыягноз паміж крывязьліцьцем і эксудатам і для высвятленьня характару эксудату. Для пробнай пункцыі карыстаюцца пяціграмавым

шпрыцам Праваца. Ёголка ўколваецца ў найбольш выпнутае месца і ўводзіцца на глыбіню каля 3 см, пасля чаго поршань выцягваецца. Атрыманая пры праколе вадкасьць (кроў або гной ці сэрозная вадкасьць) вырашае ўсе сумненні наконт характару захворваньня.

8. Дасьледваньне выдзяленьняў. Дасьледваньне выдзяленьняў робіцца ў тым выпадку, калі яны на сваім выглядзе і па сымптомах, якія іх суправаджаюць, выклікаюць падазронасьць на гоноройную інфэкцыю. Для дасьледваньня бяруць мазкі са знадворнай адтуліны мачавыпускальнага каналу, з ніжняй і верхняй трэці похвы і з цэрвікальнага каналу, прычым не рэкомэндуецца папярэдняя прамыўка гэтых месцаў якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам. Мазкі бяруцца пры дапамозе плятывавай пятаі, з якой сакрэт размазваецца на спецыяльныя прадметныя шкелкі.

9. Цыстоскопія. Апрача аналізу мачы, які неабходна зрабіць пры ўсякім расстройстве мачааддзяленьня, прыходзіцца часамі зьвяртацца да цыстоскопіі, г. зн. агляду ўнутраной паверхні і поласьці мачавога пузыра пры дапамозе спецыяльнага прыбору—цыстоскопа. Гэты мэтад дасьледваньня ўжываецца для вызначэньня пухліны пузыра, пузырна-похвавых сьвішчоў, мачавых камянёў, іншародных цел і да т. п.

10. Дасьледваньне крыві. Ужываюцца яны ў гінеколёгіі як і ў іншых мэдычных галінах для распазнаваньня ўспаляльных процэсаў і інфэкцыйных захворваньняў. Асабліва шырока ўжываецца зарэз рэакцыя скорасьці асяданьня эрытроцытаў. Нормальнай скорасьцю асяданьня лічыцца час ад 3 да 6 гадзін, для цяжарнасьці—ад 1 да 3 гадзін, а для інфэкцыйных успаляльных захворваньняў—ад 10 мінут да 1 гадзіны.

Дасьледваньне крыві робіцца ў тых выпадках, калі ў дзяўчат або ў жанчын, звычайна надта маладых, зьяўляюцца моцныя і працяглыя мацічныя крывячэньні, якія не паддаюцца ніякаму лячэньню і якія часта суправаджаюцца крывячэньнем з носу і іншых сьлізавых абалонак, а таксама падскурнымі крывязьліцьцямі. У такіх выпадках аналіз крыві выяўляе значнае зьмяншэньне белых крывяных цельцаў (лейкоцытаў), што сьведчыць аб вельмі сур'ёзным захворваньні крыві—аб так званай хваробе Вэрльгофа.



У адносінах да паказаных у гэтым разьдзеле пунктаў ад акушэркі патрабуецца, каб яна ўмела зьбіраць анамнэз, выяўляць асноўную скаргу хвораў, навучылася камбінаванаму дасьледваньню, магла-б больш-менш орыентавацца ў выніках дасьледваньня, правільна і бязбольна ўводзіць рознага роду люстэркі і на падставе анамнэстычных і аб'ектыўных даных сваячасова накіроўвала хворых для дасьледваньня больш складанымі, ёй недаступнымі, мэтадамі (пробнае выскабленьне, пункцыя і да т. п.).

---

## РАЗЪДЗЕЛ ТРЭЦІ

### СЫМПТОМАТОЛЁГІЯ ЖАНОЧЫХ ХВАРОБ

Жанчыны зьвяртаюцца за гінэколёгічнай дапамогай пры зьяўленьні наступных сымптомаў: на першым месцы стаяць болі ў жываце, паясьніцы і крыжы; далей па частасьці ідуць белі, расстройствы мэнструацыі, мацічныя крывяцяненьні, якія ня зьвязаны з мэнструацыяй, балючыя рэгулы і бясплоднасьць. Затым ужо ідуць скаргі на расстройства мачавыпусканьня, сьверб у знадворных палавых частках і інш. Да ўсіх гэтых скаргаў часта далучаюцца сымптомы з боку агульнага стану арганізму.

#### І. БОЛІ

Нішто так не прымушае хворага чалавека зьвяртацца за мэдычнай дапамогай, як болі. Зусім натуральна, што жанчына, адчуваючы болі ўнізе жывата, у пахвінах, у паясьніцы і ў крыжы, зьвяртаецца да гінэколёга або акушэркі. Болі, як вышэй было сказана, хворыя характарызуюць, як ныючыя, цягнучыя, колкападобныя, рэжучыя, схваткападобныя, страляючыя ў ніжнія канцавіны і сьпіну і т. д.

Болі ў жанчыны могуць быць выкліканы самымі рознастайнымі захворваньнямі палавай сфэры. Болі ў сярэдзіне ніжняй часткі жывата звычайна бываюць пры ўспаляльных процэсах маціцы (мэтрытах і эндомэтрытах) і брушнага яе пакрыцьця (пэрымэтрытах), болі ў пахвінах—пры ўспаленьні прыдаткаў маціцы (сальпінго-оофорытах); болі ў паясьніцы і крыжы—пры няправільным палажэньні маціцы (рэтровэрзія, рэтрофлексія, апусканьне і выпаданьне маціцы), пры заднім парамэтрыце і пэрымэтрыце, якія вядуць да ўспаленьня і пакарачэньня крывямацічных зьвязак, пры крывязьліцьцях у заднюю Дуглясаву прастору, пры новаўтварэньнях, злучаных з кішочнікамі і да т. п.

Болі ў крыжы часта выклікаюцца ненормальным полавым жыцьцём (coitus interruptus); часта болі бываюць у клімактычным пэрыодзе.

Праўда, жанчына часта шукае дапамогі ў гінеколёга наваті тады, калі болі сконцэнтраваны ў вышэйляжачых вобласьцях жывата: у падлыжачнай вобласьці, у падраброў'і, у вобласьці печані, нырак і т. д. Яна ўсякі боль у жываце, дзе-б ён не адчуваўся, схільна прыпісваць захворваньням палавай сфэры. Між тым нават болі ў сьпіне, паясьніцы і крыжы не заўсёды зьвязаны з хваробамі палавых органаў. Часта прычыну гэтых боляў трэба шукаць у хваробах хрыбетніка, у падагры, рэўматызьме, люмбаго, у нырковых камянях, у блукаючай нырцы, у энтэроптозе (апушчэньне ўнутранасьцяй жывата), у грыжах, у поліпах прамой кішкі, у запорах і т. д. Вельмі часта болі ў крыжы зьяўляюцца адным з симптомаў функцыянальнага расстройтва нэрвовай сыстэмы— нэўрастэніі і гістэрыі і расстройтва ўнутранай сакрэцыі. Калі некаторыя захворваньні палавага апарату, як хронічныя ўспаленыя труб і яечыкаў, вядуць у выніку да расстройтва нэрваў, то бывае і адваротнае: жанчыны скардзяцца на боль унізе жывата і ў крыжы ў той час, калі ў палавых органах няма ніякіх зьмен, або ёсьць вельмі нязначныя зьмяненні. І калі такіх жанчын больш падрабязна распытаць, то выявіцца, што яны накутуюць і на галаўны боль і на галавакружэньні, што ў іх адсутнасьць апэтыту, дрэннае страваваньне, дрэнны сон, слабасьць, апатыя, бывае боль у розных частках цела і т. д.—адным словам, яны маюць такі комплекс зьяў, які характарызуе нэўрастэнічак. Дыягноз „нэўрастэнія“ або „гістэрыя“ будзе яшчэ больш выразным, калі мы даведаемся ад хворай, што яна са сваімі шматлікімі скаргамі абходзіла розных урачоў, мае цэлую вязку рэцэптаў і нават перанесла апэрацыю, але бяз усякіх вынікаў.

## II. БЕЛІ

Другі часты симптом, на які ўказвае хворая жанчына—гэта выдзяленьні з палавых органаў—так званыя белі. Яны бываюць сьлізавыя, сэрозна-сьлізавыя, сьлізаво-гнойныя і гнойныя. Па колеры яны бываюць вадзяністыя і шклавідныя, малочнага колеру або тварожыстыя і жоўтыя ці зялёныя, часам з дамешкаю крыеі.

Шклавідныя або сьлізавыя белі часта сустракаюцца ў жанчын і нават у дзяўчыц, не становячы сабой нічога патолёгічнага. Яны бываюць пераважна ў асоб малакроўных або ў асоб з упэ-

кам жыўленьня. Такого роду белі назіраюцца яшчэ ў жанчын, у якіх часта бываюць запоры.

Але часьцей за ўсё белі зьяўляюцца вынікам успаляльных процэсаў палавага апарату, якія выклікаюцца пераважна бактэрыямі, радзей—мэханічнымі або хімічнымі раздражненьнямі. Такія белі бываюць з дамешкаю гною або чыста гнойныя, разьядаюць навакольныя часткі, выклікаюць сьвярбеньне і пакідаюць на бялізньне жоўтыя або зялёныя плямы. Такія белі ў жанчыны могуць быць вынікам бруднага ўтрыманьня знадворных палавых органаў, доўгага знаходжаньня ў похве іншародных цел (мзцічныя колцы, папераджальны каўпачок і т. д.), ад палавых зносін ў часе мэнструацыі, мастурбацыі (організму) і т. д. Але галоўную ролю ў этыолёгіі ўспаляльных процэсаў палавага апарату і, значыцца, ва ўзьнікненьні беляй адыгрывае трыпэр (гонорэя). Гэта захворваньне, якое дае сур'ёзныя вынікі, будзе апісана ніжэй. Белі клейкія, едкія, часамі з дамешкаю крыві, сустракаюцца ў старых жанчын.

Белі са смуродным пахам, якія маюць сукравічны характар, бываюць пры злоякасных новаўтвареньнях маціцы (пры раку і саркоме).

Нярэдка белі назіраюцца і ў дзяўчынак. Яны бываюць на глебе малакроўя, залатухі і рахіту, але таксама і ад заражэньня гонорэяй маткаю, нянькай або іншай жанчынай пры карыстаньні адною і тою-ж бялізнаю і адным ложкам.

### III. РАССТРОЙСТВА МЭНСТРУАЦЫЙ

Мы ўжо ведаем, што нормальнымі мэнструацыямі лічацца такія, якія зьяўляюцца рэгулярна кожныя 3—4 тыдні, прадаўжаюцца 3—5 дзён у мернай колькасці і бяз боляй у жываце. Але калі мэнструацыі бываюць балючымі (дысмэнорэя), або калі яны адсутнічаюць ці рэдка зьяўляюцца (амэнорэя), або, наадварот, вельмі збыткоўныя (мэнорагія), то такія адхіленьні ад нормы ўказваюць на якое-небудзь захворваньне палавага апарату, або на згульнае расстройство організму.

1. Дысмэнорэя. У многіх жанчын, а яшчэ часьцей у маладых дзяўчат мэнструацыі суправаджаюцца вострымі болямі ў жываце, паясьніцы і крыжы. Гэтыя болі зьяўляюцца часамі за некалькі дзён да наступленьня мэнструацыі або ў першыя дні мэнструацыі, рэдка к канцу іх. Болі часамі бываюць настолькі болюныя, што выклікаюць нудзеньне, ваніты, сударгі і дз т. п.

і робяць жанчыну ў гэтыя дні непрацаздольнай, прымушаючы легчы ў ложка.

Дысмэнорэя бывае мэханічная, успаляльная і нэрвовая.

Мэханічная дысмэнорэя выклікаецца няправільным палажэньнем маціцы (рэтрофлексіяй і патолѳічнай анэфлексіяй), прыроджаным або набытым звужэньнем унутранага зѳу шыікі або закрыцьцѳем яго поліпамі і пухлінамі. Ва ўсіх гэтых выпадках звужэньне зѳу або перагіб маціцы перашкаджае свабоднаму выцяканьню мэнструальнай крыві і такім чынам выдзяляеьне крыві суправаджаецца болямі.

Успаляльная дысмэнорэя назіраецца пры ўспаленьні прыдаткаў маціцы, пры разрастаньні сьлізэвай абалонкі маціцы.

Нэрвовая дысмэнорэя характарызуецца адсутнасьцю якіх-небудзь анатомічных зьмен і ўспаляльных процэсаў у палавай сфэры і сустракаецца ў жанчын і асабліва ў маладых дзяўчын з павышанай чуйлівасьцю нэрвовай сыстэмы і з праявамі хлѳрозу, анэміі, гістэрыі і т. д. Вядомую ролю адыгрывае таксама і констытуцыя (астэнія).

2. Амэнорэя. Амэнорэя, г. зн. адсутнасьць мэнструацый у жанчыны, якая раней рэгулярна мэнструіравала, бывае як фізыолѳічная зьява, у часе цяжарнасьці, у часе кармленьня грудзьмі (лектацыйная амэнорэя) і ў клімактэрычным пэрыядзе. У апошнім выпадку рэгулы ў пачатку гэтага пэрыяду зьяўляюцца са спазьненьнямі і нават з перапынкамі на некалькі месяцаў, а потым і зусім спыняюцца.

Часовая адсутнасьць рэгул назіраецца яшчэ ў жанчын пад уплывам зьмены клімату, пры выкананьні цяжкай фізычнай работы, як гэта бывае ў многіх сялянках у часе летніх палявых работ, пры дрэнным харчаваньні, як гэта назіралася ў часе імперыялістычнай і грамадзянскай вайны. Псыхічныя моманты, як спалох і моцныя нэрвовыя ўзрушэньні, што бывала ў часе пагромаў і бандытызму, таксама выклікаюць амэнорэю. Западта старнае выскабленьне сьлізьніцы маціцы таксама можа выклікаць спыненьне мэнструацый аж да яе рэгенэрацыі.

Адсутнасьць мэнструацый на працягу многіх год і нават поўнае іх спыненьне бывае пры агульных захворваньнях арганізму і пры зьявіяючых хваробах: пры рэзкім малакроўі, актыўных формах тубэркулѳу, цяжкіх пароках сэрца, цяжкім нэфрыце, дыябэце, Базэдавай хваробе, празьмерным атлусьцеьні, эпілепсіі і псыхічных захворваньнях. Часта прычынай амэнорэі

бывають перанесеныя вострыя інфекцыйныя хваробы, як тиф, халера, дизэнтэрыя, воспа і інш.

Ва ўсіх пералічаных выпадках амэнорэі як фізіялёгічнай, так і патолёгічнай, констатуецца атрофія маціцы, як вынік зніжанай дзейнасці яечнікаў.

Поўная адсутнасць менструацый бывае ў наступных выпадках: пры прыроджаным недаразьвіцці маціцы і яечнікаў, пры пухлінах і ўспаляльных процэсах з паражэньнем усяго фолікулярнага апарату яечнікаў і пасля выдаленьня маціцы або яечнікаў шляхам апэрацыі (кастрацыя).

Бываюць выпадкі, калі процэсы овуляцыі і менструацыі адбываюцца правільна, г. зн. штомесячна ў яечніку даспявае яйцо, а са сьлізьніцы маціцы выдзяляецца кроў, але гэтая менструальная кроў, дзякуючы прыроджанаму або набытаму зарастаньню дзявочай плявы, похвы, або шыйкі маціцы, не знаходзіць сабе выхаду і не выдзяляецца вонкі, а зьбіраецца ў похве або ў маціцы (больш падрабязна аб гэтым у аддзеле аб пароках разьвіцця). Тут, значыцца, мы маем уяўную амэнорэю.

3. Мэнорагія. Мы ўжо ведаем, што нормальным тыпам менструацый лічыцца той, пры якім кроў зьяўляецца рэгулярна праз кожныя 3—4 тыдні, і выдзяляецца ў нязначнай колькасці на працягу 3—5 дзён. Але калі менструацыі зьяўляюцца праз больш кароткія тэрміны (кожныя 2—3 тыдні), бываюць больш працяглымі (5—8 дзён) і кроў выдзяляецца ў вялікай колькасці і згусткамі, так што жанчына пасля іх адчувае слабасць, то такія менструацыі зьяўляюцца патолёгічнымі і носяць назву „мэнорагія“.

Прычыну мэнорагіі, як і пры амэнорэі, трэба шукаць або ў мясцовым захворваньні палавай сфэры, або ў агульных захворваньнях арганізму.

Да мясцовых захворваньняў належаць: успаляльныя процэсы маціцы і яе прыдаткаў, асабліва гонаройнага паходжаньня, няправільнае палажэньне маціцы, новаўтварэньні маціцы і асабліва падсьлізьнічныя міомы. Нормальны тып рэгул набывае часта патолёгічную форму пасля абарту. Мэнорагія часта назіраецца пры надыходзе клімактэрычнага пэрыоду, што пераважна знаходзіцца ў сувязі са зьменамі судзін маціцы—артэрыёсклерозам.

З агульных захворваньняў арганізму мэнорагію выклікаюць перш-на-перш тыя, пры якіх бывае ненормальны састаў

кыві, а іменна: анэмія, хлёроз, хвароба Вэрльгофа, геморагічная пурпура і інш. Часта геморагія назіраецца пры хваробах сэрца, нырак, пры ўпорных хронічных запорах. Бывае яна таксама ў жанчын, якія прымушаны працаваць седзячы.

4. Мэтрорагія—гэта тыя маічныя крывяцячэньні, якія ў адрозьненьне ад мэнорагіі, не знаходзяцца ні ў якой залежнасьці ад овуляцыі, а таму не зьяўляюцца пэрыодычна, г. зн. у пэўныя прамежкі часу, а, зьяўляючыся ў большай або меншай колькасьці, цягнуцца некалькі тыдняў і больш і перапыняюцца няроўнамернымі паўзамі.

Такія крывяцячэньні бываюць, па-першае, у часе цяжарнасьці пры пачатку выкідка, калі плоднае яйца пачынае аддзяляцца ад сьценкі маіцы, і ў вялікай колькасьці—пры выхадзе яйца з маіцы. Гэтыя крывяцячэньні могуць быць вельмі працяглымі пры няпоўным выкідку, г. зн. калі ў поласьці маіцы засталіся частачкі плоднага яйца. Крывяцячэньне ў больш познія тэрміны цяжарнасьці павінна выклікаць падазрэньне на перадляжаньне дзіцячага месца, што зьяўляецца небяспечным аскладненьнем для цяжарнай. Нязначныя крывяцячэньні ў выглядзе выдзяленьняў крыві цёмна-карычневага колеру, падобнай да кававай гушчы (калі, як зворыя кажуць у такіх выпадках, „мажацца“), якія зьяўляюцца пасля затрыманьня рэгул на невялікі тэрмін, і пры гэтым суправаджаюцца моцнымі болямі ў жываце, павінны навесці на думку аб пазамаічнай цяжарнасьці.

Крывяцячэньні, па-другое, бываюць у пасляродавым пэрыодзе, калі ў поласьці маіцы затрымаліся рэшткі плянцэнта, або пры дрэнным скарачэньні маіцы. Чамусьці сярод някультурных слаёў насельніцтва, асабліва ў вёсцы, існуе думка, што выдзяленьне крыві пасля родаў павінна адбывацца на працягу шасьці тыдняў. З гэтым недарэчным поглядам акушэрка павінна змагацца, бо пры нормальным праходжаньні пасляродавага пэрыоду крывяністыя выдзяленьні павінны спыніцца на 4—6 дзень пасля родаў.

Мэтрорагія, па-трэцяе, назіраецца пры добракасных і злаякасных пухлінах маіцы. З добракасных пухлін збыткоўныя і працяглыя крывяцячэньні даюць падсьлізьнічныя міомы і міоматозныя поліпы, якія растуць у поласьці маіцы. Сьлізязыя поліпы, якія выходзяць з шыйкі маіцы, звычайна таксама выдзяляюць кроў.

Пры злоякасных новаўтварэннях, часцей усяго пры раку маціцы, крывяністыя выдзяленьні бываюць нязначныя. Зьмешваючыся са смуроднымі белямі, яны набываюць выгляд мясных памыў.

Па-чацьвертае, мэтрорагіі назіраюцца пры ўспаляльным стане сьлізевай абалонкі маціцы (эндомэтрыцы) і ўспаленьні прыдаткаў маціцы, г. зн. труб і яечнікаў (сальпінго-оофорыце). У гэтых выпадках пасля нормальных месячных зноў зьяўляецца выдзяленьне крыві, часамі ў значнай колькасці.

Па-пятая, да мэтрорагіі адносяцца так званыя пасля клімактерныя крывячэньні, г. зн. тыя выпадкі, калі ўжо пасля надыходу клімактерыя, праз вялікі прамежак часу, часамі праз некалькі год, калі дзейнасьць яечнікаў даўно ўжо спынілася, зноў пачынае выдзяляцца кроў з полавых шляхоў. На такую зьяву трэба звярнуць асаблівую ўвагу, бо яна сыгналізуе аб магчымасьці наяўнасьці раку маціцы.

Лячэньне ўсіх вышэйазначаных сымптомаў, як болі, белі і расстройствы мэнструацыі, знаходзіцца ў залежнасьці ад асноўнай хваробы, якая выклікае той або іншы сымптом.

#### IV. ВАГІНІЗМ

Вагінізмам называецца такая патолёгічная зьява, пры якой самае нязначнае дакрананьне да дзявочай плявы выклікае сударгавае балючае скарачэньне цягліцы, якая сьціскае ўваход у похву. Пры такім стане немагчымы ня толькі полавыя зносіны, але і ўсякія спробы гінеколёгічнага дасьледваньня. Часамі адно набліжэньне дасьледуючых пальцаў наводзіць на жанчыну жах і выклікае крыкі.

Гэтая павышаная чуйлівасьць дзявочай плявы выклікаецца рознымі прычынамі. Яна можа быць вынікам грубых і няўдалых спроб полавых зносін. У іншых выпадках вагінізм абумоўліваецца якім-небудзь мясцовым процэсам у выглядзе ранак, трэшчын і ўспаленьняў сьлізевай абалонкі ўваходу ў похву. Часта вагінізм узнікае на глебе псыхастэніі і таму назіраецца ў нэрвовых і гістэрычных жанчын.

Лячэньне вагінізму ў залежнасьці ад прычын бывае рознае. Часамі адно ўнушэньне дзейнічае на хворую супакойліва, калі зыходным пунктам боляй і боязьні полавых зносін зьяўляецца нэрвовая сыстэма. Дапаможным сродкам зьяўляецца ўзмацняючае лячэньне і бромістыя прэпараты. Пры наяўнасьці трэшчын і ранак неабходны прыпальваньні. Пры непадатнасьці гімэна ў лёгкіх



выпадках дастаткова сыстэматычнага расшырэньня на працягу двух тыдняў трубчастымі люстэркамі ўзрастаючай таўшчыні. У больш цяжкіх выпадках ужываецца насільственнае расьцягненьне ўваходу ў похву пад наркозам або колцападобнае высячэньне дзявочай плявы з наступным зашываньнем краёў раны.

## V. СЪВЕРБЪ У ЗНАДВОРНЫХ ПОЛАВЫХ ЧАСТКАХ (Pruritus vulvae)

Гэты симптом часамі бывае настолькі нясьцерпным і цяготным, што часта пазбаўляе жанчыну сну.

Прычыны сьвербу наступныя:

1. Паразіты полавых органаў. Да іх адносяцца плошчыца і глісты-острыцы.

*Плошчыца* (Pediculi pubis)—гэта паразіты, якія сядзяць у валасах лабка. Яны мала рухавыя і з цяжкасьцю здымаюцца з валасоў. Прысутнасьць іх выяўляецца дзякуючы ўтварэньню на скуры дробных цёмна-карычневых плям. Заражэньне імі адбываецца пры полавых зносінах, а таксама праз пасьцельную бялізну. Калі ня прымаць мер да іх зьнішчэньня, то яны пазногцямі пераносяцца на іншыя валасістыя часткі цела, асабліва ў падпахавыя яміны, на бровы, на расьніцы і нават часамі ў валасы галавы.

Профіляктыка зьяўленьня плошчыц магчыма толькі тады, калі вядома іх наяўнасьць у аднаго з індывідумаў, якія знаходзяцца ў полавай сувязі. Зразумела, што да поўнага вылячэньня павінна быць спынена гэтая сувязь і карыстаньне адной пасьцельлю. Каб плошчыцы не пераносіліся на іншыя валасістыя часткі цела, неабходна часта мыць рукі і ўнікаць дакрананьня рукамі да гэтых частак.

Лячэньне: коратка абстрыгчы валасы лабка і ўціраць шэрую або белую ртутную мазь або абмываць лабок растворам (1 : 1000) сулемы. Праз тры дні прыняць ванну або памыцца ў бані і зьмяніць нацельную і пасьцельную бялізну.

*Астрыцы* (Oxuris)—гэта паразіты, якія жывуць у тоўстых кішках, куды яны трапляюць разам з ежаю. З задняга праходу яны трапляюць на знадворныя полавыя часткі і ў похву. Апрача сьвербу яны могуць яшчэ выклікаць раздражэньне і ўспаленьне знадворных полавых органаў. Часьцей за ўсё сустракаюцца яны ў дзяцей.

Профіляктыка павінна заключацца ў чыстаце і акуратным утрыманьні полавых частак, а таксама ва ўжываньні харчовых produkтаў, папярэдне ачышчаных або перавараных.

Лячэньне павінна заключацца ў прапісваньні глістагонных сродкаў і адначасова ў частых абмываньнях знадворных полавых частак і похлавых спрынцаваньнях дэзынфэктуючымі растворамі. У дзяцей можна часта абмежавацца клізмай з вады тэмпературы пакою з часнаком. Палавіну цыбуліны часнаку раздрабняюць нажом і настойваюць у дзьвёх шклянках вады на працягу дзьвёх гадзін.

2. Гнойныя, едкія белі, асабліва гоноройнага паходжаньня. Выклікаемы імі сьверб зьнішчаецца похлавымі спрынцаваньнямі, якія ўжываюцца пры лячэньні гонорэі.

3. Цукровая хвароба (дыябэт). Пры вялікай колькасьці цукру ў мачы ён можа пачаць брузаваць, і калі такая мача трапляе на знадворныя полавые часткі, то яна выклікае раздражненьне гэтых частак і надта моцны сьверб, які можа прывесць да расчэсаў і экзэмы. Некаторыя аўтары думалі, што цыркулюючы ў крыві цукар, дзейнічаючы на нэрвовую сыстэму, выклікае сьверб у полавых частках падобна да таго, як ён раздражняе скуру, і ў іншых частках цела. Таму, пры адсутнасьці іншых прычын зьяўленьня сьвербу, неабходна дасьледваць мачу на прадмет знаходжаньня ў ёй цукру. Лячэньне зводзіцца да адхіленьня асноўнай хваробы.

4. Сьверб яшчэ бывае ў жанчын у клімактычным пэрыодзе і ў старым узросьце. Тлумачаць гэты сымптом зморшчваньнем і атрофіяй тканак знадворных полавых частак (Craurosis Vulvae).

У гэтых выпадках сьверб доўга не паддаецца лячэньню рознымі фармацэўтычнымі сродкамі, як уціраньне 4% карболазага масла і розных мазяй, прыпальваньне 10% растворам ляпісу і да т. п. Ва ўпорных выпадках з посьпехам ужываецца рэнтгенізацыя знадворных полавых органаў.

## VI. РАССТРОЙСТЫ МАЧАВЫПУСКАНЬНЯ

Блізкае суседства полавых органаў жанчыны з мачавыпускарным каналам і мачавым пузыром садзейнічае таму, што гінэколёгічныя захворваньні выклікаюць розныя расстройства мачавыпусканьня, а іменна: частыя позывы на мачу, болі, пякучасьць і рэзь у пачатку або ў канцы мачавыпусканьня, нятрыманьне

і адвольнае выцяканьне мачы з похвы і, урэшце, затрыманьне мачы.

Частыя позывы на мачу бываюць пры апусканьні і выпаданьні пярэдняй сьценкі похвы, за якой ідзе і пузыр (Cystocele), а таксама пры пухлінах маціцы, якія націскаюць на пузыр.

Болі, п'якучасьць і рэзь у пачатку акту мачавыпусканьня, якія суправаджаюцца частымі позывамі, сьведчаць аб успаленьні мачавыпускарнага каналу (урэтрыт); тыя-ж зьявы ў канцы мачавыпусканьня бываюць пры ўспаленьні мачавога пузыра (цыстыт). У гэтых выпадках аналіз мачы выяўляе вялікую колькасьць лейкоцытаў (гноі), а часамі і эрытрацытаў (кроў). Урэтрыт і цыстыт часьцей за ўсё бываюць на глебе заражэньня гонорэяй. Часта жанчыны скардзяцца на п'ятрыманьне мачы пры розных напружаньнях цела: пры кашлі, чыханьні, нагінаньні, надужваньні, і да т. п. Гэтая зьява звычайна назіраецца пры аслабленьні сфінктэра мачавога пузыра нэрвовага паходжаньня.

Больш сур'ёзнае расстройтва мачавыпусканьня, якое робіць жанчыну непрацаздольнай, гаворыць аб наяўнасьці мачаполавага сьвішча, г. зн. на маючыся зносіны паміж урэтрай або пузыром з похвай. У гэтым выпадку мача бесьперапынна і адвольна выцякае праз похву. Гэта хвароба надзвычайна цяжкая для хвора і яе акружаючых.

Затрыманьне мачы наглядаецца пры ўшчымленьні павялічанай і перагнутае к задку маціцы. Часьцей за ўсё гэта бывае пры ўшчымленьні цяжарнай на трэцім месяцы рэтрафлектыванай маціцы. У гэтых выпадках апаражненьне пузыра магчыма толькі з дапамогаю катэтэра. Да катэтэра прыходзіцца часамі зварачацца пры ўшчымленьні маціцы рознымі пухлінамі, якія знаходзяцца ў малым тазе.

Розныя расстройства мачавыпусканьня назіраюцца яшчэ пры гінэколёгічных захворваньнях, якія пашыраюцца з палавых органаў на мачавы пузыр. Так, напрыклад, успаленьне тазавай брушны ўцягвае ў гэты процэс брушную, пакрываючую мачавы пузыр і акружаючую яго клеткавіну і такім чынам жанчына адчувае болі пры напуьненьні мачавога пузыра і пры мачавыпусканьні. Аб лячэньні ўсіх гэтых відаў расстройства мачавыпусканьня гаворыцца ніжэй і ў адпаведных аддзелах.

Каб лячыць хваробу, трэба ведаць прычыну яе (этыолёгію). З адхіленьнем прычыны вылечваецца і хвароба. Але прычыны многіх захворваньняў нам яшчэ невядомы, або часта здараецца, што пры першым аглядзе і дасьледваньні хворай не заўсёды магчыма ўстанавіць дыягноз хваробы—і вось у такіх выпадках прыходзіцца зварачацца да сымптоматычнага лячэньня, г. зн. прызначыць лячэньне супроць кожнага сымптому паасобку. Так робіць урач, а тым больш так прыходзіцца рабіць а акушэрцы. Да яе на раёне часьцей, чым да ўрача, зварачаюцца жанчыны з той або іншай скаргай, з указаньнем на адзін або некалькі вышэй указаных сымптомаў, і ёй прыходзіцца да ўстанаўленьня ўрачом дыягнозу хоць часова палегчыць пакуты хворай—і тады яна вымушана, незалежна ад прычыны, выклікаўшай той або іншы сымптом, прызначыць той або іншы сродак. Які іменна сродак прызначаецца пры тым або іншым сымптоме—указваецца ў наступным разьдзеле, а таксама ў розных мясцох гэтага падручніка.

---

## РАЗЪДЗЕЛ ЧАЦЬВЕРТЫ

### АГУЛЬНАЯ ТЭРАПІЯ ЖАНОЧЫХ ХВАРОБ

#### І. РЭЖЫМ ГІНЭКОЛЁГІЧНЫХ ХВОРЫХ

Кожны здаровы, нормальна функцыяніруючы орган мае патрэбу ў адпачынку—такое агульнае правіла гігіены; кожны хворы орган патрабуе спакою—такое агульнае правіла тэрапіі. Асабліва гэта датычыць органа, паражанага ўспаляльным процэсам, а таму такі орган павінен знаходзіцца ў поўным спакоі, г. зн. не павінен падлягаць якім-небудзь траўмам, змяшчэньням, страсеньням і ціску.

Гэтага важнага правіла трэба асабліва прытрымлівацца ў адносінах да гінеколёгічных хворых, бо большасьць жаночых хвароб бывае ўспаляльнага характару і пераважна на глебе гонорэі. У цяжкіх і, бязумоўна, вострых выпадках такія хворыя павінны сьцерагчыся розных страсеньняў, а таму ім неабходна забараніць язду на вэльсыпэдзе або конна, шыцьцё на ножнай машыне і да т. п. Часта нават ад неасьцярожнага ўнутранага дасьледваньня, пры моцным ціску на хворы орган, заціхлы ўспаляльны процэс можа абвастрыцца.

Шкодна адбіваецца на хворым органе тазавай вобласьці павышаны ўнутраны ціск, а таму такім хворым трэба сьцерагчыся падыманьня цяжараў, хаджэньня на лесьвіцы і да т. п.

На падставе гэтага жанчын, якія займаюцца цяжкай фізычнай работай, органы аховы працы для ўніканьня абвастрэньня наяўных у іх успаляльных процэсаў палавых органаў, часова, да вылячэньня, пераводзяць на больш лёгкую работу, пры якой хворы орган мог-бы знаходзіцца ў спакоі.

З прычыны таго, што ў часе мэструацый многія гінеколёгічныя захворваньні могуць абвастрыцца (узмацненьне боляй, большае выдзяленьне крыві), такія хворыя павінны ў мэструальным пэрыод трымаць сябе асьцярожна і ўнікаць узмоцненых рухаў.

Далей, гінэколёгічныя хворыя павінны сачыць за правільным функцыянаваннем кішочніку. Калавыя масы выклікаюць змяшчэнне і раздражненне хворых органаў. Таму пры запорах трэба рэгулярна апаражняць кішочнік. Дасягнуць гэтага магчыма часткова шляхам ужывання ў ежу сыраквашы, чорнага хлеба, фруктаў і гародніны. Часамі добра ўплывае выпітая нашча шклянка халоднай вады. Ва ўпорных выпадках даводзіцца зварацца да клізм і лёгкіх развальняючых сродкаў (Баталінская вада, Cascara, гемароїдальны і Боткінскі парашок). Моцна дзейнічаючых развальняючых трэба ўнікаць.

Урэшце, кажучы аб рэжыме гінэколёгічных хворых, трэба асабліва падкрэсліць і цвёрда памятаць, што хворым з успаляльнымі процэсамі ў тазе павінны быць бязумоўна забаронены полавыя зносіны, бо яны выклікаюць прыліў крыві да полавых органаў. Спрыяльнае дзеянне курортнага лячэння можна ў некаторай ступені прыпісаць вымушанаму полаваму ўстрыманню.

## II. КОНСЕРВАТЫЎНЫЯ МЭТОДЫ ЛЯЧЭННЯ

1. Спецыяльна-гінэколёгічныя методы лячэння. *Спрынцаванні*. З консерватыўных методаў лячэння самы пашыраны—гэта похавыя спрынцаванні. Яны ўжываюцца для прамывання і ачышчэння похвы і галоўным чынам для ўздзеяння растэоранымі ў вадзе лекавымі матэрыямі на сьлізевую абалонку похвы і на похавую частку маціцы.

Спрынцаванні робяцца ўсім вядомаю кружкаю Эсмарха, Угумовую трубку якой удзяецца так званы мацічны наканцоўнікі. Наканцоўнікі бываюць шклянныя і гутаперчавыя з некалькімі невялікімі адтулінамі або з адной больш шырокай. Са шклянных лепш ужываць наканцоўнік з адною адтулінаю, бо шклянныя наканцоўнікі з некалькімі адтулінамі вельмі ломяцца і дрэнна чысьцяцца.

Раней чым распачаць спрынцаванне, трэба добра вымыць кружку і угумовую трубку, прагатаваць наканцоўнік і злучыць яго з трубкай. Потым уліваюць у кружку нарыхтаваны для спрынцавання раствор той тэмпературы, якая была прадпісана ўрачом. Напоўненую кружку вешаюць на сьцену на вішыні і над месцам ляжання хвора. Гэта месца (ложак або канапа) засьцілаецца цыратай. Пад таз жанчыны падстаўляюць падклад-

ное судно. Пры адсугнасьці судна хвора я кладзецца ўпоперак ложка або канапы і ссунуўшыся на самы бераг, ставіць ногі на дзьве адсунутыя адна ад адной табурэткі або два крэсла, паміж якімі на падлогу ставіцца вядро. Па падкладзенай пад таз хвора я цыраце вада сьцякае ў падстаўленае вядро.

Перад тым, як увесці наканцоўнік, выпускаюць з трубка і паветра і астыўшую ў ёй ваду, потым выпускаюць яшчэ некаторую колькасць вадкасьці і абмываюць уваход у похву, і затым ужо ўводзяць наканцоўнік. Заўважыўшы па ўзроўні вады ў кружцы, што яе ўжо асталася мала, закрываюць крант або сьціскаюць трубку пальцамі, каб вада, што засталася на дне, а за ёю і паветра, ня трапілі ў похву.

Пасьля спрынцаваньня належыць ляжаць каля 15—20 мінут. Кружка пасьля кожнага спрынцаваньня пакрываецца чыстай сарвэткай, каб у яе ня трапіў пыл, час ад часу яна вымываецца, а наканцоўнік захоўваецца ў якім-небудзь антысэптычным раствору.

Некаторыя жанчыны карыстаюцца для спрынцаваньняў гумовымі балёнамі з касьцянымі наканцоўнікамі. Для гэтай мэты трэба лічыць іх няпрыдатнымі, бо іх нельга трымаць у чыстаце і зпрачатаго, пры карыстаньні імі немагчыма рэгуляваць сілу струменю і пры выцісканьні з іх вадкасьці адначасова ўдуваецца і паветра.

Колькасць патрэбнай для спрынцаваньня вады, тэмпература яе і род лякарства, раствараемага ў ёй, вызначаецца ўрачом. Звычайна спрынцаваньні прызначаюцца 2 разы ўдзень—раніцою і ўвечары па адной кружцы. У некаторых выпадках спрынцаваньні робяцца часцей або ўжываецца большая колькасць вады. Вялікае значэньне мае і тэмпература вады. Цёплыя спрынцаваньні ( $28^{\circ}$ — $32^{\circ}$ ) прызначаюцца для ачышчэньня похвы ад выдзяленьняў і для ўвядзеньня лекавых раствораў. Гарачыя спрынцаваньні ( $30^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ) ўжываюцца для спыненьня мацічных крывацязэньняў, бо такімі спрынцаваньнямі выклікаецца скарачэньне мускулатуры маціцы і сьцісканьне судзін.

З лекавых сродкаў найбольш пашыраны наступныя: сулема, лізоформ, лізоль, марганцава-кіслы калій, малочная кіслата, квасцы, тавін, хлёрысты цынк, дрэўны воцат, сода і інш. (гл. рэцэптурныя формулы ў „Дадатках“).

*Лекавыя клізмы.* Яны бываюць двух тыпаў: гарачыя і лякарсьцэвныя. Гарачыя клізмы ўжываюцца пры хронічных успаляльных процэсах органаў малога таза, гэтаўчым

чынам клеткавіны і брушыны, прылягаючых да прамой кішкі; яны дзейнічаюць тэмпературай вады на інфільтраты рассасваючым чынам. Робяцца яны, як і спрынцаваньні, такою-ж эсмархаўскай кружкай, але з больш кароткім і больш тонкім клісьцірным наканцоўнікам. Колькасць ужываемай пры гэтым вады не перааўшае трох шклянак, тэмпературай вады прыблізна  $33^{\circ}$ — $35^{\circ}$ .

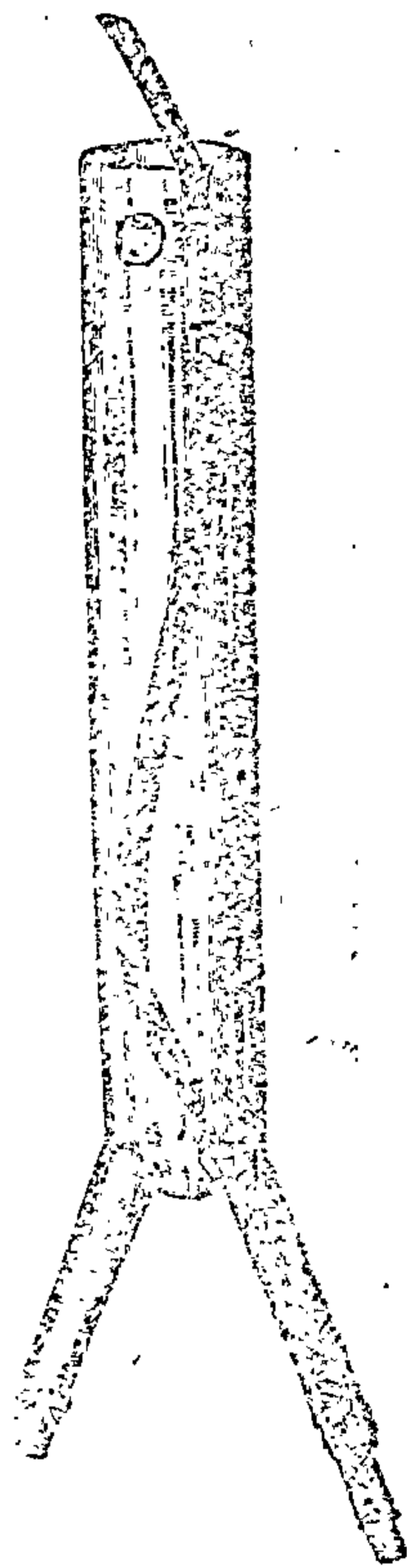
Лякарсьцьвенныя клізмы ўводзяцца ў колькасці 50-100 г цёплай прагатаванай вады з дадаткам да яе  $\frac{1}{4}$  чайнай лыжкі спажыўнай солі.

З лякарсьцьвенных сродкаў, якія ўвзходзяць у састаў клізмы, ужываюцца: хлёраль-гідрат (1—2 г), опій (10—12 кропель), бром (2 сталовыя лыжкі 2% раствору), колярголь (1—2 г) і іншыя фармаколёгічныя сродкі, увядзеньне якіх праз рот з якой-небудзь прычыны немагчыма або супроцьпаказана.

Пры вялікіх крывястратах, якія цягнуць за сабой аслабленне сардэчнай дзейнасці, абамленні, галавакружэнні і іншыя зьявы вострага малакроўя вялікую карысць прыносяць клізмы з фізіолёгічнага раствору. Яны замяняюць падскурныя ўліваньні, якія прапісваюцца ў такіх выпадках. Каб такія клізмы лепш утрымліваліся і хутчэй усасваліся, іх робяць у малых колькасцях (па 100 г) з кароткімі перапынкамі, або яны прызначаюцца ў выглядзе кропельных клізм. Увогуле ў прамую кішку ўпускаюць 500—600 г) і больш.

Пры прызначэнні якой-бы ні было лекавай клізмы неабходна папярэдне ачысціць кішочнік прамывальнай клізмай.

Пастаянныя абвадненні ўжываюцца пераважна пры септычных эндомэтрытах, бо яны сваёй працягласцю і тэмпературай вады садзейнічаюць адсасваньню выдзяленьняў з маціцы. Для гэтага ўжываецца апарат Марозава (мал. 29), які складаецца з шкляной трубкай даўжынёю ў 15 см і дыяметрам у 3 см. Адзін канец гэтай трубкай адкрыты, а другі закрыты; апошні мае два калены; на адно з іх надзяецца тонкая гумавае трубка, якая ідзе ўнутр шкляной трубкай і даходзіць да адкрытага канца яе; яна



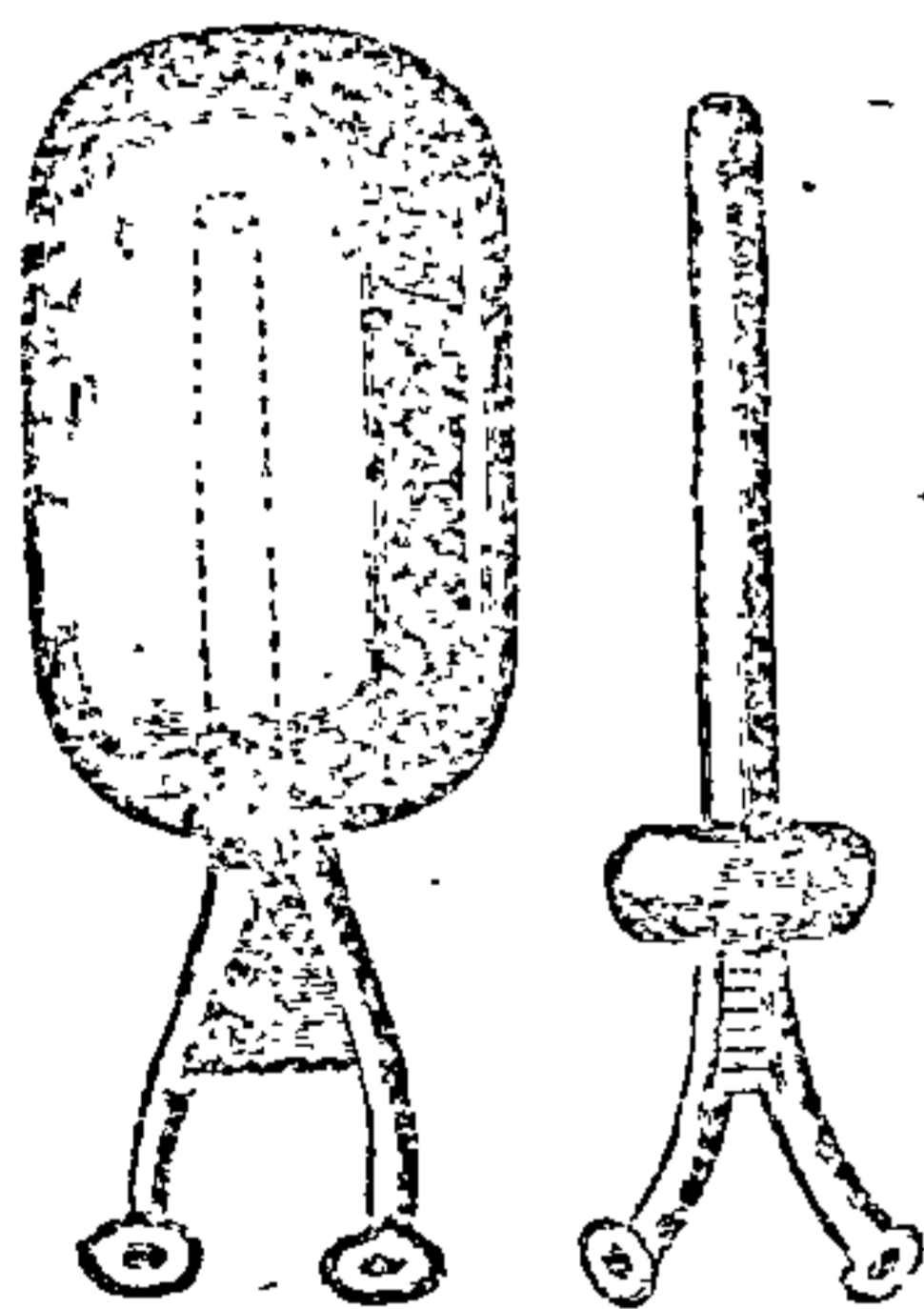
Мал. 29. Апарат Марозава.



злучана з вялікай Эсмархавай кружкай ёмістасцю ў 10 л і больш і праз яе вада з кружкі ўліваецца ў похву. Назад вадкасць выліваецца праз другое калена, на якое надзета другая гумовая трубка, апускаемая ў вядро, пастаўленае на падлозе. Дзякуючы адмоўнаму ціску паветра ў трубцы сьценкі похвы ахапляюць трубку і прысасваюцца да невялікіх адтулін, якія знаходзяцца на яе паверхні.

Пры ўтварэнні пастаянных абвадненняў неабходна сачыць за пульсам і агульным станам хворай, бо гарачае абвадненне да таго-ж яшчэ працяглае, упывае, як і гарачая ванна, на дзейнасць сэрца і судзін. Часта пры гэтых абвадненнях назіраецца сэрцабіцце, галавакружэнне, абамленне, нудзенне, ваніты і да т. п.

Апрача апарата Марозава, які ўжываецца для пастаянных абвадненняў, заслугоўвае ўвагі апарат Гейцмана (мал. 30),



Мал. 30. Апарат Гейцмана.

пабудаваны па тым-жа прыцыпе, як і апарат Марозава. Розніца толькі ў тым, што пры ўжыванні апарата Гейцмана вада не праходзіць у непасрэднае судакрананне з похвай і похвавай часткай маціцы і яна не абвадняе гэтых органаў, а аналёгічна цэнтральнаму вадзяному ацяпленню аддае сваё цяпло праз сьценкі апарата навакольным тканкам. Апарат Гейцмана таму складаецца з металічнай (цынкавай) трубкай, закрытай з абодвух канцоў. На знадворным канцы яе таксама, як і на апарате Марозава, ёсць два калена з прыводзячай і адводзячай трубкамі. Яго дзеянне

расасваючае і болясьцішаючае і таму ён з вялікім поспехам ужываецца пры хронічных формах параметрыту, пры інфільтратах, хронічных успаленнях прыдаткаў і або кружаючай іх брушны, пры зрошчванні, спайках і да т. п. Ужыванне яго ў гэтых выпадках дае большы эфект, чым іншыя тэрмічныя процэдуры, як, напрыклад, сонечная або сідзячая ванна, бо пры гэтым цяплыня перадаецца не праз брушныя сьценкі, а праз похву і зводы і робіць свой тэрмічны ўплыў на паражоныя тканкі.

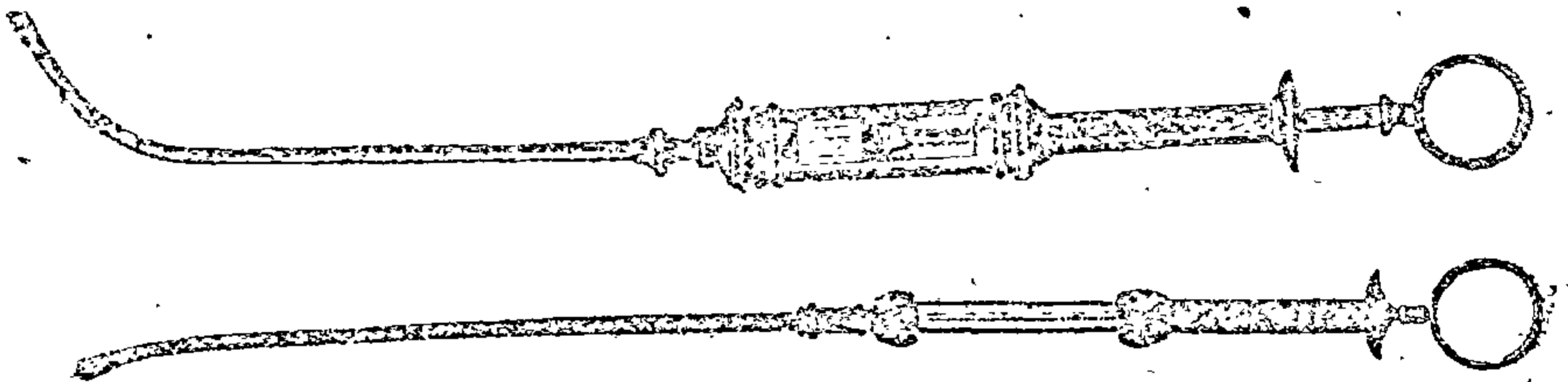
Апарат Гейцмана не ўладаючы адсосваючым і дэзынфектуючым дзейнічаннем, мае тую перавагу перад апаратам Марозава што для карыстання ім не патрабуецца гатаваная вада аб

дэзынфектуючы раствор. Можна карыстацца сырою вадою, якая павінна быць нагрэта да 40°.

Рэкамендуецца прымяняць апарат два разы на дзень, прапускаючы праз яго ваду кожны раз на працягу 1—1½ гадз.

Апарат Гейцмана ў некалькі змененым выглядзе з поспехам ужываецца ў тых выпадках, дзе мы карыстаемся гарачымі клізмамі для ўздзеяння на ўспаляльныя процэсы ў малым тазе праз прамую кішку. У адпаведнасці з анатомічнай будовай прамой кішкі ён мае меншы дыяметр і закрусленую выемку ў той сваёй частцы, якая адпавядае колцападобнаму выпінанню ўнутранага сфінктэра кішкі.

*Унутрымацічныя ўпырскваньні.* Унутрымацічныя ўпырскваньні як лекавы сродак пры мацічных крывацязьнях, як наступны акт пасля выскрабленьня поласьці маціцы і як метод лечэння прыдаткаў маціцы (Граматыкаці), у сучасны момант



Мал. 31. Шпрыц Браўна.

ужываецца рэдка. Для ўпырскваньняў з лекавымі мэтамі карыстаюцца галоўным чынам ёдам, і робяцца яны пры дапамозе шпрыца Браўна, які адрозьніваецца ад звычайнага Правацоўскага шпрыца большай даўжынёй і тым, што на яго замест іголки надзяецца тонкі мэталічны наканцоўнік з некалькімі адтулінамі на канцы (мал. 31).

Упырскваньне ўтвараецца наступным чынам: папярэдне абмываюць знадворныя палавыя часткі і прамываюць похву. Адкрыўшы люстэркамі похвавую частку, захапляюць яе кулёвымі абцугамі, абціраюць, сьпіртамі або якім-небудзь дэзынфектуючым растворам, а знадворны зёў змазваюць ёдам. Потым у прагатаваны шпрыц набіраюць ёд і, надзеўшы на шпрыц наканцоўнік, асьцярожна ўводзяць яго ў поласьць маціцы. Лёгкім націсканьнем на поршань шпрыца, павольна, кроплямі, ўпырскваюць зьмесьціва шпрыца ў поласьць маціцы да таго часу, пакуль не пакажацца выцякаючы назад ёд. Пры звужэньні шый-

нага каналу трэба папярэдне расшырыць яго некалькімі нумарамі Гегара для таго, каб ёду, які ўпырскваецца, даць магчымасьць свабодна выцякаць назад, праз шыю маціцы. Пасьля ўнутрымацічнага ўпырскваньня хворая павінна паляжаць каля 15—20 мінут.

Мы раней казалі, што ўнутрымацічныя ўпырскваньні ёду цяпер ужываюцца рэдка з лекавай мэтай, але затое, нажаль, яны значна пашыраны як супроцьзачатачны сродак і як спосаб для перапыненьня цяжарнасьці. Некаторыя ўрачы яшчэ недастаткова пераканаліся ў тым, што ўнутрымацічныя ўпырскваньні ёду не зьяўляюцца абыякім умяшаньнем, і яны сыстэматычна робяць іх жанчыне кожны месяц да пачатку або пасьля сканчэньня мэнуацый, бачачы ў гэтым сродак для папярэджаньня цяжарнасьці. Яшчэ большую шкоду прыносяць гэтыя ўпырскваньні, калі іх робяць у мэтах перапыненьня цяжарнасьці. Яны могуць сапраўды выклікаць мацічныя крывяцячэньні і жанчына пры зьяўленьні крыві лічыць сябе вольнай ад цяжарнасьці, а на справе цяжарнасьць толькі парушана і сьледам за гэтым пачынаецца цэлы рад аскладненьняў. Добра яшчэ, калі справа канчаецца толькі выскабленьнем, а не якім-небудзь сур'ёзным захворваньнем і сэптычным процэсам.

Унутрымацічныя ўпырскваньні, апрача магчымасьці ўнясення інфэкцыі, заключаюць у сабе яшчэ іншыя небяспечныя моманты. Упырскнуты ёд, дзякуючы выклікаемым ім скарачэньням маціцы, можа трапіць у трубы і выклікаць рэзкія болі і шок, а пры наяўнасьці гнойнага ўспаленьня труб гной можа трапіць у брушную поласьць і выклікаць пэрытоніт. Ад неасьцярожнага ўвядзеньня шпрыца назіраліся выпадкі пэрфарацыі (прабадзеньня) маціцы. У апошні час усё часцей апісваюцца аддаленыя вынікі ўнутрымацічных упырскваньняў ёду. Сьцьвяджаюць, што ўпырскваньні ёду вядуць да стойкіх зьмен сьлізэвай абалонкі маціцы, чым тлумачацца розныя аскладненьні ў часе родаў, а іменна: перадляжаньне посьледа, прырастаньне яго, пасьляродавыя атонічныя крывяцячэньні і да т. п. Зьмены з боку труб могуць быць таксама прычынай пазаматічнай цяжарнасьці.

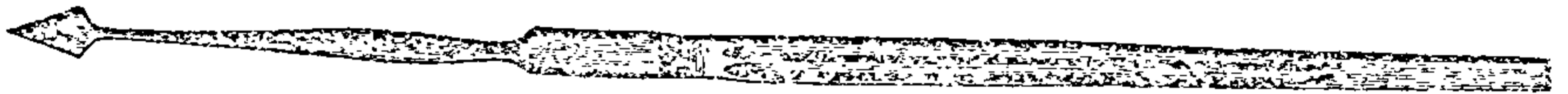
*Унутрымацічныя змазваньні (ёдам) і прыпальваньні* (хлэрыстым цынкам, хромавай кіслатай) робяцца пры дапамозе зонду Плейфэра, які абверчваецца марляй або ватай, змочанай ва ўжываемай для гэтага вадкасьці. Абверчваньне павінна быць зроблена моцна, бо інакш марля або вата можа

саскочыць з зонда і застацца ў поласьці маціцы. Змазваньне поласьці маціцы ёдам звычайна робіцца пасля выскабленьня.

Тым-жа зондам Плейфэра робяць прыпальваньні каналу шыйкі маціцы. Ня варта, аднак, ужываць прыпальваючых матэрыяў у моцнай канцэнтрацыі, а тым больш у выглядзе палачак (ляпісу), бо яны могуць выклікаць рубцовае звужэньне або нават поўнае зарастаньне каналу.

Усе гэтыя маніпуляцыі, як унутрымацічныя ўпырскваньні, змазваньні і прыпальваньні, зьвязаны з небясьпекай для хвораў, аб чым намі ўжо гаварылася вышэй, а таму яны ні ў якім выпадку не павінны выконвацца акушэркамі або іншымі памочнікамі ўрача.

*Скарыфікацыі (насечкі)* робяцца з мэтай выцягненьня крыві з шыйкі маціцы, калі яна ўспалена і перапоўнена крывёю (гіпэрэміравана), а таксама з мэтай ўскрыцьця так зв. *Ovula Nabothi*, г. зн. невялікіх пупыркоў, якія ўтвараюцца на шыйцы



Мал. 32. Скарыфікатар.

маціцы з прычыны закаркоўваньня выходных адтулін шыйкавых залоз і напаўненьня іх сьлізам.

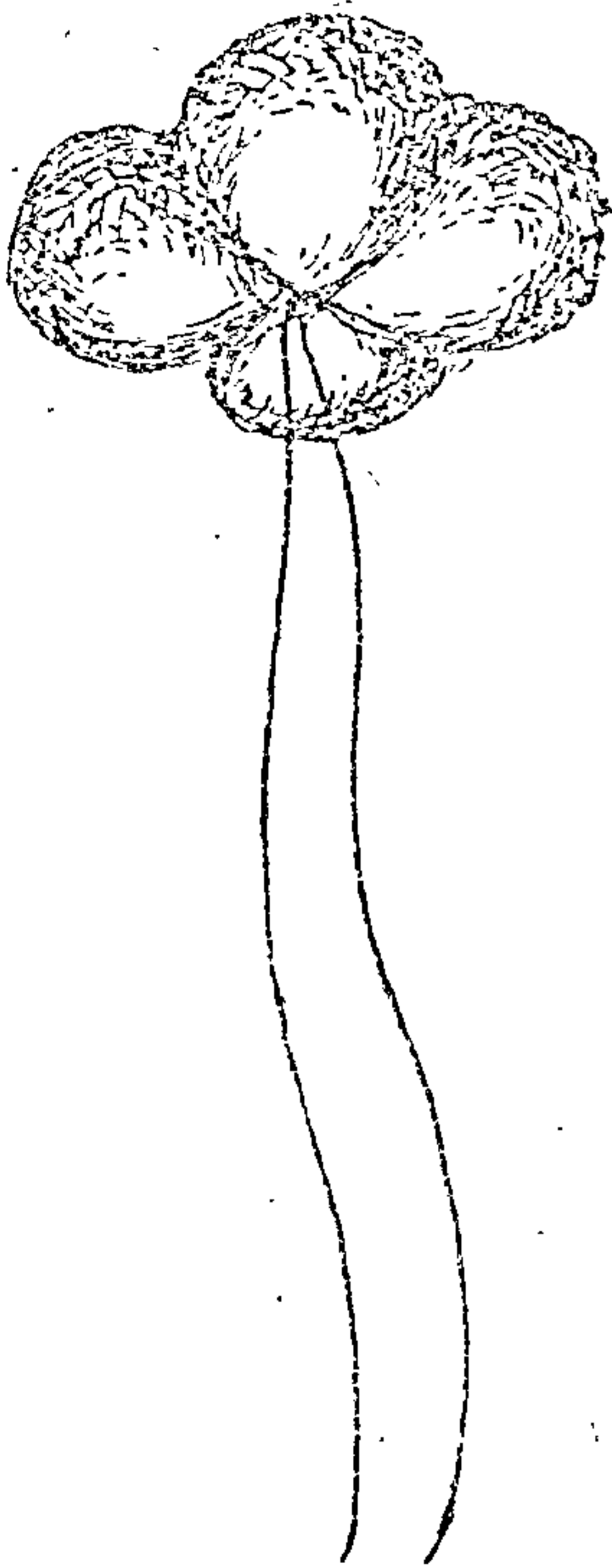
Скарыфікацыі робяцца пры дапамозе доўгага пікападобнага зонду (мал. 32), адточанага з двух бакоў і з вострым канцом (скарыфікатар).

Тэхніка: адкрытую люстэркамі похваваю частку захопліваюць кулевымі абцугамі, абціраюць якім-небудзь дэзынфектуючым растворам, пасля чаго на пярэдняй і задняй губах шыйкі скарыфікатарам робяцца няглыбокія насечкі лікам ад 4—6. Выпусціўшы каля 2 чайных лыжак крыві, закладваюць у похву на паўгадзіны невялікі тампон для спыненьня крывацячэньня.

*Тампонацыя маціцы* робіцца для спыненьня крывацячэньня з яе поласьці. Тампон, уведзены ў маціцу, дзейнічае, як іншароднае цела, выклікаючы скарачэньне маціцы, і апрача таго ён націскае на крывацечлівыя судзіны.

Падрыхтоўка хвораў, агаленьне шыйкі і ў выпадку патрэбы расшырэньне каналу шыйкі робяцца як і пры папярэдне апісаных маніпуляцыях, але пры тампонацыі правілы асэлтыкі павінны

выконвацца з асаблівай строгаасцю з прычыны большай магчымасці занясення інфекцыі ў поласць маціцы. Тампонацыя робіцца пры дапамозе доўгага анатомічнага пінцэту або выгнутага корнцанга. Бяручы гэтым інструмантам вузкую палоску стэрылізаванай або ёдаформеннай марлі, уводзяць яе ў поласць маціцы і даводзяць захоплены кончык да мацічнага дна. Высоўваючы пасля гэтага пінцэт або корнцанг на некалькі сантыметраў вонкі, захопліваюць тампон крыху ніжэй і прасоўваюць яго далей. Некалькімі такімі рухамі ўводзяць амаль усю палоску, пакідаючы ў похве толькі яе канец. Зьняўшы потым кулевыя абцугі, тампонуюць похву другім кавалкам марлі. Абодва тампоны вымаюцца праз 12—24 гадзіны.



Мал. 33. Тампон.

Часта для спынення мацічнага крывацэння тампонуюць толькі адну похву. Неабходна толькі затампаваць похву шчыльна, г. зн. запоўніць яе марляй да адмовы, прычым тампон павінен быць ня толькі прастэрылізаваны, але і змочаны або прасякнуты якой-небудзь дэзынфектуючай матэрыяй.

Паўторныя тампонацыі маціцы і похвы не рэкомэндуюцца, бо пры гэтым ня выключана магчымасць занясення інфекцыі ў полавы тракт.

*Лячэньне тампонамі.* Шчыльны камяк ваты, перавязаны крыж-на-крыж моцнай ніткай (мал. 33) або вузкай палоскай марлі, змочваецца растворам іхтыёлю або тыгенолю ці таніну ў гліцэрыне і пасля папярэдняга похвавага спрынцавання ўводзіцца пінцэтам або корнцангам праз люстэрка ў похву і, у залежнасці

ад патрэбы, прыкладаецца да шыйкі або ўводзіцца ў задні звод. Гэты тампон пакідаецца на нач. Хворую належыць папярэдзіць, што з похвы будзе выцякаць цёмная вадкасьць, якая брудзіць бялізну, а таму мэтазгодна заклаць яшчэ кавалак ваты паміж губамі. Раніцою сама хворая пацягваннем за нітку выдаляе тампон і робіць цёплае спрынцаванне похвы якім-небудзь рас-

творам. Прадастаўляць самім хворым уводзіць сабе тампоны не рэкамендуецца (асабліва нераджаўшым), бо пры ўвядзенні тампона пальцамі, блз люстэрак, іхтыэлева вадкасьць выціскаецца каля ўваходу ў похву. На час мэнструацыі лячэньне спыняецца і аднаўляецца толькі праз 2 дні пасля яе сканчэння. Часова спыняецца лячэньне і тады, калі тампон выклікае раздражэньне сьлізйвай абалонкі похвы і аддзяленьне яе ў выглядзе шматкоў (злушчваньне эпітэлію), і калі хвора пры ўвядзенні тампону адчувае болі.

Лячэньне тампонамі заснавана на ўласьцівасьці гліцарыну прыцягваць да сябе вадкасьць з маціцы і навакольных частакі. У камбінацыі з іхтыэлем такі тампон наогул мае рассасваючае дэзынфэктуючае і болясьцішаючае дзеяньне. Таму лячэньне іхтыэлевымі тампонамі шырока распаўсюджана пры хронічных успаляльных процэсах маціцы, труб, яечнікаў, калямацічнай клеткавіны, тазавай брушыны і пры эрозіях шыйкі. Гэта лячэньне ў шмат якіх выпадках прыносіць істотную карысьць хворым, зьмяншаючы мэтрытычную маціцу, зьмяншаючы сьлізйва-гнойныя выдзяленьні і рассасваючы розныя інфільтраты, спайкі, зрашчваньні і да т. п.

У тых выпадках, калі жанчына ня мае магчымасьці карыстацца дапамогаю акушэркі для лячэньня тампонамі і прымушана сама праводзіць падобнае лячэньне ў сябе дома, ёй замест тампонаў прызначаюць самой уводзіць іхтыэлевыя шарыкі. Яны звычайна нарыхтоўваюцца з таго-ж іхтыэлю з маслам какао. Адсутнасьць у гэтых шарыках гліцарыну значна зьніжае адцягваючае і рассасваючае дзеяньне, патрабуемае пры гэтым спосабе лячэньня, а таму мэтазгодней масла какао замяніць гліцарынавай пастай (проф. Выдрын). Такі шарык жанчына можа сама свабодна ўводзіць сабе ў похву перад сном, а раніцою праспрынцавацца.

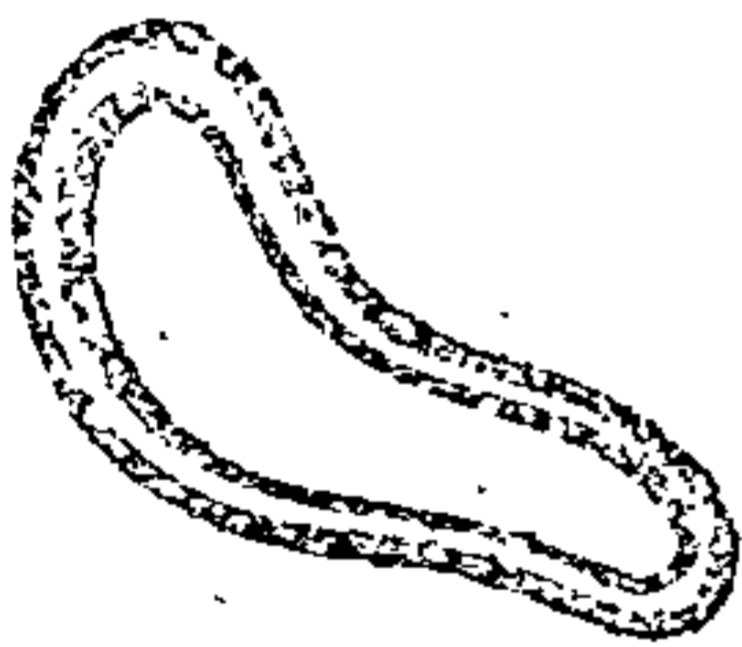
Пры лячэньні як тампонамі, так і шарыкамі трэба ўстрымацца ад полавых зносін.

*Пэсарыі* або мацічныя колцы ўжываюцца для таго, каб маціцу пасля выпраўленьня яе няправільнага палажэньня ўтрымаць у нормальным палажэньні. Значыцца, раней чым устаўляць пэсарый у похву, неабходна папярэдне выправіць няправільнае палажэньне маціцы— рэтрофлексію і рэтровэрзію. Для ўтрыманьня маціцы ў правільным палажэньні ўжываюцца мацічныя *кольцы* оджэ і Томаса, якія робяцца з цэлюлёіду, цьвёрдага каучуку

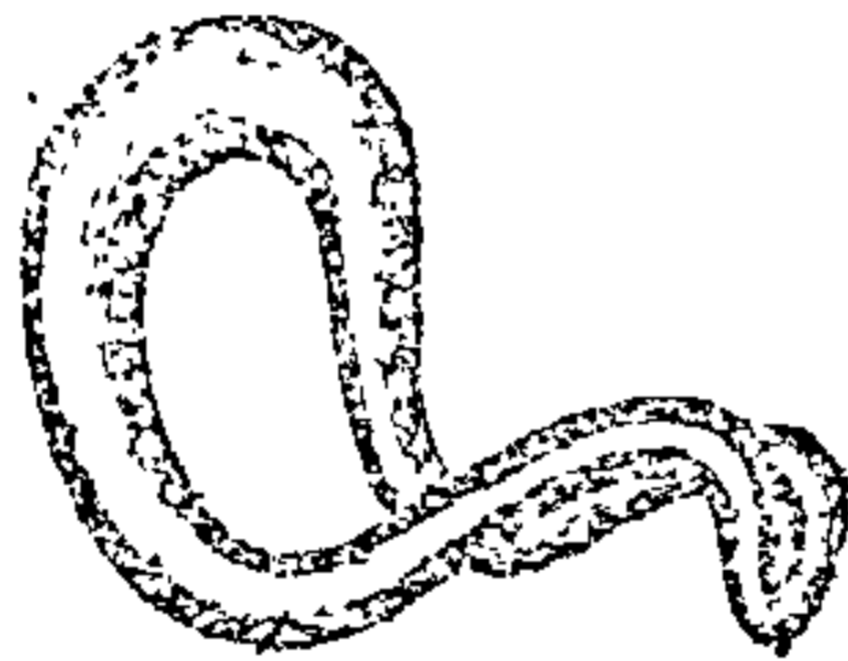
і меднага дроту, абцягнутага гумаі. Апошнім, дзякуючы іх гнуткасьці, можна надаць якую хочаш форму (мал. 34, 35).

Для таго, каб спыніць выпаданьне маціцы, карыстаюцца круглымі колцамі Майера; яны робяцца з мяккай гумы, а таксама з цэлюлёду. Усе гэтыя пэсары бываюць рознай велічыні і розных дыямэтраў (мал. 36).

Мацічнае колца Годжэ або Томаса ўводзіцца такім чынам: вялікім і ўказальным пальцамі левай рукі раскрываюць уваход у похву, а гэтымі-ж пальцамі правай рукі захопліваюць пярэдні канец змазанага вазэлінам пэсарыя і ўводзяць задні канец яго (больш шырокі) у похву; пры гэтым ён павінен увадзіцца ня ўпоперак, а коса, каб ён не націскаў на чульлівую вобласць знадворнай адтуліны мачавыпускальнага каналу. Потым, як толькі шырокі задні канец пэсарыя пранік у похву, яго паварачваюць у папярочны разьмер так, каб вагнуласьць задняй дужкі глядзела цяпер уперад. Потым уваходзяць указальным і сярэднім пальцамі ў похву і, адціскаючы імі заднюю дужку пэсарыя ў напрамку да задняй сьценкі похвы, прасоўваюць яе ў задні звод; пры



Мал. 34.  
Пэсары Годжэ.



Мал. 35.  
Пэсары Томаса.

гэтым пярэдні канец колца ўпіраецца ў пярэдняю сьценку похвы каля лоннага сучляньня. Пэсары, расьцягваючы задні звод і фіксуючы похвавую частку ўзад, адхіляе цэла маціцы к пераду і такім

чынам утрымлівае маціцу ў нормальным палажэньні.

У першы час пасля ўвядзеньня колца ня можна на гэтым супакойвацца і думаць, што ўсё ўжо ў парадку. Можа здарыцца, што на другі дзень хвора я зьявіцца з выпайшым колцам у руцэ з указаньнем, што яно выпала пры дэфэкацыі, або яна будзе скардзіцца на болі, адчуваньне ціску і затrudненае мачавыпусканьне. Як відаць, уведзены пэсары аказаўся непадыходзячым: ён занадта малы або праз меру вялікі. Але не чакаючы прыходу жанчыны з указанымі скаргамі, неабходна ў першыя дні пасля ўвядзеньня колца правярць палажэньне як апошняга, так і маціцы і разам з тым папярэдзіць хворую, што са зьяўленьнем якіх-небудзь ненормальных адчуваньняў яна павінна прысьці для дасьледваньня. Калі ўведзены пэсары аказаўся падыходзячым, то жанчыне прадпісваецца рабіць штодзённыя похлавныя спры-

цаванні якім-небудзь слабым дэзынфектуючым растворам і зьяўляцца кожныя тры месяцы для праверкі палажэння маціцы і для таго, каб пераканацца ў адсутнасці ўцісканьняў і пролежняў, якія могуць зьявіцца ў похве ад доўгага знаходжаньня ў ёй колца і ад неахайнага яго ўтрыманьня. Пры кожнай такой праверцы колца вымаецца, старанна ачышчаецца і зноў устаўляецца ў похву, калі там не заўважаецца прызнакаў раздражненьня; у іншым выпадку жанчына да іх зьнікненьня павінна ебыходзіцца бяз колца.

У часе мэнструацый пэсары можа бяз шкоды заставацца ў похве; ён таксама не перашкаджае полаваму жыцьцю; ня глядзячы на гэта, муж, па зразумелай прычыне, не павінен ведаць аб нашэньні жонкаю пэсарыя.

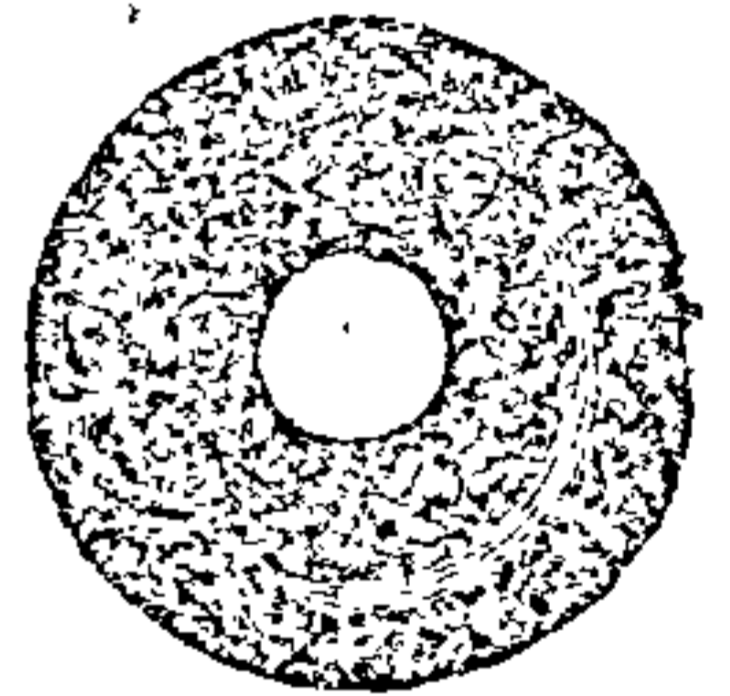
Круглыя, гумавыя мацічныя колцы Майера, якія ўжываюцца пры выпаданьнях похвы і маціцы, хутка псуюцца і ў неахайных жанчых выклікаюць смуродныя выдзяленьні. Такія колцы пры самым малым псаванні павінны замяняцца новымі або цвёрдымі колцамі.

У некаторых жанчых, у якіх бывае выпаданьне маціцы, канал похвы настолькі расьцягнут, што колца Майера не дасягае мэты. У такіх выпадках некаторыя раець для падтрыманьня маціцы ўжываць звычайны гумовы мячык, але ён вымагае яшчэ большага контролю і больш стараннага нагляданьня за ўтрыманьнем яго ў чыстаце.

З прычыны таго, што на шыйцы выпадаючай маціцы часта назіраюцца прележні ў выглядзе гноячыхся і крывяточачых язваў, то да ўвядзеньня колца іх неабходна лячыць змазваньнем ёдам і закладваньнем іхтыёлевых тампонаў.

У крайніх выпадках, калі колца ня трымаецца і калі опэрацыя з якой-небудзь прычыны немагчыма (у надта старых жанчых), прыходзіцца ўжываць гістэрофор. Гістэрофор складаецца з поясу і гумовага стрыжня з каўпачком. Стрыжань знаходзіцца ў похве і падтрымлівае маціцу, а пояс фіксуе ўвесь апарат. Але працяглае нашэньне яго выклікае раздражненьне сьценак похвы і смуродныя выдзяленьні (мал. 37).

2. Біолёгічныя методы лячэння жаночых хвароб. *Вакцына-тэрапія*. Мэтод гэты грунтуецца на вучэньні бактэрыолёгіі, згодна якой увядзеньне ў арганізм аслабленых або забітых мікробаў робіць яго няўспрымальным да інфэкцыйных хвароб.



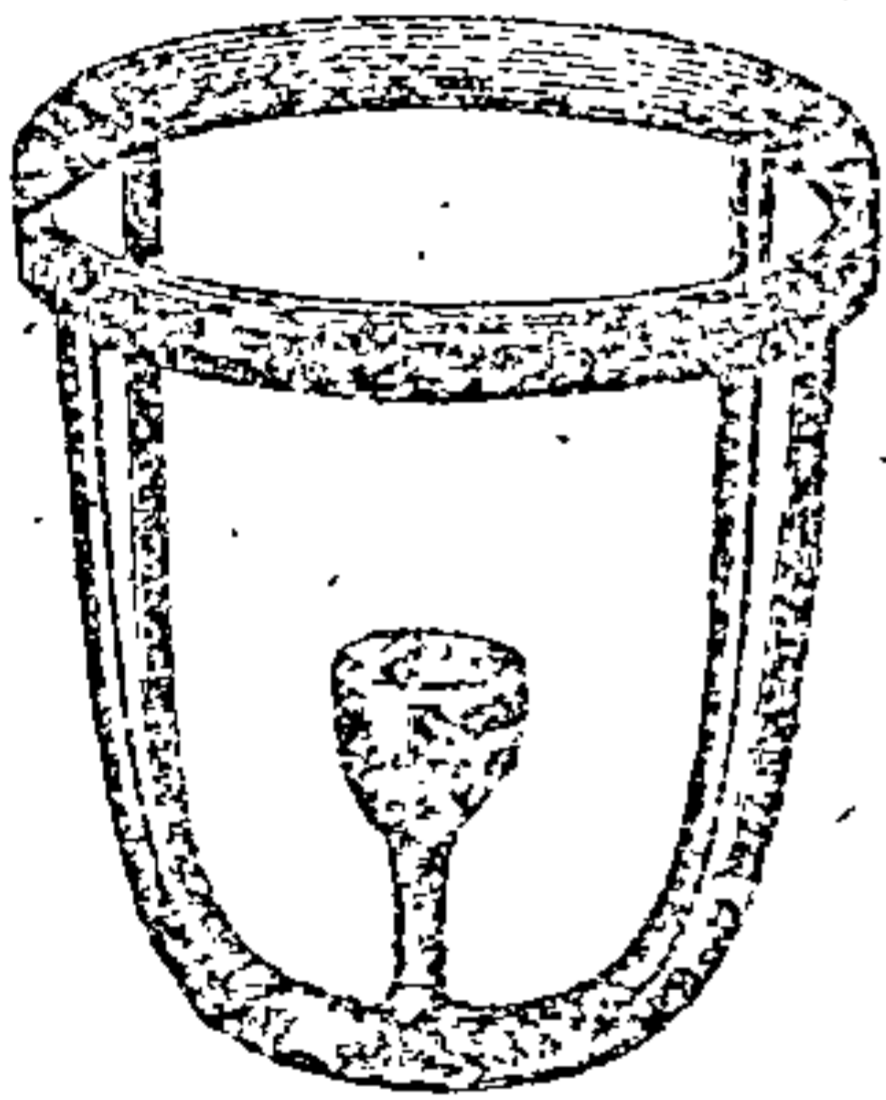
Мал. 36. Мацічнае колца Майера.



Уведзены матэрыял называецца вакцынаю. Такімі вакцынамі карыстаюцца ў мэтах папярэджаньня захворваньня на воспу, шкарлятыну, дыфтэрыту і інш. У гінеколёгіі вакцынацыя ўжываецца ў лекавых мэтах. Пры захворваньні жаночых палавых органаў на гонорэю ўводзіцца пад скуру гонококавая вакцына або, што яшчэ лепш, аўтовакцына, г. зн. вакцына, нарыхтаваная з бактэрыяй, узятых ад таго індывідуума, якога думаюць лячыць. Пасьля падскурных упырскваньняў вакцыны назіраюцца пабочныя зьявы: чырвань і прыпухласць скуры вакол месца ўколу, азноб, павышэньне тэмпературы і дрэннае самапачуцьцё. Але ўсе гэтыя зьявы праз некалькі дзён праходзяць.

Ужываньне гонококавай вакцыны шырокага распаўсюджаньня не атрымала з прычыны слабых вынікаў у хронічных і вельмі нязначных у вострых выпадках.

*Сэротэрапія.* Больш спрыяльныя вынікі дае лячэньне гонорэі антыгонококавай сываткай, якая атрымліваецца ад імунізацыі жывёл гонококамі<sup>1)</sup>. Дзеянне сываткі заснавана на тым, што ў ёй знаходзяцца матэрыі, якія зьнішчаюць яды, выпрацоўваемыя мікробамі і павышаюць дзейнасьць леўкоцытаў (фагоцитоз). Гонококавая сыватка ўводзіцца пад скуру ў колькасьці 2 кубікаў, і такіх ін'екцый робіцца 4—5. Рэакцыя ад упырскваньня сываткі выяўляецца ў павышэньні тэмпературы і ў зьяўленьні крапіўніцы.



Мал. 37. Гістэрофор.

У гінеколёгіі карыстаюцца яшчэ полівалентнай антыстрэптококавай сываткай для лячэньня, галоўным чынам, сэптычных пасьляродавых захворваньняў у дозах да 100 куб. см. Нельга сказаць, каб вынікі ад ужываньня яе былі суцяшальныя.

*Бялковая тэрапія* ўжываецца пры гінеколёгічных успаляльных процэсах у выглядзе ўнутрыцяглічных упырскваньняў прастэрылізаванага малака ва ўзрастаючых дозах—ад 2,0 да 10,0.

*Органотэрапія*—лячэньне выцяжкамі з залоз унутранай сакрэцыі. Мэта гэтай тэрапіі ў тым, каб павысіць недастатковую функцыю залоз, г. зн. узмацніць іх унутраную сакрэцыю, або, наадварот, паслабіць насіленую прадукцыю іншых залоз.

<sup>1)</sup> Есьць, аднак, і няспрыяльныя водзвы аб гэтай сыватцы.

З прэпаратаў, якія ўжываюцца ў гінеколёгіі, вельмі пашыраны выцяжкі з тканак яечніка—оварын і оварыкрын. Нарыхтоўваюцца яны ў выглядзе таблетаў, кропель і ампул. Паказальнікам да іх прымянення зьяўляюцца захворваньні, выклікаемыя недастатковай функцыяй яечніка, галоўным сымптомам якіх зьяўляецца амэнорэя, а іменна: недаразьвіцьцё жаночых палавых органаў, недамаганьні ў клімактерычным пэрыодзе, атлусьценьне і інш.

Выцяжка з грудных залоз—мамін—мае адваротнае дзеянне а таму ўжываецца пры клімактерычных і іншых крывяцязьнях і пры фіброміомах маціцы.

Выцяжкі з мазгавога прыдатку—пітуітрын і пітугладоль выклікаюць скарачэньне гладкай мускулатуры, а таму ўжываюцца ў выглядзе падскурных ін'екцый пры слабой патужнай дзейнасьці ў часе родаў, пры атонічных мацічных крывяцязьнях і пры затрыманьні мачы пасля ляпаратоміі.

Выцяжка з наднырнікаў—адрэналін, маючы судзінназужальныя і крывяспыняльныя ўласцівасьці, ужываецца для мясцовага абясроўліваньня і пры мясцовай анэстэзіі.

У надзвычайна рэдкіх выпадках, пры некаторых мацічных крывяцязьнях, зьвязаных з парушэньнем функцыі шчытаватай залозы, прызначаецца тырэоідын—прэпарат гэтай залозы.

**3. Фармаколёгічныя сродкі.** *Крывяспыняльныя.* З гэтых сродкаў на першым месцы стаяць прэпараты спарыньні—*secale cognatum*. Гэтыя прэпараты выклікаюць скарачэньне мускулатуры маціцы, што, у сваю чаргу, вядзе да сьцісканьня судзін і да зьмяншэньня крывяцязьня. Таму яны прызначаюцца пры дрэнным скарачэньні маціцы пасля родаў і пасля выкідку.

*Secale* прызначаецца ў выглядзе парашкоў, настою і кропель <sup>1)</sup>

Апрача таго, прызначаецца альколёід спорыньні—*эрготын* у форме пілюль, а ў выпадках, якія вымагаюць хуткай дапамогі, у выглядзе падскурных упырскаваньняў.

Добра дзейнічаюць падскурныя ін'екцыі прэпарату сэкарнін.

З іншых крывяспыняльных сродкаў варта назваць *Extractum fluidum Hydrastis canadensis*, які дзейнічае на судзіны, *Extr. fluid. Yiburni grunifoliae*, які прызначаецца пры пагражаючым выкідку, заспакойваючы мацічныя болі і спыняючы крывяцязьне.

<sup>1)</sup> Аб рэцэптурных формулах як гэтага, так і астатніх сродкаў, гл. „Дадатак“

Судзіназвужальна дзейнічаюць Extr. fluid. Gossypii herbacei і Hamamelis virginica. Крывяспыняюча і болясьцішаюча дзейнічаюць Extr. fluid. Polygonii hydropiperis, Stypticin і Styptol (два апошнія ў выглядзе таблетак).

**Абязбольваючыя.** У гінеколёгічнай практыцы часта зварачаюцца да болясьцішальных сродкаў. Ёх прызначаюць пры дысмэнорэі, пры вострых успаляльных процэсах, асабліва там дзе ёсьць раздражэньні брушны, пры болях у крыжы і да т. п. Пры дысмэнорэі заспакойваюча дзейнічаюць Salipyrin і Antipyrin. Пры рэзкіх болях карыстаюцца наркотычнымі сродкамі, якімі зьяўляюцца морфій, опіум, пантапон, кодэін і бэлядона. Прызначаюцца яны ў выглядзе шарыкаў, кропель і супозыторыяў. Калі патрэбен хуткі эфэкт, ужываецца морфій падскурна.

Некаторыя для спынення боляў ужываюць індыйскія каноплі (T-ra cannabís indica), але імі трэба карыстацца асьцярожна з прычыны іх пабочнага дзеяньня на нэрвовую сыстэму і псыхіку.

**Рассасваючыя.** У разьдзеле аб лячэньні тампонамі было ўжо ўказана, што пры ўспаленьнях тазавых органаў і іх зрашчэньнях, з мэтай рассасваньня ашчільнеўшых інфільтратаў, рэштак парамэтрытных і пэрымэтрытных эксудатаў і да т. п., ужываюцца іхтыёл, тыгеноль і ёд у гліцэрынавым раствору. Прызначаюцца яны ў выглядзе тампонаў і шарыкаў.

Зразумела, што пры захворваньнях жаночай палавай сфэры даводзіцца карыстацца яшчэ шмат якімі лекавымі матэрыямі, якія сымптоматычна ўжываюцца пры захворваньнях іншых органаў, як, напрыклад, развальняючымі сродкамі, снатворнымі і інш.

4. Фізыятрычныя мэтоды лячэньня. а) *Гідротэрапія.* Гідротэрапія або вадалячэньне ўжываецца з вялікім посьпехам пры цэлым радзе гінеколёгічных захворваньняў у выглядзе ванн розных тэмператур і рознага хімічнага саставу і ў выглядзе абціраньняў, прыпарак, кампрэсаў і лёду.

Ванны бываюць поўныя, калі пагружаецца ў ваду ўсё цела да шыі, паясныя—калі пагружаецца ніжняя палавіна цела па пояс, сядзячыя—калі пагружаны ў ваду таз і верхняя частка бёдраў, і нажныя—калі апушчаны ў ваду ступы і галёнкі.

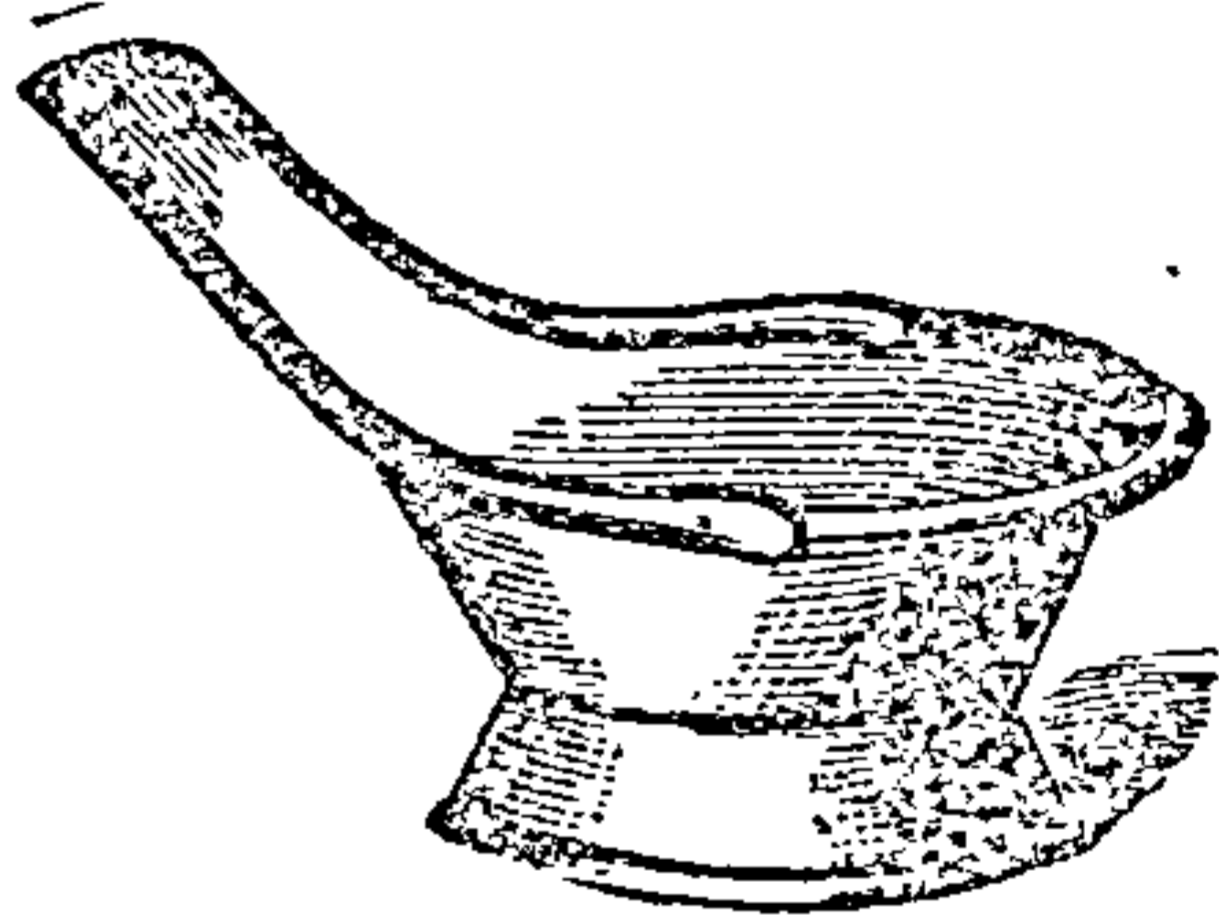
У залежнасьці ад тэмпературы вады ванны бываюць халодныя (ніжэй 20°), халаднаватыя (20—28°), цеплаватыя або інды

фэрэнтныя (28—30°), цёплыя (30—38°) і гарачыя (38—40° і вышэй).

Па хімічным саставе ванны бываюць: простыя са звычайнай прэснай вады; салонныя—з дадаткам да прэснай вады 400 гр, спажыўнай або морскай солі на вядро вады, вуглекіслыя, серкавыя і гразевыя.

З усіх гэтых ванн больш усяго карыстаюцца індифэрэнтным якія маюць большае значэнне для ўсяго арганізму тым, што ачышчаюць скурнае пакрыццё ад забруднення і павышаюць функцыю скуры (скурнае дыханне).

Вялікую карысць даюць гінеколёгічным хворым цёплыя сядзячыя ванны (мал. 38). Прызначаюцца яны пры хронічных успаленнях тазавых органаў, калямацічнай клеткавіны і тазавай брушыны. Яны дзейнічаюць на гэтыя хворыя органы рассасваючым чынам. Для ўзмацнення рассасвання да вады ванны прымешваюць спажыўную або морскую соль, каб выклікаць раздражненне скуры і павялічыць прыцёк крыві. У такой ванне трэба сядзець ад 20 да 30 мінут, прыкрыўшыся коўдраю, каб не астывала вада. Пры адсутнасці спецыяльнай сядзячай ванны, можна карыстацца вялікім і глыбокім тазам, ночвамі і да т. п.



Мал. 38. Сядзячая ванна,

У апошнія часы сярод гідротэрапэўтычных сродкаў, якія ўжываюцца ў гінеколёгіі, вялікае месца заняла гразелячэнне. Ужываецца яно пры тых-жа захворваннях, пры якіх карыстаюцца цёплымі сядзячымі ваннамі і іншымі рассасваючымі сродкамі, і прызначаецца ў выглядзе гразевых паўвані, ляпёшак і тампонаў. Гэтыя гразевыя працэдуры дзейнічаюць больш інтэнсыўна ў сэнсе рассасвання хронічных успаляльных процэсаў у тазавай бобласці, застарэлых інфільтратаў, пасляоперацыйных балючых рубцоў і спаяк.

Апрача таго, паказаннямі да гразелячэння служаць: дысменорэя, недаразвіццё палавых органаў, амэнорэя і бясплоднасць.

Гразелячэнне, якое ўжываецца пры розных успаляльных процэсах палавай сфэры, дае ў шмат якіх выпадках даволі добрыя вынікі. Яны менш суцэпальныя пры недаразвіцці палавых органаў і пры бясплоднасці.

Гразелячэньне мае і свае супроцьпаказаньні. Яно супроцьпаказальна пры вострых і падвострых успаляльных процэсах, пры хваробах сэрца, судзін і нырак. Таму кожная хворая, якая накіроўваецца на гразелячэньне, павінна быць абсьледвана тэрапэўтам і ў выпадку выяўленьня ў яе адной з названых хвароб варта адмяніць прызначанае ёй гразелячэньне.

Пры карыстаньні гразевымі ваннамі ў некаторых хворых назіраюцца пабочныя зьявы, як сэрцабіцьцё, няправільнае дыханьне і да т. п. Апрача таго, пры лячэньні назіраюцца абвастрэньні ўспаляльных процэсаў, з прычыны чаго прыходзіцца часова спыніць або нават адмяніць лячэньне. У сілу ўсіх гэтых прычын хворыя, якія карыстаюцца гразелячэньнем, павінны знаходзіцца пад контролем урача.

Да ліку самых пашыраных гідротэрапэўтычных мэтодаў, якія можна скарыстаць у ва ўсякай абстаноўцы, як бальнічнай, так і хатняй, належыць сагравальны кампрэс і пузыр з лёдам. Але гэтыя ўсім даступныя і танныя процэдуры прыносяць карысьць толькі пры ўмове правільнага іх ужываньня.

Сагравальны кампрэс складаецца з 4-х пластоў. Першы пласт—гэта сурвэтка або невялікі ручнік, які змочваюць вадою тэмпературы пакою, выкручваюць, каб ён застаўся толькі вільготным і прыкладваюць шчыльна да цела. На гэты вільготны пласт кладзецца другі пласт—цырата або васкаваная, так званая, кампрэсная папера. Гэты непранікальны пласт павінен з усіх бакоў прыкрыць вільготную сурвэтку, каб канцы яе ні адкуль ня былі відаць. На цырату або кампрэсную паперу накладаецца трэці цёплы пласт—вата або кавалак флянэлі, шэрсьці, мультану і да т. п. Чацьверты пласт гэта бінт, якім замацоўваюць увесь кампрэс. Кампрэс лічыцца правільна пакладзеным толькі ў тым выпадку, калі ён непранікальны для паветра і вільгаць яго не выпараецца, г. зн., калі пасля зьняцьця ён аказваецца вільготным.

Кампрэс варта мяняць тры разы ў суткі. Калі ён здымаецца, то трэба вільготную скуру абціраць сухім ручніком, каб унікнуць ахалоджаньня і, пры працяглым ужываньні, зьяўленьня экзэмы на скуры.

Сагравальныя кампрэсы сваім адцягваючым, рассасваючым і боляспыняючым дзеяньнем прыносяць хворым вялікую карысьць.

Таму імі шырока карыстаюцца пры самых рознастайных успаляляльных процэсах у тазавай вобласці.

Такою-ж карысьць у сэнсе адцягваючага боляспыняючага сродку і пры тых-жа захворваньнях прыносяць грэлки і прыпаркі з гарачай вады, з торфу ў выглядзе гарачай кашыцы і да т. п.

Пры вострых успаляляльных процэсах, якія суправаджаюцца павышэньнем тэмпературы і раздражненьнем брушыны, карыстаюцца холадам у выглядзе пузыра з лёдам. Лёд асабліва патрэбен пры асумкаваным або агульным пэрытоніце. У апошнім выпадку нават увесь жывот абкладваецца лёдам. Каб унікнуць адмарожваньня скуры, пузыр з лёдам ня раіцца класьці на голае цела, а варта завярнуць яго ў сурвэтку і пры пачырваненьні скуры на некаторы час зьнімаць. Наогул пузыр з лёдам можна трымаць каля дзвёх гадзін і класьці з перапынкамі на адну гадзіну.

б) *Электротэрапія*. Электрызацыя ў выглядзе гальванічнага і фарадычнага токаў ужываецца ў апошні час у гінеколёгіі вельмі рэдка. Гальванічны ток часамі зьмяншае болі ўнізе жывата ў пэўных пунктах пры адсутнасьці якіх-небудзь аб'ектыўных зьмен у палавай сфэры. Фарадычны ток паказаны пры расслабленьні сфінктэра мачавога пузыра, пры атоніі кішок, пры слабасьці брушных цягліц, а часамі яшчэ пры атрофіі маіцы і дысмэнорэі.

З усіх відаў электротэрапіі значнае пашырэньне атрымала ў гінеколёгіі дыятэрмія.

*Дыятэрмія*. З дапамогаю спецыяльнага апарата праводзіцца праз арганізм ток вялікай частаты, які разьвівае вялікую цяплыню. Гэты спосаб праграваньня называецца дыятэрміяй.

У гінеколёгіі ўжываюцца або пласьцінчастыя электроды ў выглядзе металічных кратак, абцягнутых падушкай, якія наклдаюцца на жывот і на крыж, або цыліндрычныя металічныя электроды, якія ўводзяцца ў похву або прамую кішку.

Дзякуючы выклікаемай гэтым методам лячэньня гіпэрэміі, болі ў праграваемай вобласці ў значнай ступені зьмяншаюцца, рубцы разьмякчаюцца і інфільтраты рассасваюцца. Апрача таго дыятэрміі прыпісваюць бактэрыцыднае дзеяньне (забівае бактэрыі). З прычыны такога добратворнага дзеяньня дыятэрмія паказана пры хронічных успаляляльных захворваньнях маіцы і яе прыдаткаў, пры парамэтрычных інфільтратах і пры брушных

зрашчэньнях і спайках. Многія адзначаюць яшчэ добрыя вынікі пры недаразвіцьці маціцы, пры гіпофункцыі яечнікаў, пры амэнорэі і пры некаторых відах дысменорэі. Дыятэрмія супроцьпаказана пры наяўнасьці вострага або падвострага процэсу. Лячэньне трэба спыніць, калі павышаецца тэмпература і зьяўляюцца іншыя сымптомы абвастрэньня. Звычайна дыятэрмія прызначаецца як дадатковае або наступнае лячэньне пасля скапчэньня курсу лячэньня гразевымі процэдурамі. Дрэнна пераносяць дыятэрмію, па думцы некаторых аўтараў, жанчыны з няўстойлівай нэрвовай сыстэмай.

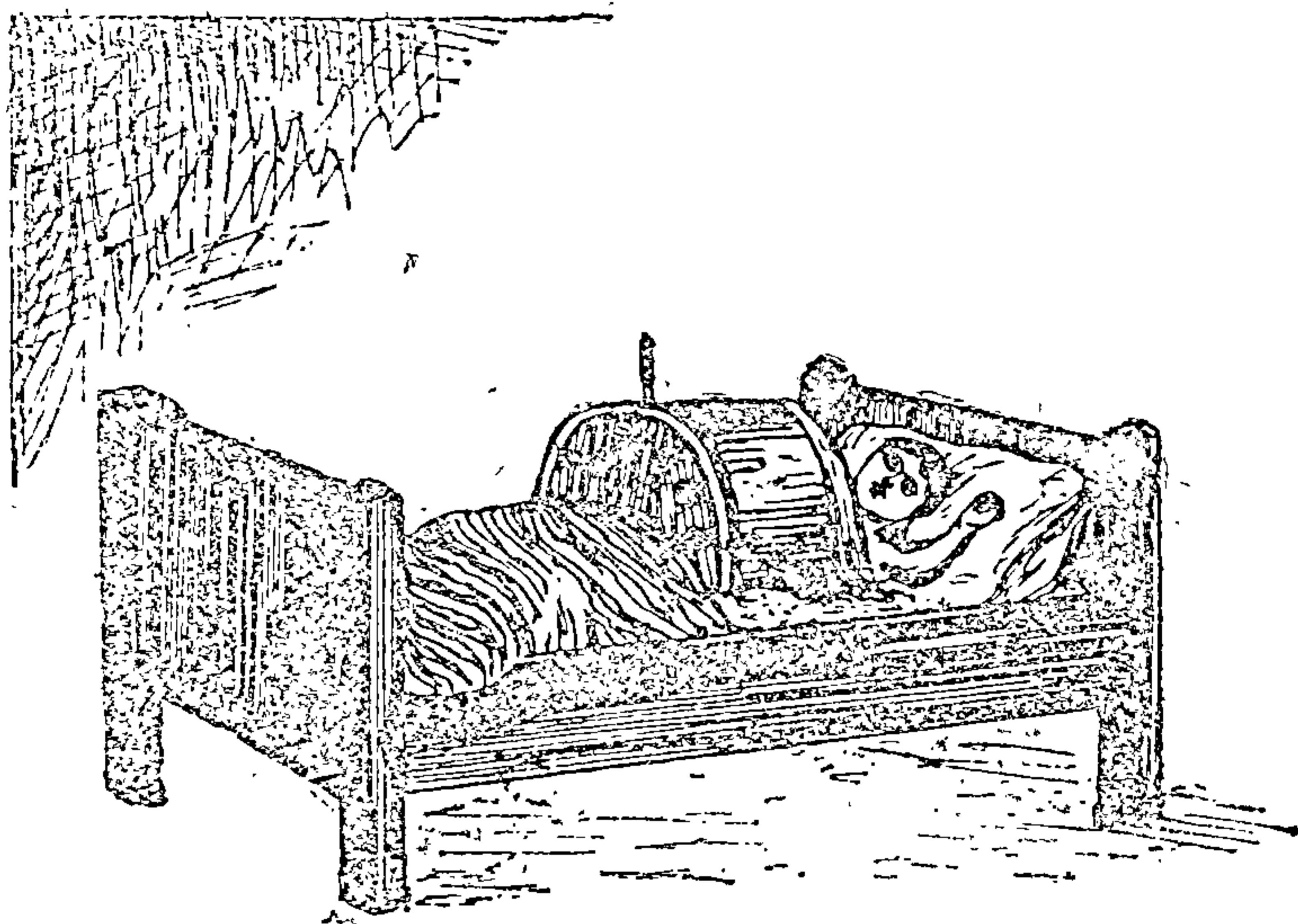
Другі мэтод электротэрапіі, які ў гінеколёгіі яшчэ недастаткова пашыраны, заключаецца ў тым, што пры дапамозе электрычнага току ў пэўнае месца арганізму можна па жаданьню ўводзіць тыя або іншыя мэдыкаments. Гэты мэтод называецца іёнотэрапіяй або іёнтофорэзам. Пры праходжаньні гальванічнага току праз раствору соляў молекулы распадаюцца на свабодныя частачкі, якія носяць назву іёнаў. Для іёнотэрапіі звычайна ўжываецца ёдысты калій у 3% раствору. Іёнотэрапіяй карыстаюцца ў гінеколёгіі з мэтай рассасваньня рэштак парамэтрычных і пэрымэтрычных эксудатаў.

Электрычныя ванны. У кожным гінеколёгічным аддзяленьні лекавай установы ёсьць электрычная ванна. Яна станвіць сабою паўкруглую, дугападобную скрынку з разьмешчанымі ўнутры яе электрычнымі лямпачкамі. Прыбор гэты ўстанаўляецца над жыватам хвораі і з усіх бакоў закрываецца шарсьцянай коўдрай. Устаноўлены ў скрынцы тэрмомэтр паказвае тэмпературу паветра каля паверхні жывата. Тэмпература ў скрынцы даводзіцца да 100—120°C. Яна рэгулюецца ўключэньнем або выключэньнем часткі лямпачак. Сэанс працягваецца 20—30 мінут, пасля чаго хвораі павінна заставацца ў ляжачым палажэньні ня менш паўгадзіны (мал. 39).

Электрычная ванна, дзейнічаючы сваёй цяплынёй і сьвятлом, ужываецца пераважна пры парамэтрытах, дзе яна дае добрыя вынікі. Лячэньне гэтым мэтодам супроцьпаказана пры пароках сэрца, захворваньнях лёгкіх і нырак.

в) *Гінеколёгічны масаж*. У разьдзеле аб рэжыме гінеколёгічных хворых было ўказана, што орган, паражаны ўспаляльным процэсам, павінен знаходзіцца ў поўным спакоі, каб ціскам, страсеньнем або якім-небудзь іншым рухам ня выклікаць абвастрэньня ўжо даўно заглохлага процэсу. Між тым гінеколёгічным

хворым часта прызначаецца гінэколёгічны масаж, г. зн. такі метод лячэння, пры якім хворы орган або тканка, дзе калісьці разыграўся ўспаляльны процэс, падлягае ціску, расьціраньню, разьмінаньню і страсеньню. Недарма многія гінэколёгі адносяцца адмоўна да гэтага методу лячэння і лічаць яго нават шкодным. Але ёсьць і другая катэгорыя ўрачоў, якія сьцьвярджаюць, што гінэколёгічны масаж у многіх выпадках дае вельмі добрыя вынікі, калі карыстацца ім пры строга ўстаноўленых паказальнях і калі ён праводзіцца вопытнай і ўмелай рукой, якая навучылася добра дасьледваць. Адсюль вынікае, што правядзеньне масажу можа



Мал. 39. Электрычная ваена.

быць даручана акушорцы толькі ў самых простых, правераных выпадках, дзе нельга чакаць абвастрэння, і абавязкова пад контролем урача. Пры зьяўленьні якога-небудзь аскладненьня ў выглядзе павышэння тэмпературы або ўзмацненьня боляй, неабходна зараз-жа спыніць сэансы масажу.

Карыстаюцца масажам у наступных выпадках: пры хронічных мэтрытах, пры недастатковым адваротным разьвіцьці маціцы пасля родаў і выкідкаў; пры няправільным палажэньні маціцы ў залежнасьці ад зрашчэньняў, цяжаў і рубцоў і пры застарэлых рэштках парамэтрычных выпатаў, якія ўжо ўшчыльніліся. Рэкамендуецца ўжываць масаж пасля папярэдніх іншых, больш далі-



катных, процэдураў, якія рабіліся раней, а імяна, ванны, гарачыя спрынцаваньні, іхтыёлевая тампонада і да т. п.

Перад кожным сэансам масажу трэба спаражніць мачавы пузыр і ачысьціць кішочнік. Працягласьць кожнага сэансу павінна быць ад 5 да 10 мінут.

Вібрацыйны масаж адрозьніваецца ад бімануальнага тым, што замест знадворнай рукі, якая разьмінае, націскае і расьцягвае, дзейнічае шарападобны наканцоўнік. Прывадзімы электромоторам або нажной машынай у хуткі вярчальны рух, ён наносіць частыя і кароткія ўдары праз брушную сьценку той тканцы, якая падлягае масажу, і ўнутранымі пальцамі падводзіцца да брушной сьценкі. Аднак, гэты від масажу не знайшоў сабе шырокага ўжываньня ў гінекалёгіі.

2) *Гімнастыка*. У апошні час вялікае значэньне надаецца спорту, рэтмічнай гімнастыцы і іншым фізкультурным практыкаваньням у пэрыодзе фізычнага разьвіцьця жаночага арганізму. Але гімнастыкай можна карыстацца і пры розных захворваньнях. Так, напрыклад, агульная гімнастыка ўжываецца пры атлусьценьні, пры атоніі кішочніка, пры вяласьці агульнай мускулатуры і вяласьці ўсяго арганізму. Яна спрыяльна ўплывае таксама і на нэрвовую сыстэму.

Мясцовай гімнастыкай карыстаюцца ў гінекалёгіі для ўмацаваньня цягліц прамежжа і брушных сьценак, перарасьцягнутых у часе родаў або ў выніку дрэннага аднаўленьня ў пасляродавым пэрыодзе.

Рэкомэндуюцца наступныя штодзённыя гімнастычныя прыёмы:

1) Жанчына кладзецца на цвёрды ложак і стараецца сесьці без дапамогі рук.

2) Жанчына кладзецца на ложак з рассунутымі і сагнутымі ў каленах нагамі і стараецца зьвесці калены ў той час, як другая асоба (кіраўніца гімнастыкай) сваімі рукамі аказвае супраціўленьне.

3) Жанчына ляжыць у тым-жа палажэньні і стараецца разьвесці сьціснутыя разам калены пры супраціўленьні кіраўніцы:

4) Жанчына стаіць на адной назе, а другую паднімае да гарызонтальнай лініі ўперад і назад, утрымліваючы роўнавагу на адной назе.

5) Жанчына садзіцца на бераг крэсла з выцягнутымі нагамі, абапіраючыся рукамі на крэсла, яна паднімае і апускае ногі, не разгінаючы кален.

6) Жанчына, стоячы на цыпачках, рассоўвае калены ў бакі робіць прысяданні.

Да лекавай гімнастыкі належыць таксама сыстэматычнае прымяненне каленна-локцевага або каленна-груднага палажэння, якое рэкамендуецца пры перагібах і нахіленьнях маціцы кзаду.

Усе гэтыя пералічаныя прыёмы паўтараюцца па некалькі разоў на дзень.

Усе апісаныя методы лячэння, за выключэннем гімнастыкі, ужываюцца, як гэта відаць з вышэйсказанага, пры хронічных успаляльных процэсах і іх рэштках у тазавай вобласці. Усе яны дзейнічаюць рассасваючым і боляспыняючым чынам. Пры выбары сродкаў трэба, аднак, улічваць ня толькі аб'ектыўныя даныя гінэколёгічнага захворвання, але і суб'ектыўныя адчуванні хворай, яе агульны стан, узрост, констытуцыю, стан нэрвовай сыстэмы, навакольнае асяродзьдзе, умовы быту і працы, соцыяльнае становішча і т. д. Адны хворыя дрэнна пераносяць гразе-лячэнне, але адчуваюць сябе добра ад дытэрміі і наадварот. У адных ад масажу расстройваецца нэрвовая сыстэма, на другіх гэты метод лячэння ўплывае заспакойваюча. Пэсары, што ўводзяцца для ўтрыманьня маціцы ў нормальным палажэнні, прыдатны да жанчын ня фізычнай працы, але не падыходзяць для работніц і сялянак, праца якіх звязана з падніманьнем цяжараў і наогул з напружаньнем брушнага прэсу. У адных боль у жываце спыняецца ад прыкладаньня пузыра з лёдам, у другіх ён ад холаду павялічваецца, але зьмяншаецца ад сагравальнага компрэсу або ад цёплых прыпарак і т. д.

Адсюль вывад: пры выбары фізычнага методу лячэння трэба кожны выпадак індывідуалізаваць і ўжываць толькі падыходзячы для данага выпадку метод, інакш кажучы, трэба захоўваць адно з асноўных правіл мэдыцыны: трэба лячыць не хваробу, а хворага чалавека.

д) *Рэнтгэнотэрапія і радыётэрапія.* Як вядома, праменьні Рэнтгена маюць уласьцівасьць пранікаць праз розныя целы, няпрынікальныя для сьвятла, і таму імі карыстаюцца для дыягностычных мэт. Але праменьні Рэнтгена і радыю маюць яшчэ ўласьцівасьць пры пранікненьні ў органы і тканкі, разьмешчаныя глыбока ў організьме, дзейнічаць на іх разбуральна. Пад

іх уплывам гінуць як здаровыя, так і патолёгічныя клеткі. Асабліва чуйлівы да гэтых праменьняў клеткі яечніка і ракавай пухліны маціцы. На гэтай падставе пачалі карыстацца ўказанымі праменьнямі ў гінеколёгіі пры лячэньні фіброміом і раку маціцы. Пад уплывам гэтых праменьняў разбураюцца фолікулы яечніка; апошні паступова перастае функцыянаваць і ў выніку часта вялікія фіброміомы значна памяншаюцца ў сваім аб'ёме і разам з тым знікаюць выклікаемыя імі сымптомы, як крывяцязьне, ціск на суседнія органы і т. д. Такім чынам, пры дапамозе рэнтгенізацыі ўстанаўляецца клімактэрычны пэрыод, пры якім могуць наступіць зьявы выпаданья.

Праменьні Рэнтгена і радыё яшчэ больш інтэнсыўна дзейнічаюць на клеткі ракавай пухліны: пад іх уплывам клеткі рака маціцы гінуць і распадаюцца; у ракавую пухліну прарастае злучальная тканка і пухліна паступова ператвараецца ў рубец.

Аб паказаньнях і супроцьпаказаньнях да рэнгенотэрапіі і радыётэрапіі, а таксама аб прогнозе гл. лячэньне міом і рака маціцы.

У сучасны момант гэтыя мэтоды лячэньня пачалі конкурываць з апэрацыйным спосабам выдаленьня пухлін маціцы, але ўсебаковага прызнанья не атрымалі.

Апрача гэтай глыбокай рэнтгенізацыі ўжываецца яшчэ і павярхоўная рэнтгенізацыя пры сьвербе знадворных полавых частак, але толькі ў тым выпадку, калі сьверб ня выкліканы цукровай хваробай або якім-небудзь іншым захворваньнем.

---

Відавочна, што гэты разьдзел, у якім апісваюцца консьэрватыўныя мэтоды лячэньня і розныя лекавыя процэдуры, павінен вывучацца акушэркай і кожнай мэдычнай сястрой з асаблівай цікавасьцю, бо на іх абавязку галоўным чынам і ляжыць выкананьне большасьці гэтых процэдур. Яшчэ больш важна, каб акушэрка і мэдычная сястра практычна засвоіла пад кіраўніцтвам урача тэхніку гэтых мэтодаў лячэньня.

---

## РАЗЪДЗЕЛ ПЯТЫ

### ОПЭРАЦЫЙНАЕ ЛЯЧЭНЬНЕ

Опэрацыйнае лячэньне ўжываецца ў тых выпадках, калі консерватыўнае лячэньне ня прыводзіць да мэты або калі ад іншага віду лячэньня нельга чакаць спрыяльнага выніку. Часта, напрыклад, даводзіцца опэраваць у выпадках няправільнага палажэньня маціцы, калі ўжываньне цяплыні, электрычнай энэргіі і ніякі масаж ня могуць прывесці яе ў нормальнае палажэньне.

Пры выбары мэтаду лячэньня для жанчыны, занятай цяжкай фізычнай працай, у якой наяўна няправільнае палажэньне маціцы з выпаданьнем яе, мы спынімся хутчэй на опэрацыі, чым на нашэньні пэсарыю, які пры ўсякім яе напружаньні будзе ў яе выпадаць. Часамі прыходзіцца рабіць опэрацыю пры наяўнасьці ўспаляльных процэсаў прыдаткаў маціцы, якія не паддаюцца ніякай гідра-і электротэрапіі. Опэрацыя патрэбна для выдаленьня добракасных новаўтварэньняў, якія дасягнулі значнай велічыні і націскаюць на суседнія органы. Рознага роду парокі разьвіцьця і анатомічныя аномаліі могуць быць адхілены, калі ёсьць на гэта магчымасьць, толькі опэрацыйным шляхам. Нарэшце, опэрацыйнае ўмяшаньне няўнікальна пры злоякасных пухлінах і яно неабходна, прытым безадкладна, пры значным унутраным крывацячэньні, як пры разрыве цяжарнай трубы.

Пры ўсім гэтым заўсёды трэба мець на ўвазе, што ўсякае опэрацыйнае ўмяшаньне зьвязана з пэўнай небясьпекай для жыцьця хворых. Найменшая пагрэшнасць у правядзеньні асэптыкі і антысэптыкі можа выклікаць агульнае заражэньне арганізму, якая-небудзь памылка ў тэхніцы, неасьцярожныя і няўважлівыя адносіны да наркозу, а часамі непрадбачаная або выпадковая акалічнасьць можа спыніць жыцьцё опэруемай. Таму да пытаньня аб опэрацыйным умяшаньні належыць адносіцца з усёй сур'ёзнасьцю і самым дакладным чынам узважыць усе паказаньні і супроцьпаказаньні да гэтага віду лячэньня. Апрача таго, трэба

яшчэ памятаць, што опэрацыя наносіць ня толькі фізычную траўму органу, што опэруецца, але і псыхічную траўму ўсяму арганізму.

Улічваючы рызыку ўсякай опэрацыі, трэба рабіць яе толькі тады, калі хвароба зьяўляецца больш небяспечнай, чым сама опэрацыя. І ўмовы для ўтварэньня опэрацыі, і абстаноўка, у якой яна праводзіцца, і ўзрост, і агульны стан хворай павінны быць узяты пад увагу пры вырашэньні пытання аб опэрацыйным умяшаньні. І правільна д-р Лік, гаворачы аб урачы і яго пры- званьні, заўважае, што добрым хірургам павінен лічцца то які ведае, калі ня трэба опэраваць.

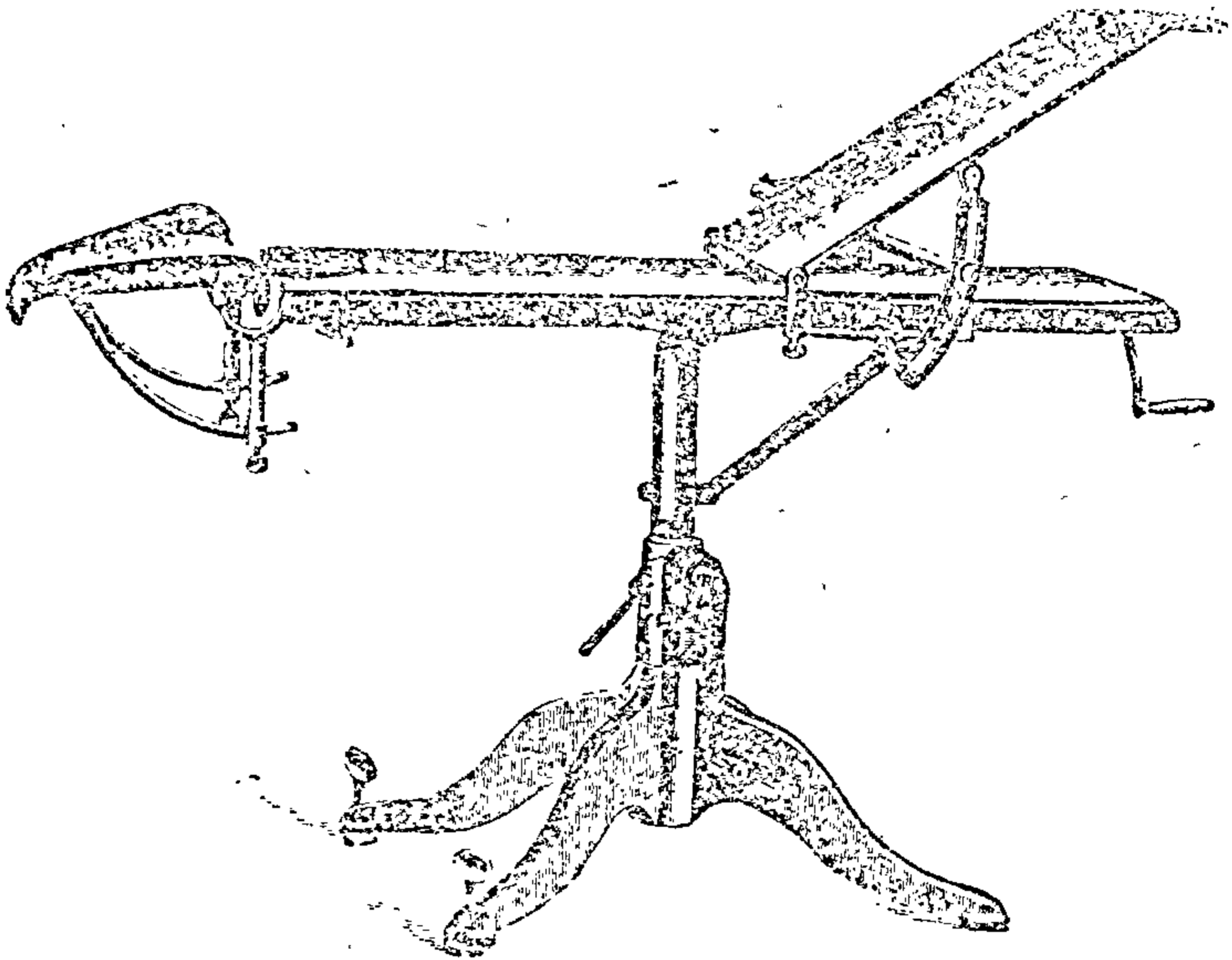
Опэрацыйнае ўмяшаньне, вядома, справа ўрача, опэрацыю робіць толькі ўрач, і ад яго ўменьня, кваліфікацыі, практыкі і тэхнікі залежыць вынік опэрацыі. Але ня меншая адказнасьць ляжыць і на мэдычнай сястры або акушэрцы, якая прымае ўдзел у опэрацыйным лячэньні. Яна зьяўляецца актыўнай памочніцай опэратара да, у часе і пасля опэрацыі. Яна падрыхтоўвае хворую да опэрацыі і на яе абавязку ляжыць падрыхтоўка інструмантаў і перавязачнага матэрыялу. Будучы опэрацыйнай сястрой, яна павінна сачыць за ходам опэрацыі і сваячасова падаваць урачу той або іншы інструмант. Часта акушэрцы прыходзіцца быць наркотызатарам і нават асыстыраваць урачу. Ёй-жа даручаецца і догляд хворай у пасляопэрацыйным пэрыодзе.

Для таго, каб акушэрка стаяла на вышыні свайго прызначэньня і магла быць карыснай памочніцай, яна павінна грунтоўна засвоіць і добрасумленна праводзіць у сваёй практычнай дзейнасьці ўсе тыя мерапрыемствы, якія стварылі-б спрыяльныя ўмовы для опэрацыі і забяспечылі-б гладкае, без аскладненьняў, цячэньне пасляопэрацыйнага пэрыоду.

І вось тут на першым пляне стаіць самае строгае выкананьне ўсіх правіл асэптыкі, г. зн. ужываньне ўсіх тых мерапрыемстваў, якія неабходны для папярэджаньня інфэкцыі. Дапаможны мэдычны атрад павінен засвоіць, што найменшае парушэньне гэтых правіл можа прывесці да самых сумных вынікаў для хворай, што опэруецца. Сястра або акушэрка таксама павінна сачыць за тым, каб дапамагаючы ёй малодшы пэрсонал, быў выхаваны ў тым-жа духу ў сэнсе строгага выкананьня патрабаваньняў асэптыкі.

## I. ПАДРЫХТОЎКА ДА ОПЭРАЦЫІ

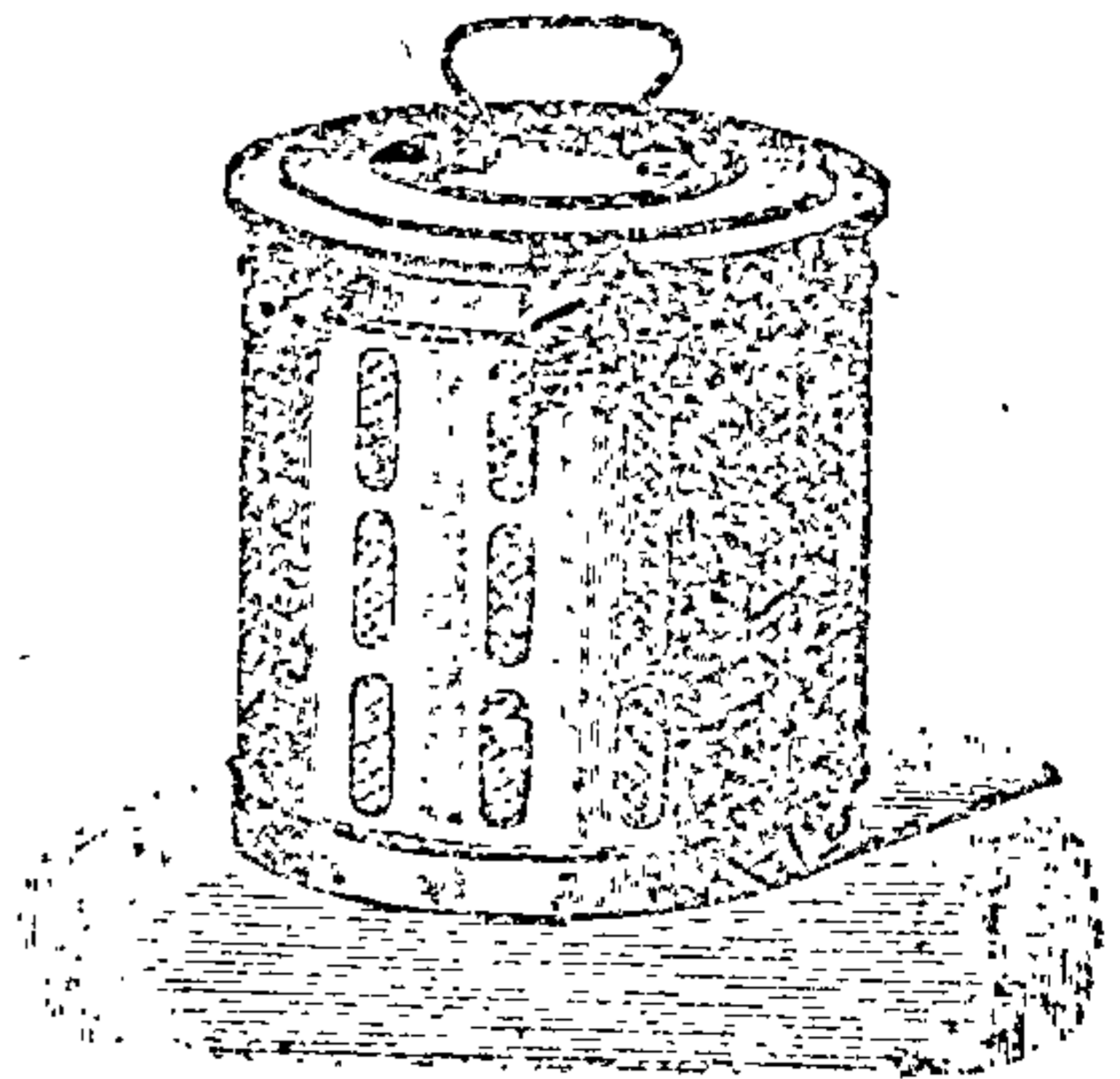
Опэрацыйная і яе абстаноўка. У гінеколёгічных клініках і гінеколёгічных аддзяленьнях больніц ёсць опэрацыйныя, якія



Мал. 40. Опэрацыйны стол.

пабудаваны згодна ўсіх патрабаваньняў тэхнікі і гігіены і абсталяваны ўсімі неабходнымі прыстасаваньнямі. У опэрацыйнай павінны знаходзіцца опэрацыйны стол (мал. 40), некалькі столікаў для інструментаў, бікс з бялізнаю і перавязачным матэрыялам (мал. 41), некалькі табурэтак для эмаляваных тазаў, прывінчаны да сьцяны ўмывальнік з цякучай халоднай і цёплай вадой і столік для прадметаў, патрэбных для наркозу.

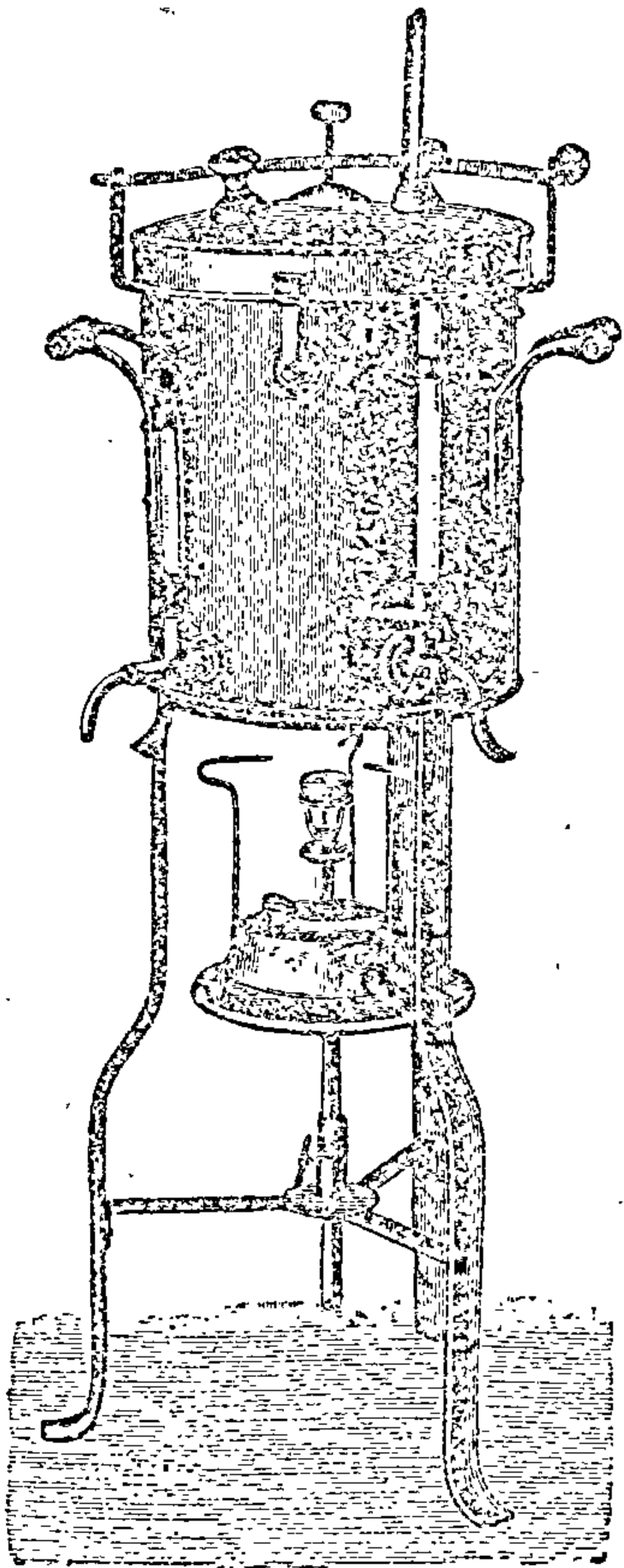
Сярэдні і малодшы мэдпэрсонал абавязаны сачыць за тым, каб опэрацыйная трымалася ў ідэальнай чыстаце, каб у ёй нідзе і ні на чым ня было пылу, каб яна часта вэнталявалася, каб сьцены і сталы, афарбаваныя алейнай фарбай, а



Рыс. 41. Бікс.

таксама мэбля, што знаходзіцца ў ёй, часта выціраліся, каб да і пасля операцыі падлога была чыста вымыта, каб тэмпература ў пакоі ў часе операцыі была ня ніжэй  $14^{\circ} \text{C}$ .

Але акушэрцы, якая працуе на раёне, часамі даводзіцца дапамагаць урачу ў часе экстранай, неадкладнай операцыі ў хатняй вясковай абстаноўцы, калі па той або іншай прычыне хворую немагчыма завезці ў лекавую ўстанову.



Мал. 42. Аўтокляў.

У такіх выпадках акушэрка павінна ўжыць максымум намаганьняў і скарыстаць ўсе магчымасьці, каб „операцыйную“ прывесці ў такі стан, пры якім операцыя магла-б быць праведзена з мінімальнай рызыкай для хворага. Акушэрка павінна паклапаціцца аб тым, каб лішняя мэбля, рэчы і ўсякае рызьзё былі вынесены з пакою, каб ён быў ачышчаны ад сьмецьця і пылу, каб падлога была вымыта і каб пакой быў грунтоўна правэнталяваны. Праў проф. Салаўёў, кажучы, што операцыі можна праводзіць ва ўсякім пакоі.

Стэрылізацыя бялізны і перавязачнага матэрыялу. Уся бялізна, прызначаная для ўдзельнікаў операцыі, для хворага і для операцыйнай, а таксама перавязачны матэрыял (халаты, касыпкі, просьціны, падсьцілкі, сурвэткі, бінты, ватныя і марлевыя тампоны) павінны быць стэрылізаваны, г. зн. абеззаражаны ад інфэкцыі. Стэрылізацыя праводзіцца ў асобным апарата—аўтокляве—пры дапамозе

цяжучай пары, якая знаходзіцца пад пэўным ціскам (мал. 42).

Кожная акушэрка павінна быць добра знаёма з будовай аўтокляву і карыстаньнем ім.

Стэрылізацыя матэрыялу для швоў. Матэрыялам для швоў служыць шоўк, кетгут, дрот і звычайныя ніткі. Для

стэрылізацыі шоўку і кетгуту, для хавання іх у стэрылізаваным выглядзе карыстаюцца рознымі спосабамі і кожны аддае перавагу таму спосабу, які яму здаецца найлепшым. Дрот стэрылізуецца кіпячэньнем разам з інструмантамі.

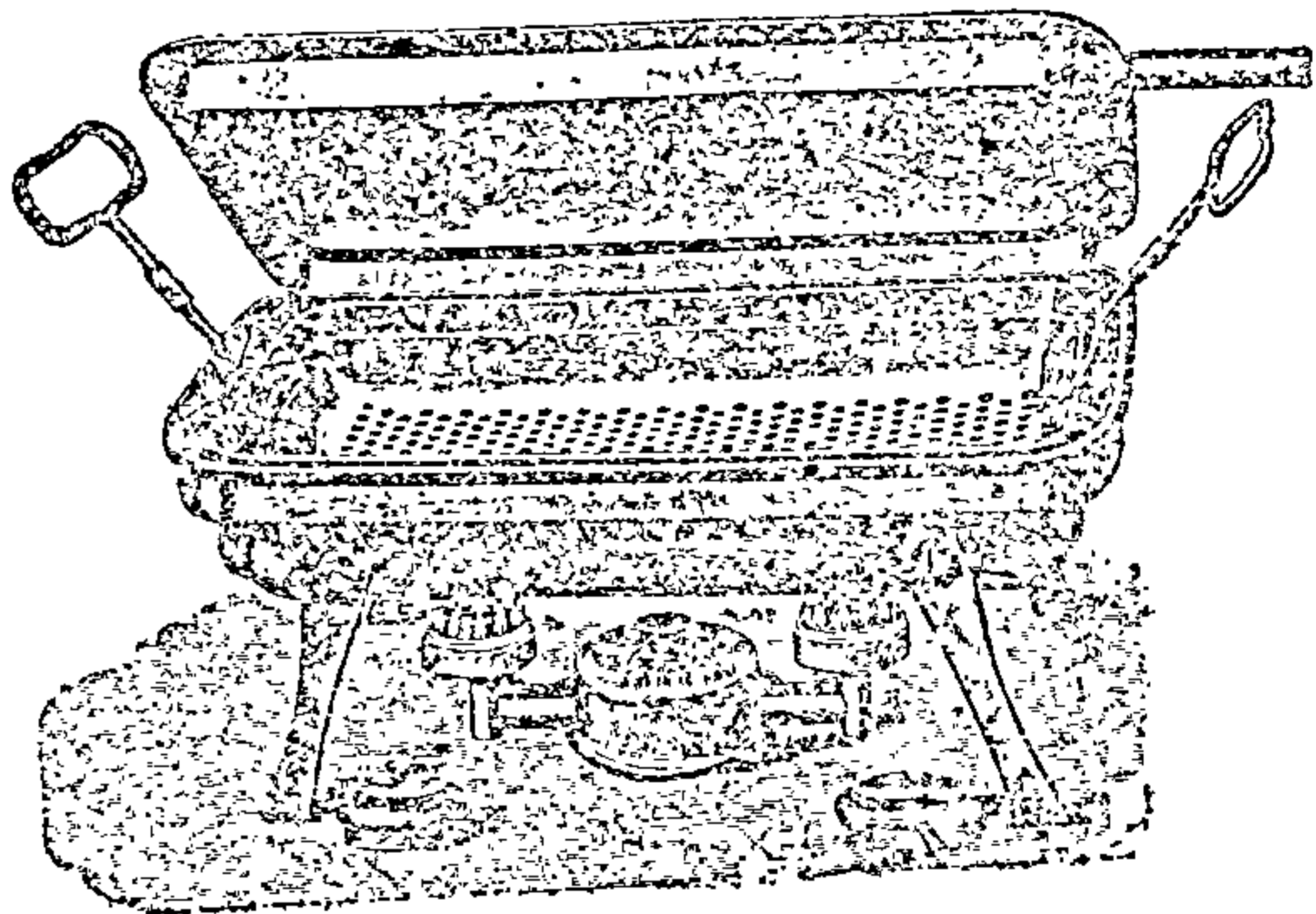
Стэрылізацыя інструментаў. Інструменты стэрылізуюцца гатаваньнем у мэталічнай скрынцы, якая вядома пад назвай „стэрылізатар“ (мал. 43). Каб інструменты не чарнелі і не іржавелі, іх трэба апускаць у кіпячую ваду, а па сканчэньні гатаваньня не пакідаць іх у астыўшай вадзе. Каб захаваць інструменты ад іржавеньня, раіцца яшчэ дадаваць да вады соду (на 1 літр вады 10 гр. соды). Інструменты прагатоўваюцца на працягу 15—20 мінут. Па сканчэньні операцыі інструменты павінны быць зараз-жа ачышчаны ад прыстаўшай да іх крыві і, каб унікнуць іржавеньня, насуха выцерты.

Рэжучыя інструменты, а іменна: скальпэлі і нажвіцы ад гатаваньня тупяцца, а таму іх не прагатоўваюць, а праціраюць 96 градусным сьпіртам і за некалькі гадзін да операцыі трымаюць іх у судзінах са сьпіртам. Аднак, некаторыя ўрачы ўсё-ж такі стэрылізуюць скальпэлі і нажвіцы гатаваньнем, але папярэдне заверчваюць кожны інструмент у марлю і потым ужо апускаюць у кіпячую ваду.

Стэрылізацыя шчотак. Шчоткі для мыцьця рук стэрылізуюцца гатаваньнем на працягу 15 мінут. Захоўваюцца яны ў раствору сулемы (1 : 1000).

Эмаляваная тазы абпальваюцца сьпіртам.

Абеззаражваньне рук. Падрыхтоўка рук для операцыі, каб зрабіць іх стэрыльнымі, зьяўляецца адной з важнейшых і разам з тым і самых цяжкіх задач асэптыкі. Важна гэта таму, што рукі заўсёды служылі і зараз служаць галоўнай крыніцай заражэньня. Абеззаражваньне рук цяжка таму, што ў іх скуры ёсьць складкі, поры, залозы, а часамі яшчэ і пашкоджаньні ў



Мал. 43. Стэрылізатар.



выглядзе задзірын, трэшчын, царапін і да т. п., дзе хаваюцца розныя мікробы. Апошніх яшчэ больш бывае ў падпазногцевых прасторах. Але асабліва цяжка і нават немагчыма ў кароткі час прывесці рукі ў стэрыльны стан, калі яны судакраналіся з гнілотнымі, гнойнымі і сэлтычнымі матэрыяламі.

Ранейшае бязумоўнае давер'е да антысэптычных сродкаў, забіваючых бактэрыі, з надыходам асэптычнай эры ў мэдыцыне даўно ўжо пахіснулася. Бактэрыёлёгічнымі досьледамі даказана, што нават працяглае дзеянне такога моцнага антысэптычнага сродку, як сулема (1:1000), ня можа канчаткова знішчыць усе бактэрыі. Такім чынам ясна, што адно апусканьне рук у антысэптычны раствор сулемы або лізоформу, як гэта рабілася раней і як цяпер яшчэ робяць некаторыя асобы мэдпэрсоналу, зусім недастаткова для абеззаражваньня рук.

Трэба памятаць, што рукі ня інструманты, якія гатаваньнем можна абясшкодзіць ад бактэрыі і пакінуць іх у стэрыльным стане на працяглы час. Нашы рукі ў штодзённым жыцьці прыходзяць у судакрананьне з рознымі прадметамі, падазронымі па сваёй чыстаце. Адсюль вынікае, што мэдпэрсонал, які прымушаны прама або ўскосна прымаць удзел у операцыі, павінен старанна ахоўваць свае рукі ад забруджваньня\*). Гінеколёг, акушэрка і мэдычная сястра павінны ўнікаць дакранацца да брудных прадметаў, а да заведама сэптычнага матэрыялу яны без асаблівай патрэбы не павінны дакранацца. У такіх выпадках пінцэт павінен замяняць пальцы.

Але бываюць выпадкі, калі няўнікальна прыходзіцца інфэктаваць свае пальцы, як напрыклад, пры дасьледваньні сэптычнай хворай, пры выдаленьні з маціцы смуродных рэштак плоднага яйца, або пры ўскрыцьці гнойнага абсцэсу. Лепш за ўсё ў такіх выпадках працаваць у пальчатках, якія разам з тым ахоўваюць мэдпэрсонал ад заражэньня. Але калі рукі дакрануліся да гэтага матэрыялу, то патрэбна неадкладная і на працягу дня шматразовая і грунтоўная ачыстка і дэзынфэкцыя рук. Яшчэ лепш, калі адзін або два дні трымаць сябе ў карантыне, г. зн. устрымлівацца ў той самы і наступны дзень ад якой-бы то ня было операцыі.

\*) Адзін вельмі аўтарытэтны гінеколёг перасьцерагае сваіх таварышоў ад нажэньня пальчатак у штодзённым жыцьці, бо яны часта зьяўляюцца месцазыходжаньнем розных мікробаў.

Для абеззаражвання рук перад апэрацыяй прапанавана шмат спосабаў, але найбольш пашыраным зьяўляецца спосаб Фюрбрынгера, які складаецца з трох момантаў. Першы момант—гэта механічная чыстка. Яна зводзіцца да наступнага: папярэдне коратка падрэзаныя пазногці пальцаў і падпазногцевыя прасторы ачышчаюцца ад бачнага бруду пазногцечысьцілкай, пасля чаго мыюць рукі да локця цёплай вадой з мылам на працягу пяці мінут, з дапамогаю прастэрылізаванай шчоткі, потым сьвежай шчоткай зноў мыюць рукі, асабліва кончыкі пальцаў і далоні на працягу 3—5 мінут. Абмыўшы рукі вадой, выціраюць іх стэрыльнай сурвэткай або ручніком.

Другі момант заключаецца ў абціраньні рук 96° сьпіртамі з дапамогаю марлі на працягу 2 мінут.

Трэці момант—гэта хімічнае ўздзеянне дэзынфекцыйнай вадкасьці. Для гэтага апускаюць рукі ў тазік з растворам сулемы 1 : 1000. Некаторыя хірургі змазваюць яшчэ кончыкі пальцаў ёдам.

Многія хірургі надзяюць на абеззаражаныя рукі яшчэ стэрыльныя гумовыя пальчаткі. Яны стэрылізуюцца або шляхам гатаваньня, або ў аўтокляве. Некаторыя хірургі на гумовыя пальчаткі надзяваюць яшчэ тонкія ніцяныя пальчаткі, але чуласьць пальцаў пры гэтым значна зьніжаецца. Ніцяныя пальчаткі стэрылізуюцца ў аўтокляве разам з перавязачным матэрыялам. Яны зручны тым, што пры забрудненьні іх у часе апэрацыі крывёю або гноем яны лёгка могуць быць заменены сьвежымі.

## II. ПАДРЫХТОЎКА ХВОРАЙ ДА ОПЭРАЦЫІ

Напярэдадні апэрацыі:

1) Зьмясьціць хворую ў палатку, дзе знаходзяцца выздараўліваючыя пасля апэрацыі хворыя. Гэта дзейнічае на хворую заспакойваюча, і надыходзячая апэрацыя не здаецца ёй страшнай.

2) Памыць хворую ў мыльнай ванне, а калі гэта немагчыма, абцерці яе сьпіртамі, напалавіну разьведзеным вадой.

3) Ачысьціць кішочнік, што дасягаецца прызначэньнем лёгкай ежы напярэдадні апэрацыі і развальняючым. Перад плястычнай апэрацыяй на прамежжы ачышчэньне кішочніка пачынаецца за 3 дні да апэрацыі прызначэньнем развальняючых і клізмы.

4) Пры похвазых опэрацыях вызначыць ступень чыстаты похвавай флёры і пры ўстанаўленьні 3-й і 4-й ступені спрынцаваць похву на працягу некалькіх дзён дэзынфэктуючым растворам.

5) Пры надыходзе мэнструацый похвавая опэрацыя адкладаецца да сканчэньня яе. Опэрацыя бязумоўна адкладаецца пры наяўнасьці на скуры, паблізу опэрацыйнага поля, язвачак або фурункулаў да іх загаеньня.

6) Згаліць валасы на лобку і на знадворных полавых частках, а пры чэравасячэньні і на пярэдняй брушной сыценцы. Абмыць знадворныя полавые органы, сумежныя з паверхняй бёдраў цёлай вадой з мылам, а похву праспрынцаваць растворам сулемы 1 : 1000. Пры падрыхтоўцы да чэравасячэньня трэба старанна мыць брушную сыценку і апрацоўваць яе сьпіртамі.

У дзень і перад пачаткам опэрацыі:

1) За тры гадзіны да опэрацыі робіцца клізма, а перад самым пачаткам опэрацыі катэтарам апаражняецца мачавы пузыр і хворая надзяе стэрыльныя кашулю і панчохі.

2) Падрыхтоўка скуры жывата робіцца рознымі хірургамі рознымі спосабамі. Адны зноў мыюць брушную сыценку мылам і цёлай вадой, абціраюць сьпіртамі і змазваюць ёдам; другія абціраюць толькі бэнзынам і потым змазваюць ёдам, трэція робяць толькі змазаньне ёдам, ёд-бэнзынам, або адным сьпіртамі. Асабліва стараннай ачысткі патрабуе пупок.

3) Пры похвавых опэрацыях другі раз мыюцца прылягаючыя паверхні бёдраў і знадворныя полавые часткі, похва спрынцуецца і абціраецца сьпіртамі.

4) Опэрацыйнае поле абкладаецца з усіх бакоў стэрыльнымі просьцінамі, якія прымацоўваюцца спэцыяльнымі заціскальнікамі.

Падрыхтоўка хвораі да опэрацыі, як відаць са сказанага, зьяўляецца работай нескладанай і можа быць выканана пры ўсякай абстаноўцы. Яна звычайна даручаецца акушэрцы або мэдычнай сястры, якая нясе адказнасьць за дакладнае і акуратнае выкананьне ўсіх пералічаных прадпісаньняў. Як парушэньне правіл асэптыкі, так і неахайная падрыхтоўка хвораі да опэрацыі можа мець непажаданыя вынікі.

### III. АБЯЗБОЛЬВАНЬНЕ (НАРКОЗ)

У мэтах бязбольнага ўтварэньня апэрацыі ўжываецца агульны наркоз і мясцовае абязбольваньне (анэстэзія). Кожны з гэтых спосабаў вымагае навыку і напрактыкаванасьці. Таму наркоз звычайна даручаецца вопытнаму ў гэтых адносінах урачу. Але і сярэдні мэдпэрсонал павінен быць добра знаёмы з тэхнікай абязбольваньня, з супроцьпаказаньнямі, з аскладненьнямі і з мерамі папярэджаньня і адхіленьня гэтых аскладненьняў. І сапраўды, часта прыходзіцца апэраваць у такіх умовах, калі, з прычыны адсутнасьці памочнікаў, наркоз можа і павінен быць даручаны толькі акушэрцы або мэдычнай сястры. Таму кожная мэдычная школа павінна выхоўваць умелых і вопытных наркотызатараў.

1. Агульны наркоз. Найбольш часта ўжываецца агульны наркоз, пры якім усыпленьне і страта чуйлівасьці наступае ад удыханьня пары хлёроформу або эфіру. Ня глядзячы на вялікае падабенства гэтых дзьвёх наркотычных матэрыяў, кожная з іх, аднак, мае свае адрозьненні, свае асаблівасьці.

*Хлёроформ*—гэта бескаляровая і празрыстая вадкасьць з саладкаватым пахам, якая павольна выпараецца і разлагаецца пад уплывам дзеннага сьвятла, асабліва сонечнага.

*Эфір*—празрыстая вадкасьць, з характэрным пахам, якая хутка выпараецца і лёгка ўспалымняецца.

Усыпленьне і абязбольваньне ад хлёроформнага наркозу надыходзіць значна хутчэй чымся эфірнага, а прабуджэньне пасля яго больш павольнае, чым пасля другога. Хлёроформ дэрэнна ўплывае на сэрца і зьніжае крывяны ціск, а эфір узбуджае сардэчную дзейнасьць і павышае крывяны ціск. Эфір, ня маючы такога токсичнага дзеяньня як хлёроформ, мае, аднак, пабочнае дзеяньне: ён раздражняе сьлізевыя абалонкі дыхальных шляхоў і пры працяглым дзеяньні можа выклікаць бронхіт і пнэўмонію.

*Супроцьпаказаньні да наркозу.* Хлёроформны наркоз супроцьпаказан пры міокардыце, дэкомпэнсаваных парокках і атлусьценьні сэрца, пры захворваньні судзіннай сыстэмы, нырак і пры дыябэце. Некаторыя хірургі ўстрымліваюцца ад хлёроформнага наркозу пры кампэнсаваных парокках сэрца, пры рэзкай анеміі і Базэдавай хваробе.

Супроцьпаказаньні да эфірнага наркозу наступныя: усякага роду захворваньні дыхальных шляхоў (тубэркулёз, бронхіт, пнэўмонія, эмфізэма лёгкіх), успаленьне нырак і дыябэт.

З прычыны большай бясъпечнасьці эфіру ў адносінах уплыву яго на сэрца ў апошні час пачалі ўсё часьцей карыстацца эфірным наркозам.

Некаторыя хірургі карыстаюцца мяшаным наркозам, г. зн. пачынаюць усыпляць хворую з дапамогаю хлёрформу, а затым працягваюць наркоз на адным эфіры. Зьмешваць хлёрформ і эфір у адным флаконе і наркотызаваць гэтую сумесьсю. Як гэта некаторыя робяць, не рэкомэндуецца.

*Падрыхтоўка хворай і падрыхтаваньні да наркозу.* У мэтах напярэджаньня аскладненьняў у часе і пасля наркозу, неабходна папярэдняе абсьледваньне хворай за некалькі дзён да опэрацыі. Асабліва старанна павінны быць дасьледваны органы дыханьня і крывязвароту, г. зн. лёгкія і сэрца. Для вызначеньня працаздольнасьці сэрца і лёгкіх рэкомэндуецца ў няпэўных выпадках ужываньне так званай дыхальнай пробы, якая заключаецца ў наступным: хворую прымушаюць затрымаць дыханьне і назіраюць, колькі сэкунд пройдзе да першага мімавольнага ўздыху. Здаровы чалавек з нормальным сэрцам можа затрымаць дыханьне на 20—30 сэкунд. Затрымка дыханьня на меншую колькасьць сэкунд сьведчыць аб сардэчным захворваньні. Неабходна таксама дасьледваць мачу на бялок і цукар.

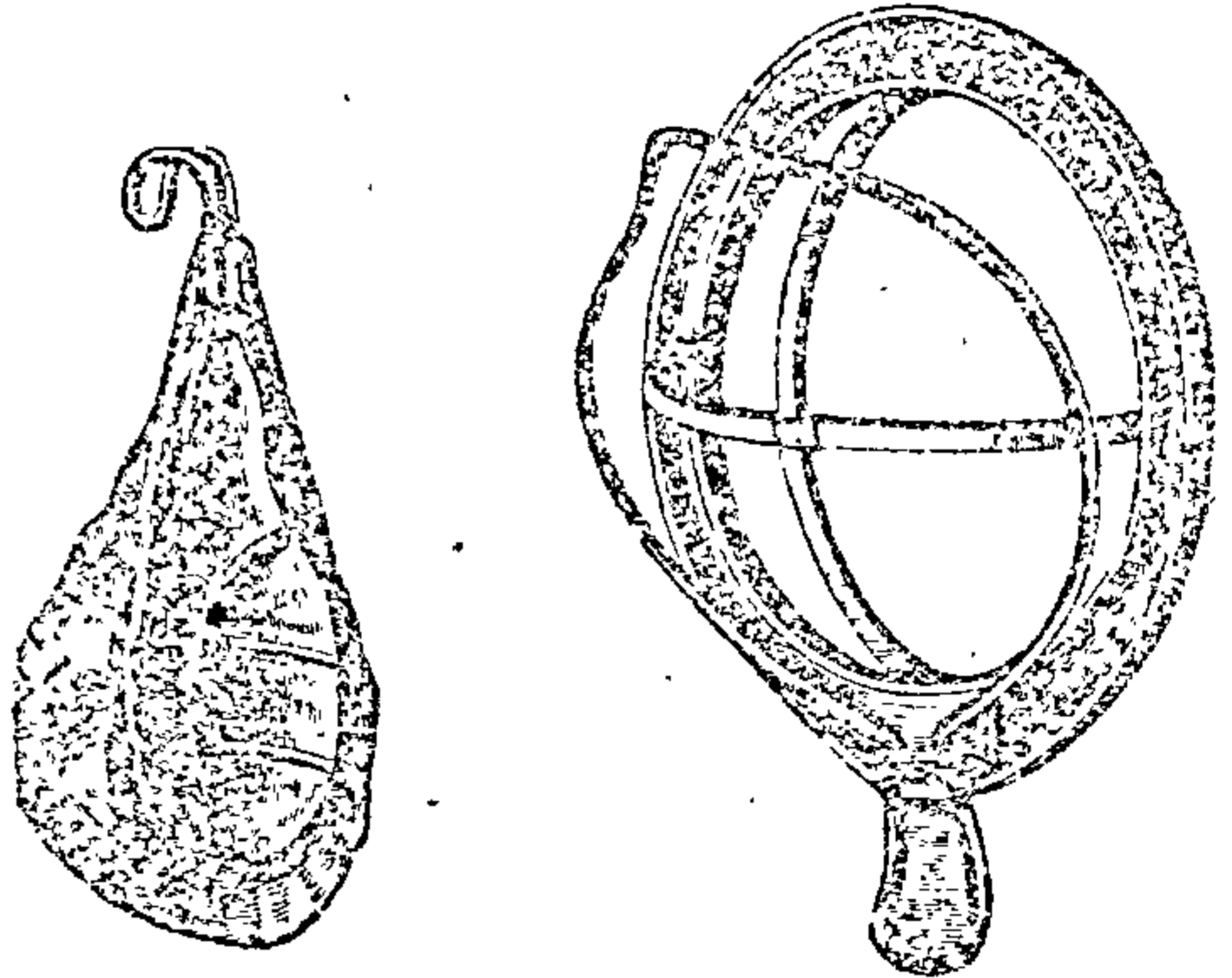
Для папярэджаньня ванітаваньня ў часе наркозу патрэбна, каб кішочнік быў ачышчаны і каб страўнік быў пусты. У дзень опэрацыі можна дазволіць выпіць ня больш кубка чаю, чорнай кавы або віна, але не пазьней, чым за 2 гадзіны да опэрацыі.

Нэрвовым хворым, асабліва калі яны церпяць ад бяссоньніцы, рэкомэндуецца напярэдадні нанач прапісаць парашок вэранолю, а перад самым наркозам упырснуць морфій.

Пытаньне аб тым, дзе лепш праводзіць наркоз, у асобным пакоі або ў самай опэрацыйнай, вырашаецца рознымі хірургамі парознаму. Усё-ж такі там, дзе гэта магчыма, рацыянальней наркотызаваць хворую ў асобным пакоі, бо выгляд опэрацыйнай і ўсіх падрыхтаваньняў, а таксама прысутнасьць каля паўдзясятка памочнікаў, а часамі яшчэ значная колькасьць вучняў у якасьці глядачоў—усё гэта робіць на хворую дрэннае ўражаньне і выклікае непакой і хваляваньне.

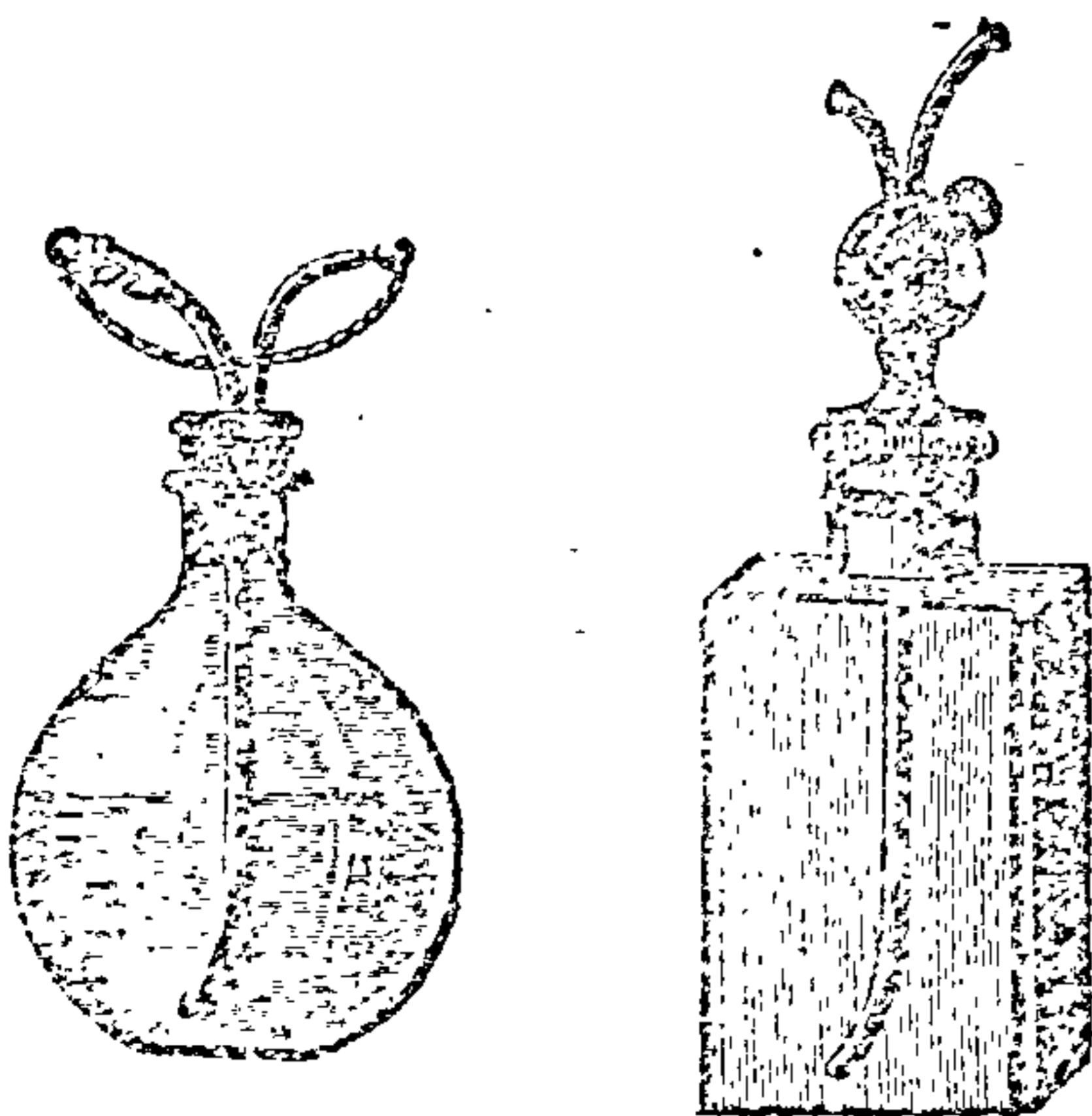
Ва ўсякім разе, калі наркоз даводзіцца даваць у апэрацыйнай, то трэба прывесці хворую ў прыбраную апэрацыйную, дзе не павінна быць сьлядоў нядаўна зробленай апэрацыі (крыві, выдаленых пухлін і да т. п.).

Для наркозу трэба нарыхтаваць на асобным століку наступныя прадметы (мал. 44, 45): маску, кропельніцу з хлёроформам і эфірам (мал. 46, 47), ротарасшыральнік, языкатрымальнік (мал. 48, 49), корнцанг для захопліваньня кавалачкаў марлі і выціраньня імі гартані ад сьлізу, ручнік для прыкрываньня вачэй хворай, каб унікаць раздражненьня іх параю хлёроформу, вазэлін для змазваньня твару, каб ня было апёкаў, якія могуць здарыцца ад трапленьня кропель хлёроформу, та-



Мал. 44 і 45. Маскі для наркозу.

з ік на выпадак ванітаваньня (мал. 50). Неабходна мець нага-  
тове прастэрылізаваны шпрыц і растворы камфары, кофэіну і дыгалену. У некаторых апэрацыйных ёсьць яшчэ падушка з кіслародам.



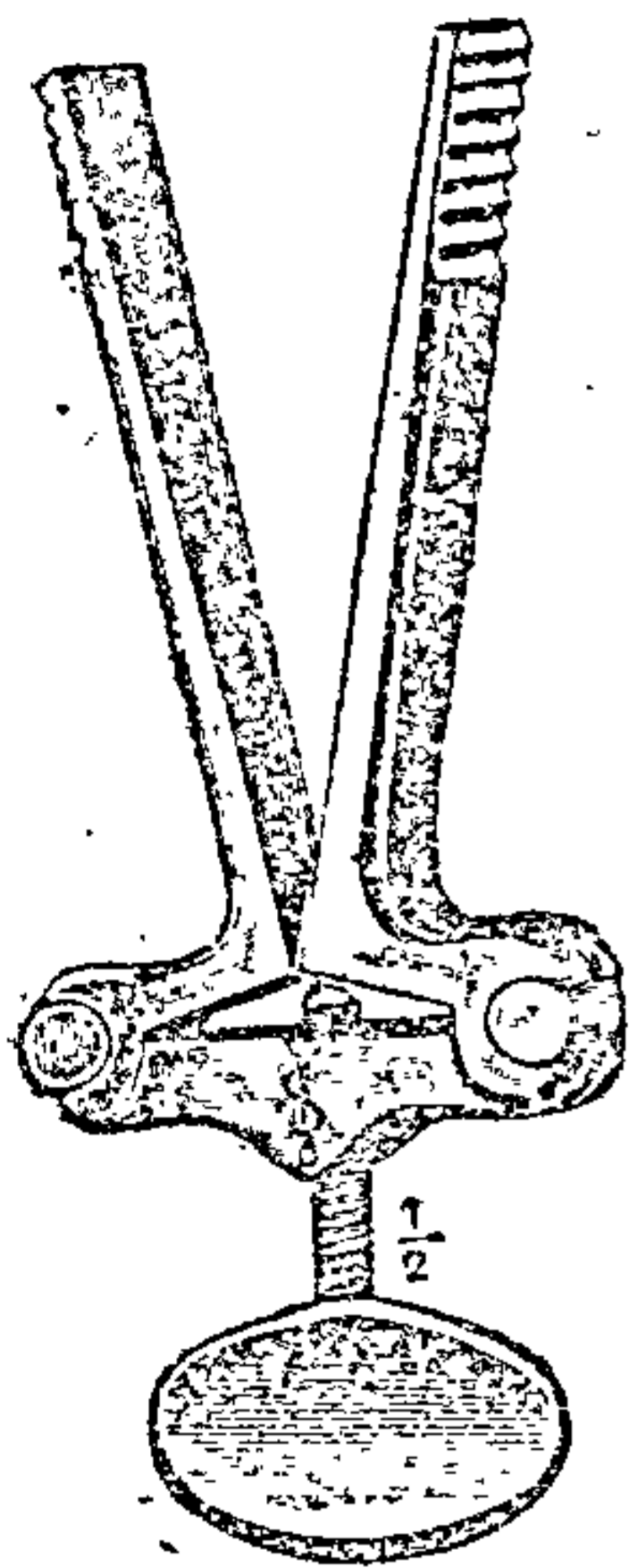
Мал. 46 і 47. Кропельніцы для наркозу.

Перад пачаткам наркозу неабходна даведацца, ці няма ў хворай ківаючыхся або ўстаўных зубоў.

Неабходна яшчэ адзначыць, што як хлёроформ, так і эфір павінны быць добрай якасьці і спэцыяльна прыгатаваны для наркозу. З-за лёгкай разлагальнасьці абедзьвюх гэтых матэрыялаў пад уплывам дзеннага

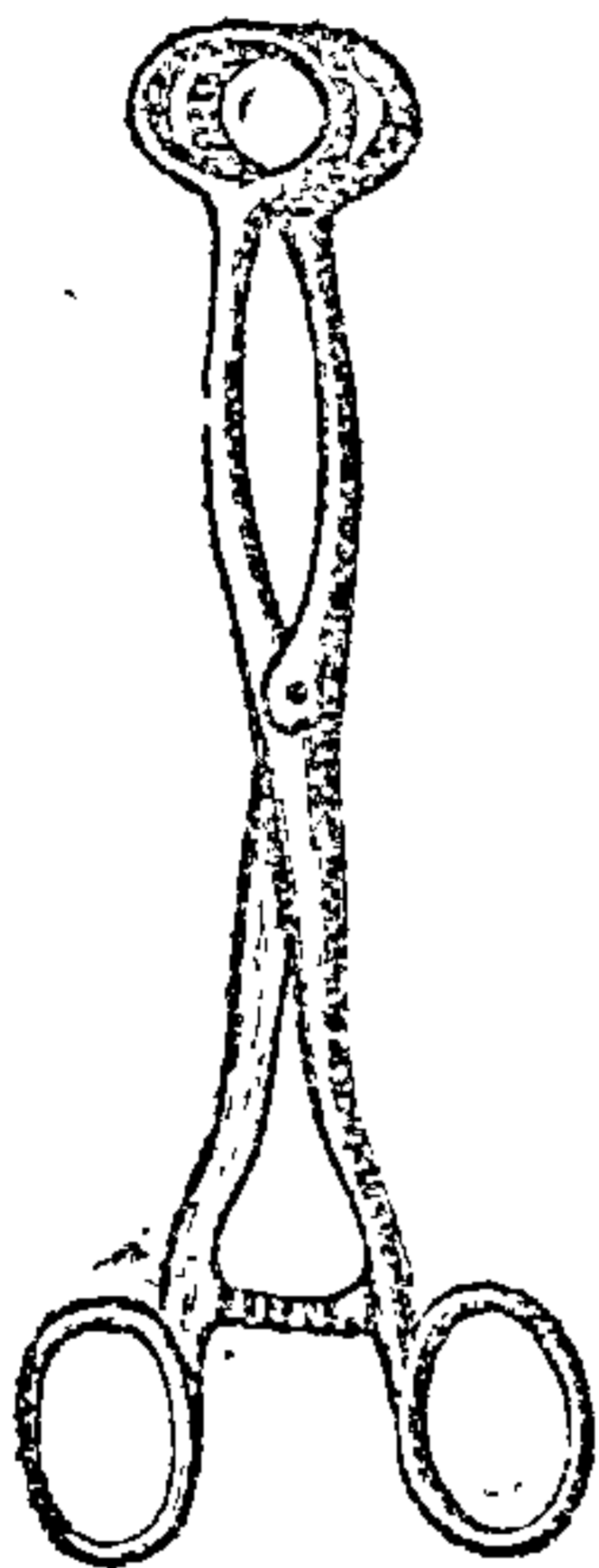
сьвятла, яны павінны захоўвацца ў цёмнай добра закоркаванай бутэльцы і ў месцы, куды ня можа трапіць сьвятло.

*Тэхніка наркозу.* Пачынаць наркоз трэба пры абсолютнай цішыні ў операцыйнай. Пачынаюць наркоз накапваннем хлёрформу ў самых нязначных дозах і пры гэтым загадваюць хворай дыхаць роўна і глыбока, а наркотызатар павінен часта перапыняць прыкладаньне маскі, каб пры кожным перапынку хворая мела магчымасьць свабодна ўдыхаць сьвежае паветра.



Мал. 48.

Ротарасшыральнік.



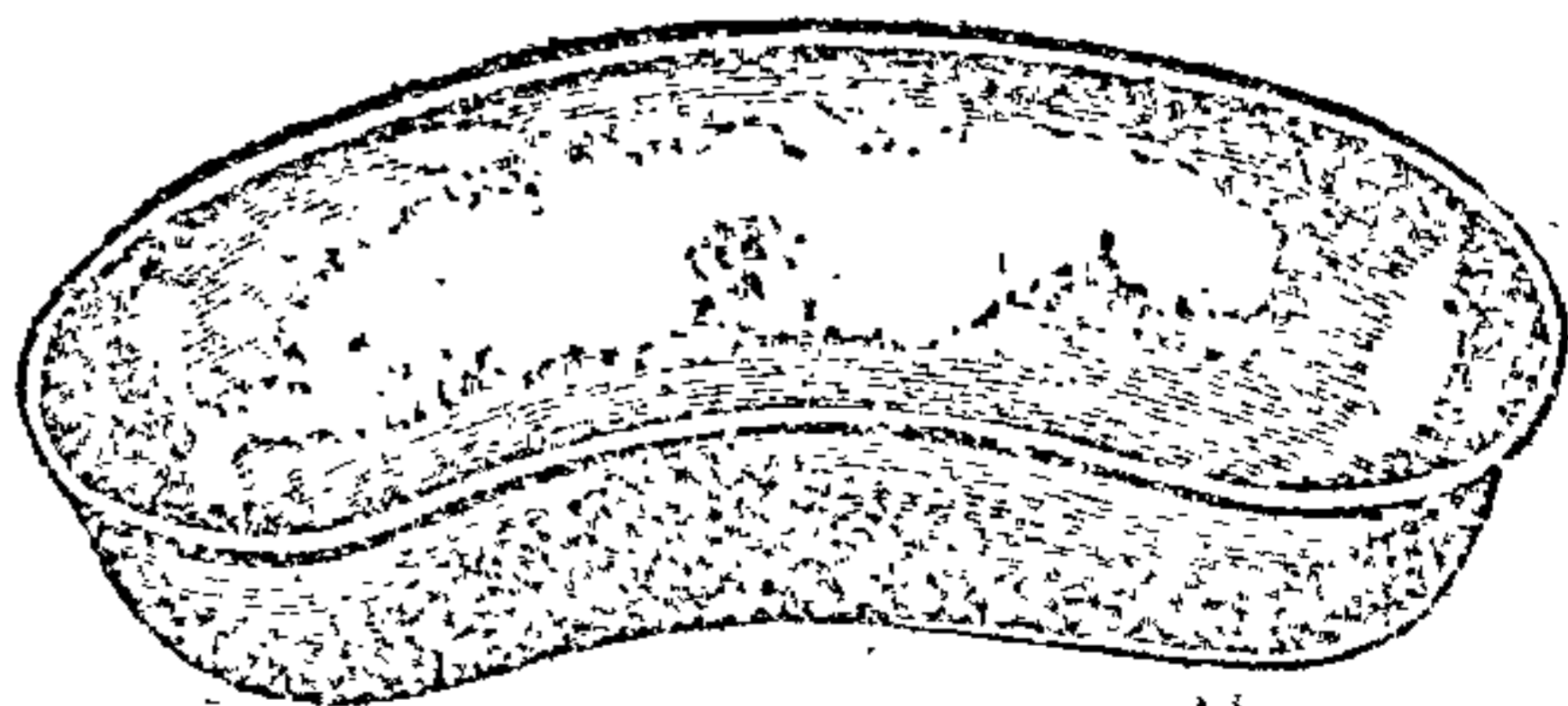
Мал. 49.

Языкатырымальнік.

У гэты-ж час раець хворай лічыць у голас да 100 або больш, а потым у адваротным парадку. Калі хворая пачынае блытацца ў лічэньні, то гэта азначае, што сьвядомасьць зацьмяваецца і надыходзіць першая—падрыхтоўчая стадыя наркозу. У гэты час пульс і дыханьне пачашчаюцца. Гэта стадыя канчаецца стратай прытомнасьці, а за ёй пачынаецца другая стадыя—пэрыод узбуджэньня: хворая пачынае сьпяваць, крычаць і ляцаць. Зьяўляюцца сударгавыя рухі ў руках і нагах, хворая кідаецца, зрывае з сябе маску і імкнецца ўстаць. Пульс і дыханьне яшчэ

больш пачашчаюцца, зрэшты некалькі расшыраюцца, але яшчэ рэагуюць на сьвятло. Пры паскораньні накапваньня хлёрформу параўнаўча хутка надыходзіць трэцяя стадыя—пэрыод

поўнага сну, які характарызуецца поўнай стратай прытомнасьці, адчувальнасьці і зьнікненьня ўсіх адвольных цяглічых скарачэньняў і рэфлексаў. Апошнім зьнікае корнэальны рэфлекс, які заключаецца ў тым, што пры дакрананьні



Мал. 50. Тазік для ванітных мас.

пальца да рагавой або злучальнай абалонкі вока адбываецца замыканьне павека. Калі-ж такое дакрананьне не выклікае замыканьня павек, то гэта азначае, што хворая знаходзіцца ў глыбокім сьне і што можна прыступіць да операцыі. У гэтым пэры-

одзе пульс і дыханьне крыху замаруджваюцца і робяцца больш роўнымі.

Пры вядзенні наркозу неабходна сачыць за агульным станам хворай, але галоўным чынам за дыханьнем, афарбоўкай скуры і станам пульсу.

Тэхніка эфірнага наркозу адрозьніваецца ад тэхнікі хлёрформеннага наркозу толькі тым, што замест накапваньня тут прыходзіцца паўторна прыліваць у маску невялікую колькасць эфіру; у астатнім усе дэталі аднолькавы. Некаторая розьніца заўважэцца толькі ў карціне ўсіх трох стадый наркозу: падрыхтоўчы пэрыод пры наркотызацыі эфірам даўжэйшы, а таму ў пэўных выпадках для скарачэньня гэтага пэрыоду ўжываюць мяшаны наркоз. Пэрыод узбуджэньня выяўлен крыху мацней. У трэцім пэрыодзе афарбоўка скуры цыянотычная. Перавага эфіру перад хлёрформам у тым, што нават вельмі вялікая колькасць яго лёгка пераносіцца і ня мае такога шкоднага ўплыву на арганізм, як пара хлёрформу ў той-жа колькасці. Таму эфірны наркоз асабліва неабходны пры цяжкіх і працяглых апэрацыях, а таксама пры экстрэнных апэрацыях у абяскроўленых хворых.

*Аскладненьні ў часе і пасля наркозу.* Самым частым аскладненьнем у часе наркозу зьяўляюцца ваніты. Яны бываюць як пры хлёрформенным, так і пры эфірным наркозе. Пры зьяўленьні першых ванітных рухаў ня толькі не належыць спыняць наркоз, але, наадварот, неабходна павялічыць дозу, бо гэта сьведчыць аб прабуджэньні хворай. Калі-ж ваніты ўсё-такі зьяўляюцца, то галаву хворай неабходна павярнуць на правы бок, расшырыць рот і ачысьціць яго поласьць ад ванітных мас, інакш яны могуць трапіць у гартань або трахею і тым самым затрудніць дыханьне.

Другое частае аскладненьне—гэта западаньне языка. Яно тлумачыцца тым, што пры агульным расслабленьні цягліц язык з прычыны сваёй цяжкасьці западае назад і прыкрывае ўваход у гартань. Хворая пры гэтым сінее, пульс пачашчаецца і дыханьне аслабляецца. Гэта аскладненьне адхіляецца такім чынам: абедзьве далоні прыкладаюць да вачэй хворай, прычым вялікія пальцы ляжаць на вісочнай вобласці, а ўказальныя пальцы падводзяцца ззаду вуглоў ніжняй сківіцы і потым усю ніжнюю сківіцу паднімаюць уперад так, каб ніжнія зубы былі сьпераду зубоў верхняй сківіцы і ў такім палажэньні трымаюць сківіцу. Калі гэтым пры-



ёмам мэта не дасягаецца і дыханьне не паляпшаецца, дык трэба ўжыць другі прыём: расшырыўшы папярэдне ротарасшыральнікам рот, уводзяць языкатрымальнік, выцягваюць ім запаўшы язык і трымаюць яго ў выцягнутым палажэньні.

Ваніты і западаньне языка зьяўляюцца мэханічнымі прычынамі расстройтва дыханья, якія могуць быць адхілены тым або іншым прыёмам. Але надзвычайна небясьпечна трэцяе аскладненьне, якое абумоўлена токсичным дзеяньнем хлёрформу на дыхальны цэнтр і якое выяўляецца ў цяжкай форме асфіксіі і можа выклікаць паралюш сэрца. Расшырэньне зрэнак пры поўнай адсутнасьці рэфлексаў, няправільныя дыхальныя рухі, а тым больш спыненьне дыханья, павінны служыць для наркотызатара грознаю перасьцярогаю, бо за гэтай зьявай могуць надыйсьці ўсе зьявы ўпадку сардэчнай дзейнасьці: і пульс пачащаецца, робіцца малым, ніцэпадобным, ледзь адчувальным, хутка зусім зьнікае і наступае спыненьне сэрца. Для адхіленьня гэтых грозных зьяў неабходна зараз-жа спыніць наркоз і зараз-жа распачаць штучнае дыханьне \*). Пры пагражаючым спыненьні сэрца неабходна зараз-жа зрабіць падскурную ін'екцыю камфары, кофэіну, дыгалену і падскурнае або ўнутрывэннае ўліваньне фізыолёгічнага раствору.

Пры эфірным наркозе ўсе гэтыя аскладненьні бываюць значна радзей. Калі пры ім часамі і назіраецца асфіксія, то яна бывае у лёгкай ступені і не становіць сабой небясьпекі. Наколькі эфірны наркоз менш небясьпечны параўнаўча з хлёрформенным, гаворыць нам статыстыка: у той час як сьмяротнасьць пры апошнім роўна 1 на 2500, сьмяротнасьць ад эфірнага наркозу роўна 1 на 11000, г. зн. амаль што ў  $4\frac{1}{2}$  разы меншая.

З аскладненьняў, назіраемых пасля наркозу, трэба адзначыць ваніты, аспірацыйную пнэўмонію, якая разьвіваецца на глебе трапленьня ванітных мас у дыхальныя шляхі і паралюш верхніх канцавін. Апошні разьвіваецца ад прыцісканья нэрвовага сплячэньня плечавой косьцю пры адвядзеньні рукі высока ўверх. Аднак, такі паралюш хутка праходзіць.

2. Мясцовае абязбольваньне. Сьпіннамазговая анестэзія ўжываецца ў сучасны момант пры гінэколёгічных опера-

\*) Кожная мэдычная сястра і акушэрка павінны быць знаёмы з рознымі спосабамі штучнага дыханья, апісанымі ва ўсякай кнізе, дзе гаворыцца аб падачы першай дапамогі.

цыях надзвычайна рэдка дый то толькі пры наяўнасці супроцьпаказанняў да ўжывання агульнага наркозу. Гэты метод абязбольвання не атрымаў шырокага практычнага ўжывання таму, што пры ім даволі часта назіраюцца аскладненні, якія доўга не паддаюцца лячэнню. Мы таму на падрабязным апісанні тэхнікі гэтага методу ня будзем спыняцца, тым больш, што правядзенне яго ня можа быць даручана сярэдняму мэдперсоналу. У грубых рысах тэхніка яго заключаецца ў наступным: робяць пракол паміж дзвюма паясьнічнымі хрыбеткамі і, пранікнуўшы ў сьпіннамазгавы канал, выпускаюць з яго некаторую колькасць сьпіннамазгавой вадкасці і павольна ўпырскваюць столькі-ж кубікаў 5% раствору новакаіну. Праз 10—20 мінут надыходзіць поўная страта адчувальнасці ва ўсёй ніжняй палавіне тулава. Пры гэтым хвора прытомнасці ня траціць, што зьяўляецца бадай што адзінай перавагай гэтага спосабу. Аднак, некаторыя гінеколёгі і ў гэтым бачаць адмоўны бок указанага методу, бо ня ўсе жанчыны добра пераносяць апэрацыі пры гэтай форме анестэзіі.

Мясцовая анестэзія. З розных спосабаў чыстай мясцовай анестэзіі заслугоўвае ўвагі інфільтрацыйная і правадніковая анестэзія. Гэтыя спосабы незаменны ў тых выпадках, калі агульны наркоз супроцьпаказаны або з якой-небудзь прычыны непажаданы.

Інфільтрацыйная анестэзія заключаецца ў тым, што ў месца апэрацыі ўпырскваецца  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % раствору новакаіну для насычэння гэтым раствором усіх тканак і органаў вобласці, што опэруецца. У гінеколёгіі гэтым спосабам карыстаюцца пры надзвычайна абмежаваным кругу паказанняў.

Пры правадніковай анестэзіі ўпырскваецца  $\frac{1}{2}$ —1% раствору новакаіну паблізу або ў тоўшчу адчувальнага нэрву, ідучага да пэўнай тканкі. Гэты спосаб анестэзіі заслугоўвае асаблівай увагі і далейшая распрацоўка яго на вялікім матэрыяле надзвычайна пажадана. Справа ў тым, што ў сучасны момант вельмі пашыраны апэрацыі штучнага абарту. У цяжарных упяршыню і ў асоб з павышанай узбуджальнасцю нэрвовай сыстэмы гэта апэрацыя, асабліва расшырэнне шыйкі маціцы, суправаджаецца вялікімі болямі. Таму адны гінеколёгі раяць рабіць аборт пад агульным наркозам, другія, наадварот, лічаць агульны наркоз супроцьпаказальным з прычыны магчымасці перфарацыі расслабленай маціцы і рэкомэндуюць для абязболь-

нага правядзення абарту ўжываць мясцовую правадніковую анестэзію або глыбокую інфільтрацыю парамэтральнай клеткавіны, часамі з дадаваннем да апошняй яшчэ ін'екцыі непасрэдна ў тоўшчу шыйкі маціцы. Прыхільнікам мясцовай анестэзіі пры штучным аборце зьяўляецца таксама і кіраўнік акушэрска-гінэколёгічнай клінікі нашага Беларускага мэдыцыйскага інстытуту проф. М. Л. Выдрын. Ужываньне мясцовай анестэзіі ў гэтай клініцы пры 120 абортах дало вельмі суцяшальныя вынікі.

Тэхніка заключаецца ў наступным: 120 куб. см  $\frac{1}{4}\%$  раствору новакаіну абясплоджваецца гагазаньнем. Да гэтага раствору пасля яго ахаладжэння дадаецца 12—15 кропель адрэналіну 1:1000. Непасрэдна перад операцыяй бутэлька з растворам змяшчаецца ў судзіну з гарачаю вадой на некалькі мінут для нагрываньня. Пасля звычайнага спрынцаваньня і ніз'вядзеньня похвавай часткі ўпырскваецца парацэрвікальна з абодвух бакоў у клеткавіну на 1 см глыбіні, па 50—60 куб. см анестэзуючага раствору. Пры правільным правядзеньні гэтага спосабу анестэзіі атрымліваецца страта адчувальнасці ў вобласці шыйкі, што дае магчымасьць расшырыць яе бяз болю, а таксама рабіць на ёй розныя дробныя операцыі. Гэты спосаб, як ужо сказана, патрабуе далейшай праверкі і на большым матэрыяле.

#### IV. ПАСЬЛЯОПЭРАЦЫЙНЫ ПЭРЫОД

Пасля операцыі ў брушной поласці і зашываньня брушной сьценкі на месцы былога разрэзу накладаецца павязка з некалькіх стэрыльных сурвэтак, зверху якіх кладуць невялікі пласт ваты і ўсё гэта ўмацоўваецца бінтом. Некаторыя замест бінта кладуць шырокую марлеваю сурвэтку, якая прымацоўваецца колёдыем або некалькімі палоскамі ліпкага плястару. Пасля похвавых операцый уводзяць у похву пухкі тампон з асептычнай марлі, які праз суткі выдаляецца. Калі ўведзен марлезы дрэнаж праз брушную сьценку або праз похву, то яго выдаляюць на 6—8 дзень.

Пасля накладаньня павязкі хворую на насілках або ў калясцы пераводзяць у палату і кладуць у добра сагрэтую пасьцель. Пасьцель саграецца гумовымі грэлкамі або бутэлкамі, напоўненымі гарчай вадой.

1. Догляд хвораі. Першыя суткі пасля операцыі хвораі павінна ляжаць на сьпіне, прычым, калі быў ужыты агульны нар-

коз, то галава павінна ляжаць у горызонтальным палажэньні без падушак. А калі хворая ў часе операцыі страціла шмат крыві, то галава павінна ляжаць ніжэй тулава і ніжніх канцавін, для чаго нажны канец койкі павінен быць прыпадняты. Да ног хвораі павінны быць прыкладзены грэлка або бутэлькі з гарчай вадой. Апошнія не павінны прыкладвацца да голага цела, бо хворая, знаходзячыся пад уплывам наркозу, можа не адчуваць утварэньня апёку.

У першыя-ж суткі пасьля операцыі кладуць на живот пухы з лёдам, прычым праз кожныя дзьве гадзіны яго трэба здымаць з перапынкам на 1 гадзіну.

Першы час пасьля операцыі, пакуль хворая не прагнецца і ня прыдзе ў прытомнасьць, каля ложка павінна сядзець мэдычная сястра або вольтная сядзелка і сачыць за пульсам, дыханьнем і афарбоўкай твару. Пры зьяўленьні ванітаў неабходна зараз-жа нахіліць галаву на бок і падставіць тазік для ванітных мас.

Але ваніты могуць зьяўляцца на працягу цэлых першых сутак і яшчэ далей. Яны бываюць вынікам наркозу, асабліва хлэраформеннага. Для барацьбы з імі карыстаюцца рознымі сродкамі, а іменна: грэлка з гарчай вадой, гарчычнік на вобласць жывата, морфій пад скуру, кавалкі лёду, мятныя або лаўравішнёвыя кроплі; але ўсе гэтыя сродкі па сваім дзеяньні слабыя. Пры працяглых ванітах некаторыя з посьпехам даюць хвораі шклянку цёплай вады, якая ванітнымі рухамі выкідваецца назад—і ваніты спыняюцца. У гэтым сродку бачаць прамываньне страўніка. Калі ваніты цягнуцца доўга, то рэкомэндуюцца яшчэ клізмы з чвэрткі шклянкі вады, з 1,0 бромістага натру, 2—3 разы на дзень.

Пры моцных болях у пасьляоперацыйным пэрыодзе, якія пазбаўляюць хворую сну, неабходна рабіць падскурныя ін'екцыі морфію, чаргуючы іх з ін'екцыямі пантопону.

Каб знішчыць смагу, якая часта назіраецца ў першыя дні пасьля операцыі, даюць па чайнай лыжцы халоднай гатаванай вады, каб змачыць і выпаласкаць рот; праглынаць ваду ня варта. На другі дзень пасьля операцыі можна даваць патрошку чаю або чорнай кавы. Пры наяўнасьці празмернай смагі прызначаюцца невялікія клізмы з фізыолёгічнага раствору, або яшчэ лепш, кропельныя клізмы.

Пры бяссоньніцы, якая назіраецца ў некаторых хворых у першыя дні з прычыны адчуваемых боляў, смагі, ванітаў,

вымушанага ляжання на спіне, а таксама ўзбуджанай псыхікі, прызначаюць верональ, бром, морфій.

Пасля операцыі неабходна сачыць за поласцю роту. Паласканыя роту растворам борнай кіслаты або перакісам вадароду і ачышчэнне языка ня толькі адхіляе некаторыя аскладненні, але і садзейнічае палепшанню апэтыту.

*Харчаванне хворых.* У дзень операцыі хвора не атрымлівае ніякай ежы. З 2-га па 5-ы дзень пасля операцыі яна атрымлівае толькі вадкую ежу (чай, кава, бульён, кісель) і толькі з 5-га дня паступова пераходзіць на звычайныя харчы.

*Павязка,* накладзеная на операцыйную рану, не змяняецца да дня зняцця швоў і толькі тады, калі яна прамакае або выклікае боль, ці калі тэмпература павышаецца, прыходзіцца зняць яе для агляду рубца.

Скурныя швы або скобкі Мішэля здымаюцца на 7-мы дзень, а на 9—10 дзень хвора можа садзіцца і на наступны дзень уставаць. Пры спрыяльным цячэнні пасля операцыйнага перыяду хвора на 14 дзень выісваецца. Калі яна перанесла операцыю чэравасячэння, то ей рэкомэндуецца насіць бандаж у выпадках абвіслага жывата і расслаблення брушных сьценак.

Некаторыя гінеколёгі дазваляюць сваім опэраваным хворым уставаць і хадзіць ужо на 3—5 дзень. Яны лічаць, што раньняе ўставанне садзейнічае больш правільнаму крывязвароту, лепшаму функцыянаванню кішочніка і мачавога пузыра і ўмацаванню цягліц брушной сьценкі.

*Назіранне за пульсам, тэмпературай і дыханнем.* Стан пульсу ў пасляоперацыйным перыядзе служыць паказальнікам стану хворай, а таму назіранне за ім з боку даглядаючага персоналу мае надзвычайна вялікае значэнне. Пачашчэнне пульсу (звыш 100 удараў у мінуту) пасля операцыі, калі да операцыі і ў часе самой операцыі ня было для гэтага прычын (крывяцячэння), павінна прымусіць нас высветліць прычыну такога пачашчэння. Часамі яно зьяўляецца прызнакам унутранага крывяцячэння і слабасці сэрца, вымагаючых тэрміновай дапамогі, часамі яно зьяўляецца прадвешчальнікам інфекцыі.

Тэмпература ў першы вечар пасля операцыі можа павысіцца да 37,5° і вышэй. Пры нормальным цячэнні яна на другі дзень спадае і больш не павышаецца. Але павышэнне

тэмпэратуры ў наступныя дні сьведчыць ужо аб якім-небудзь адхіленьні ў загаеныя раны або ў операцыйным полі. Частыя аэнобы, а за імі моцнае павышэньне тэмпэратуры, збытکوўныя поты і пачашчаны пульс пры рэмісіі—усё гэта гаворыць аб агульнай інфэкцыі арганізму.

Пачашчанае дыханьне назіраецца пры моцным уздуцьці кішок, пры надта высокай тэмпэратуры, а таксама пры ўспаленьні лёгкіх.

*Назіраньне за кішочнікамі.* У многіх хворых пасля операцыі чэравасячэньня ўжо ў першыя дні назіраецца недастатковая функцыя кішочніка: заўважаецца накапленне газаў у кішочніку і ўздуцьце жывата. У лёгкіх выпадках клізма з мылам або гліцэрынам, а часамі развальняючае (1½ сталовых лыжак рыцыны, гляўбэрава соль і да т. п.) выклікаюць стул і адыход газаў. Калі-ж, ня глядзячы на ўжытыя меры, газы ўсё-ж прадаўжаюць накапляцца і ўздуцьце жывата павялічваецца, прыходзіцца зварачацца да высокіх клізмаў з адвару рамонку з дадаткам дзьвёх сталовых лыжак гліцэрыну, а потым устанаўляецца гумавага газаадводная трубка. Добра ўплываюць, выклікаючы скарачэньні і пэрыстальтыку кішак, упырскваньні пітуітрыну.

*Назіраньне за мачавыдзяленьнем.* Хворыя пасля операцыі часта скардзяцца на немагчымасьць самастойнага выпусканьня мачы. Тлумачыцца гэта часткова непрывычнасьцю апаражняць мачавы пузыр у ляжачым палажэньні, часткова слабым дзеяньнем брушнага прэсу ў операваных. У гэтых выпадках прыкладаньне грэлка на вобласць пузыра або ваты, змочанай цёплым борным растворам да знадворных полавых частак, выклікае мачавыдзяленьне. Калі гэтая мера ня робіць уплыву, то ўпырскваюць пітуітрын, які выклікае скарачэньне мачавога пузыра. Але і гэты сродак можа аказацца ненадзейным і тады прыходзіцца зварачацца да катэтэра. Катэтэрызацыя павінна праводзіцца з захаваньнем усіх правіл асэптыкі і антысэптыкі. Катэтэр павінен быць прастэрылізаваны гатаваньнем, а знадворную адтуліну мачавыпускальнага каналу і навакол яго належыць абцёрці ватаю, змочаную якім-небудзь дэзынфэктуючым растворам. Паўторная катэтэрызацыя павінна быць памагчыма абмежавана, бо яна можа выклікаць разьвіцьце цыстыту, ня глядзячы на ўсе меры перасьцярогі.

З усяго апісанага ясна відаць, што догляд у пасьялоперацыйным пэрыодзе таксама, як і падрыхтоўка хворай да операцыі, патрабуе асаблівай увагі з боку мэдпэрсаналу, якому даручаюцца назіраньне за апэраванымі хворымі. Няўважлівыя адносіны, неахайная ўборка і нездавальняючы догляд хворых можа выклікаць розныя аскладненьні, да кароткага апісаньня якіх мы і пераходзім.

**2. Аскладненьні ў пасьялоперацыйным пэрыодзе. Бронхіт і пнэўмонія.** Гэтыя аскладненьні назіраюцца ў паджылых жанчын і ў жанчын, у якіх да операцыі былі захворваньні дыхальных шляхоў. Ёх разьвіцьцю садзейнічаюць нарकोз, асабліва эфірны, і ахалоджаньне ў часе операцыі. На падставе гэтага, пры наяўнасьці небясьпекі ў сэнсе аскладненьняў з боку лёгкіх, неабходна хворую, пачынаючы з другога дня пасьяла операцыі, часьцей пераварочваць на бок. Каб унікнуць ахалоджваньня хворай у часе операцыі операцыйная павінна быць дастаткова нагрэта.

Пры выяўленьне прызнакаў бронхіту або пнэўмоніі, неабходна прыняць адпаведныя меры супроць распаўсюджваньня процэсу (сухія банкі, кампрэсы, адхарквальныя і сардэчныя сродкі).

**Крывацячэньні.** Пры зьяўленьні прызнакаў унутранага крывацячэньня (зьбяленьне, пачашчэньне пульсу, абамленьне, пазьханьне, ваніты) неабходна адшукаць крываточачую судзіну і перавязаць яе. Пасьяла спыненьня крывацячэньня трэба ўжыць усе меры, якімі карыстаюцца супроць вострага малакроўя, а іменна: нізкае палажэньне галавы і ўзвышанае палажэньне канцавін, гарачыя кампрэсы на вобласць сэрца і на галаву, падскурныя ін'екцыі ўзбуджальных сродкаў, унутрывэннае ўліваньне фізыолёгічнага раствору або ўвядзеньне гэтага раствору пад скуру ці праз ​​прамую кішку. Часамі прыходзіцца даваць хворай удыхаць кісларод.

Пры парэнхіматозным крывацячэньні дастаткова затампаваць крываточачае месца.

**Непраходнасьць кішок.** Да рэдкіх аскладненьняў адносіцца непраходнасьць кішок. Яна ўзьнікае паступова з прычыны ўтварэньня зрашчэньняў і перагібу кішкі або з прычыны ціску на яе ўшчыльненага эксудату ці з прычыны інвазіяцыі пятлі кішкі. Сымптомы непраходнасьці: значнае павялічэньне аб'ёму жывата, колкападобныя болі, сухі язык, задышка, ваніты з пахам калу, пачашчаны і слабы пульс.

Лячэньне рознае, у залежнасьці ад прычыны і формы непраходнасьці.

*Успаленьне брушны (пэрытоніт).* Разьліты пэрытоніт зьяўляецца самым грозным аскладненьнем пасля гінэколягічных операцый. Ён узнікае ад незахоўваньня ўсіх мер перасьцярог у часе операцыі, калі, напрыклад, брушная поласьць не ачышчаецца ад крыві і іншых вадкасьцяў і яшчэ часьцей, калі ў часе операцыі ў брушную поласьць трапляе сакрэт труб, маціцы і похвы. Непраходнасьць кішок таксама зьяўляецца частай прычынай пэрытоніту. Разьліты пэрытоніту большасьці выпадкаў канчаецца сьмерцю (падрабязна аб гэтым гл. „Сэптычныя захворваньні“).

*Разыходжаньне краёў раны.* Расстройства ў загаеньні скурнай раны бываюць рознай ступені. У вельмі рэдкіх выпадках, пасля зняцьця павярхоўных швоў або скобак выяўляецца поўнае разыходжаньне брушной сьценкі на ўсім працяжэньні раны, часта з выпаданьнем кішочных петляў. Пры такім аскладненьні неабходна пакласьці скразныя швы праз усю тоўшчу брушной сьценкі. Загаеньне ў вобласьці ідзе гладка, але бываюць выпадкі разьвіцьця разьлітага пэрытоніту.

Разыходжаньне краёў брушной раны можа аказацца толькі павярхоўным і выклікаецца яго нагнаеньнем паверхневых швоў. Такая рана лечыцца па правілах лячэньня адкрытых ран.

Часамі зрашчэньня не адбываецца толькі на невялікім участку або толькі паасобныя швы не загойваюцца. Гэта звычайна бывае пры наяўнасьці гною ў падскурнай клеткавіне, які час ад часу прасочваецца праз рану. Накладаньне сагравальнага кампрэсу вядзе звычайна да разьмякчэньня і ўскрыцьця падскурнага абсцэсу, а далейшы догляд за ранай вядзе да загойваньня.

*Тромбы і эмболія.* Параўнальна рэдка назіраецца закаркоўваньне бядровых і тазавых вэн у пасляоперацыйным пэрыодзе—тромбоз—і яшчэ радзей адрываць кавалачкаў тромбу і закаркоўваньне імі важных судзін, як лёгачнай артэрыі і яе галінак—эмболія.

Тромбы разьвіваюцца з прычыны аслабленьня сардэчнай дзейнасьці і замаруджаньня крывянога цэку пад уплывам наркозу або вялікай страты крыві. Часьцей за ўсё назіраюцца тромбы бядровай вэны (асабліва левай). Асэптычны тромбофлебіт звычайна працякае пры нармальнай або субфэбрыльнай тэмпературы. У верхняй частцы бядра зьяўляецца ацёк, які можа пашы-



рыцца на ўсю канцавіну. Зьяўляюцца даволі моцныя болі. Лячэньне заключаецца перш за ўсё ў абсалютным спакоі хвораі, у прыпаднятым палажэньні нагі і ў вільготных ахутваньнях яе кампрэсамі з буравай вадкасьці. Для спыненьня болю прызначаюцца ўпырскваньні морфію. Некаторыя з посьпехам карыстаюцца сьветлавымі ваннамі. У ложку хвора я звычайна застаецца да шасьці тыдняў і больш, але ацёк звычайна трымаецца вельмі доўга, часамі на працягу многіх год.

Пры неспакойным палажэньні хвораі кавалачкі тромбу могуць адарвацца, крывяным цёкам занесьціся ў адну з важных для жыцьця судзін і закаркаваць яе, або адну з яе галін. Звычайна такі эмболь трапляе ў лёгачную артэрыю і можа выклікаць раптоўную сьмерць. Пры эмболі галінкі лёгачнай артэрыі ў тым або іншым лёгкім утвараецца інфаркт, які суправаджаецца кашлем, выдзяленьнем крывянога харкаваньня і болямі ў грудзёх.

З гэтага вынікае, што хворыя з аслабленай сардэчнай дзейнасьцю або пасля вялікай крывястраты павінны ў пасляопэрацыйным пэрыодзе знаходзіцца ў поўным спакоі і асабліва пры зьяўленьні першых прызнакаў тромболефбіту...

Назіраюцца таксама і сэлтычныя тромбозы і эмболі, калі опэрацыя аскладняецца інфэкцыйна-гнойным процэсам, які ў сваю чаргу пашыраецца на тазавыя і бядровыя вэны.

*Пролежні* (Decubitus). Пролежнямі называюцца гангрэнозныя язвы, якія зьяўляюцца на скурным пакрыцьці, падлягаючым працягламу ціску. Пасля гінэколёгічных опэрацый пролежні разьвіваюцца ў цяжкіх хворых, зьнясіленых і малакроўных, якія доўгі час ляжаць на сьпіне. З прычыны таго, што пры гэтым палажэньні падпадаюць ціску больш за ўсё сьпіна, крыж і ягадзіцы, то язвы зьяўляюцца на гэтых мясцох. Пры ўтварэньні пролежняй адыгрывае ролю ня толькі ціск на тканкі, але і неахайнае ўтрыманьне хвораі у ложку, змочваньне скуры мачою і вадкасьцямі пры ўборцы хвораі і дрэннае высушваньне пасля ўборкі.

Утварэньне язвы пачынаецца з пачырваненьня скуры, якая потым сінее і нават чарнее, зьмярцьвелая тканка, маючая гнілотны пах, адпачае і ўтвараецца глыбокая язва. Пры далейшым цяжэньні процэсу, калі ня прымаюцца меры для спыненьня яго, распад ідзе далей і хвора я можа памерці ад сэпсысу.

У адносінах пролежняй вялізарную ролю адыгрывае профіляктыка, якая дае надвычайна добрыя вынікі. Перш за ўсё

пакладзеная просьціна, подсьцілка і цырата павінна ляжаць гладка, бяз складак; такім-жа чынам павінна ляжаць і кашуля на хвораі. Трэба старанна выдаляць з ложку рэшткі сухой ежы, якія зьбіраюцца там ва ўглыбленьні, што ўтвараецца пад ягадзіцамі. Хворую трэба часьцей паварочваць на той і другі бок, каб паслабіць ціск на найбольш награваемыя месцы. Пасьля апаражэньня кішочніка і мачавыпусканьня абмываюць ягадзіцы халоднаю вадой і абсушваюць. Подсьцілка павінна быць заўсёды сухою. Для зьмяншэньня ціску на тканкі падкладваюць гумовы круг або валік. Каб выявіць першыя прызнакі, якія ўказваюць на ўтварэньне пролежняў, урач і даглядаючы пэрсонал павінны ў зьнясіленых хворых штодзённа па некалькі раз аглядаць сьпіну, крыж, ягадзіцы і хвосток. Пры строгім выкананьні гэтых правіл амаль заўсёды ўдаецца папярэдзіць разьвіцьцё пролежняў.

Калі, ня гледзячы на ўсе гэтыя меры, усё-ж на скуры зьяўляюцца сьляды пачырваненьня, то неабходна пачырванеўшыя вучасткі скуры расьцерці камфорным сьпіртам, пахучым воцатам або чыстым 60° сьпіртам.

Калі тым ня менш пролежні ўтварыліся або іх знаходзяць ужо гатовымі ў хворых, якія не карысталіся бальнічнаю дапамогаю, то лячэньне зводзіцца да абціраньня краёў язвы тымі-ж сродкамі або растворам марганцава-кіслага калію, у высушваньні язваў і накладваньні на іх павязкі з ксэроформеннай або цынкавай мазьцю або мазьцю з гарбоўна-кіслага сьвінцу (можна проста з аптэкі выпісаць *Unguentum ad decubitum*).

## V. ГІНЕКОЛЁГІЧНЫ ІНСТРУМЕНТАРЫЙ

Ад акушэркі і мэдычнай сястры, працуючых у гінеколёгічных лекавых установах, патрабуецца грунтоўнае знаёмства з правіламі асэптыкі і антысэптыкі і ўменьне абыходзіцца з інструмантамі і з апаратамі, неабходнымі для опэрацыйных і лекавых мэт. У дапамогу сябе яны павінны падрыхтаваць у гэтых адносінах і малодшы пэрсонал, навучыць санітарак і санітараў, каб зрабіць іх сваімі сьвядомымі памочнікамі.

Акушэрка і мэдычная сястра павінна аўладаць ведамі ня толькі па доглядзе за пасьляопэрацыйнымі хворымі, але і ўменьнем быць па очніцамі пры опэрацыі ў якасьці опэрацыйнай сястры ці ў якасьці наркотызатара, або ў якасьці памочніцы хірурга пры опэрацыйным стане. Таму яны павінны ведаць, якія

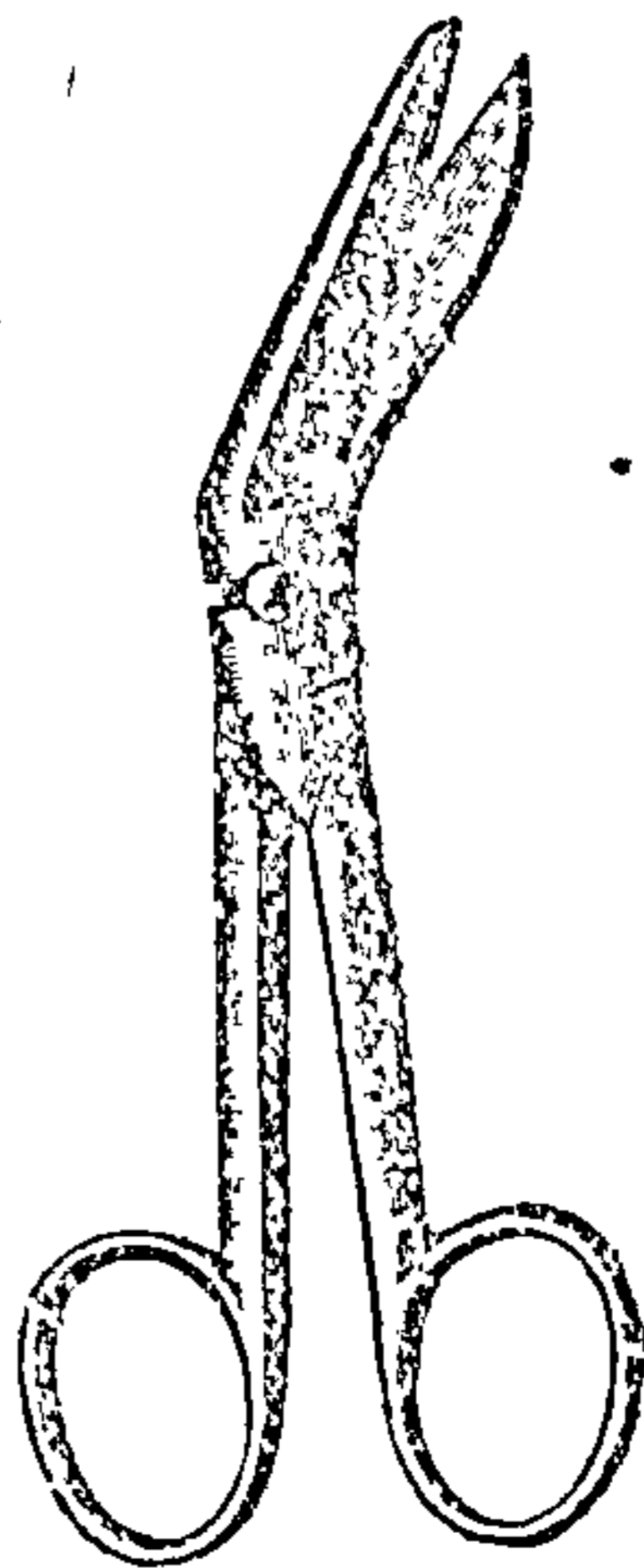
інструменты трэба падрыхтаваць для той або іншай операцыі, які інструмент і калі трэба падаваць у час операцыі. Яны павінны быць добра знаёмы з тэхнікай наркозу і з ўсімі мерапрыемствамі, якія патрабуюцца пры аскладненнях у часе наркозу. Прымаючы ўдзел у операцыі ў якасці памочніцы хірурга, мэд. сястра і акушэрка павінны ведаць, як трымаць патрэбны інструмент (люстэркі, кручкі, пінцэты, як накладваць заціскальнік на крывяточачую судзіну, як перавязаць судзіну і да т. п.



Мал. 51. Скальпэль. Мал. 52. Нажніцы Купэра.

з іх. Лепш за ўсё, вядома, азнаёміцца з імі наглядна, у часе практычных заняткаў, а таму мы тут даем толькі кароткае пералічэнне важнейшых з іх.

Пры гінэколёгічных операцыях ужываюцца агульна-хірургічныя і спецыяльна-гінэколёгічныя інструменты. Да першых адносяцца скальпэлі рознай формы (мал. 51), нажніцы прамыя, увагнутыя па плоскасці (Купэраўскія) і па рабры (мал. 52) (Кохераўскія) (мал. 53), пінцэты анатомічныя (мал. 54) хірургічныя з зубчыкамі (мал. 55), лапчастыя, кароткія і доўгія, заціскальнікі Кохера і Пэтна (мал. 56 і 57), іголка-рымальнікі розных моделаў (мал. 58, 59), хірургічныя іголки



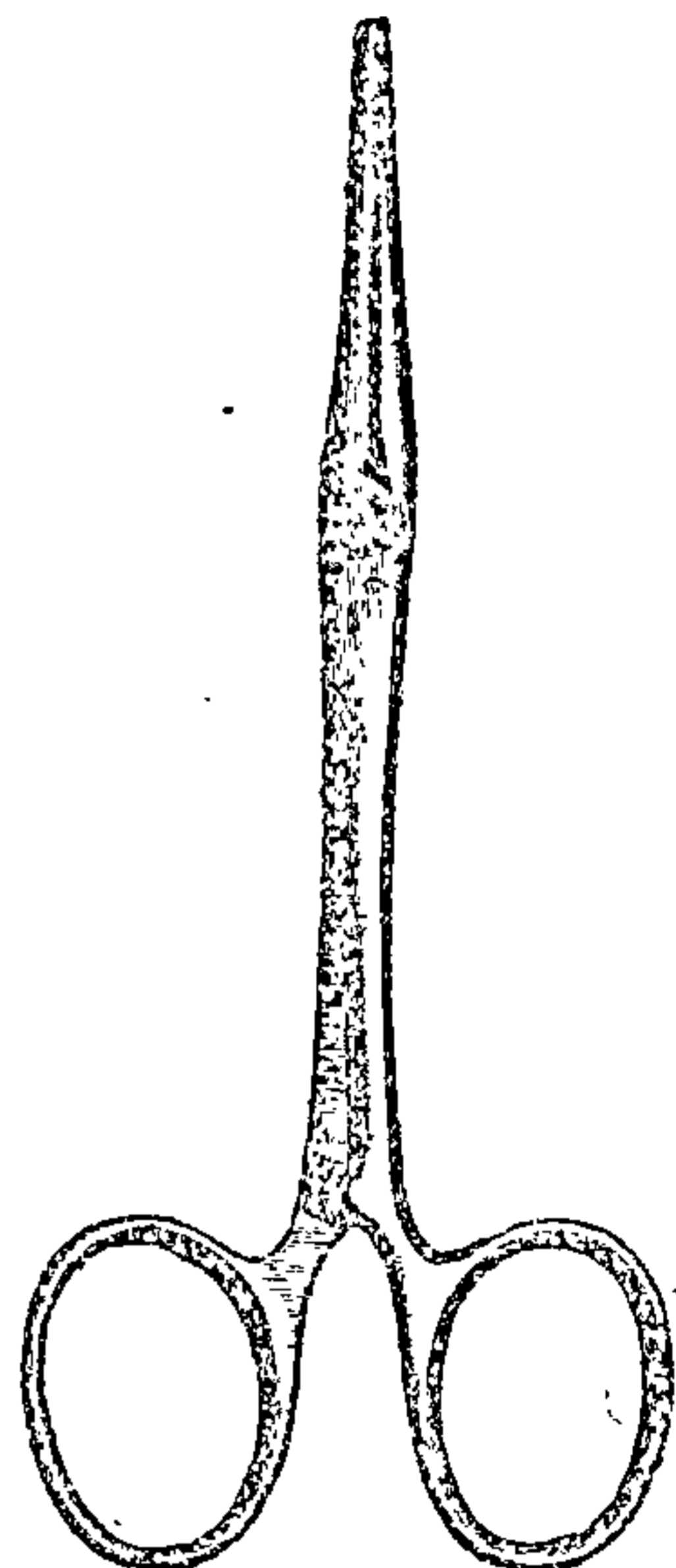
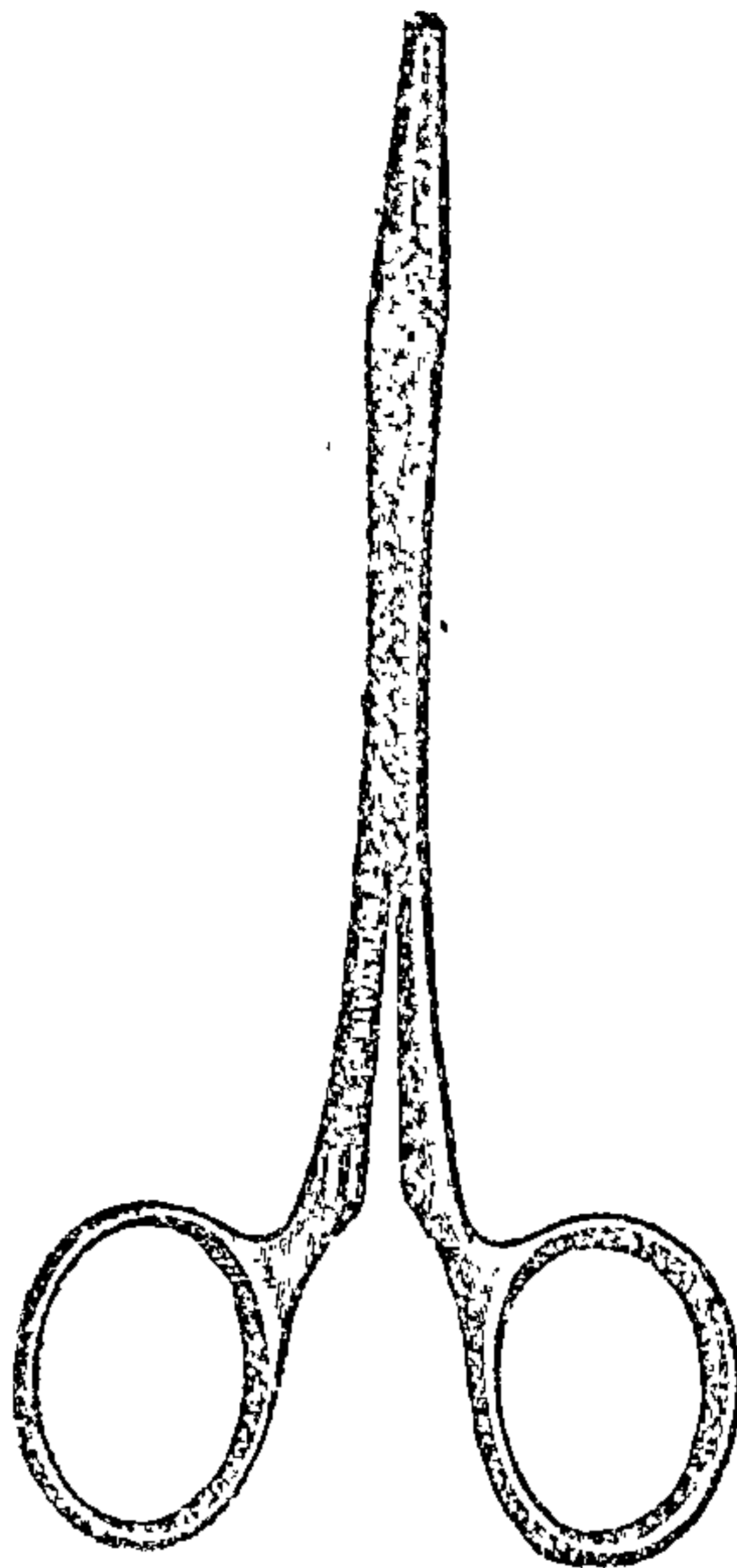
Мал. 53. Нажніцы Кохера.



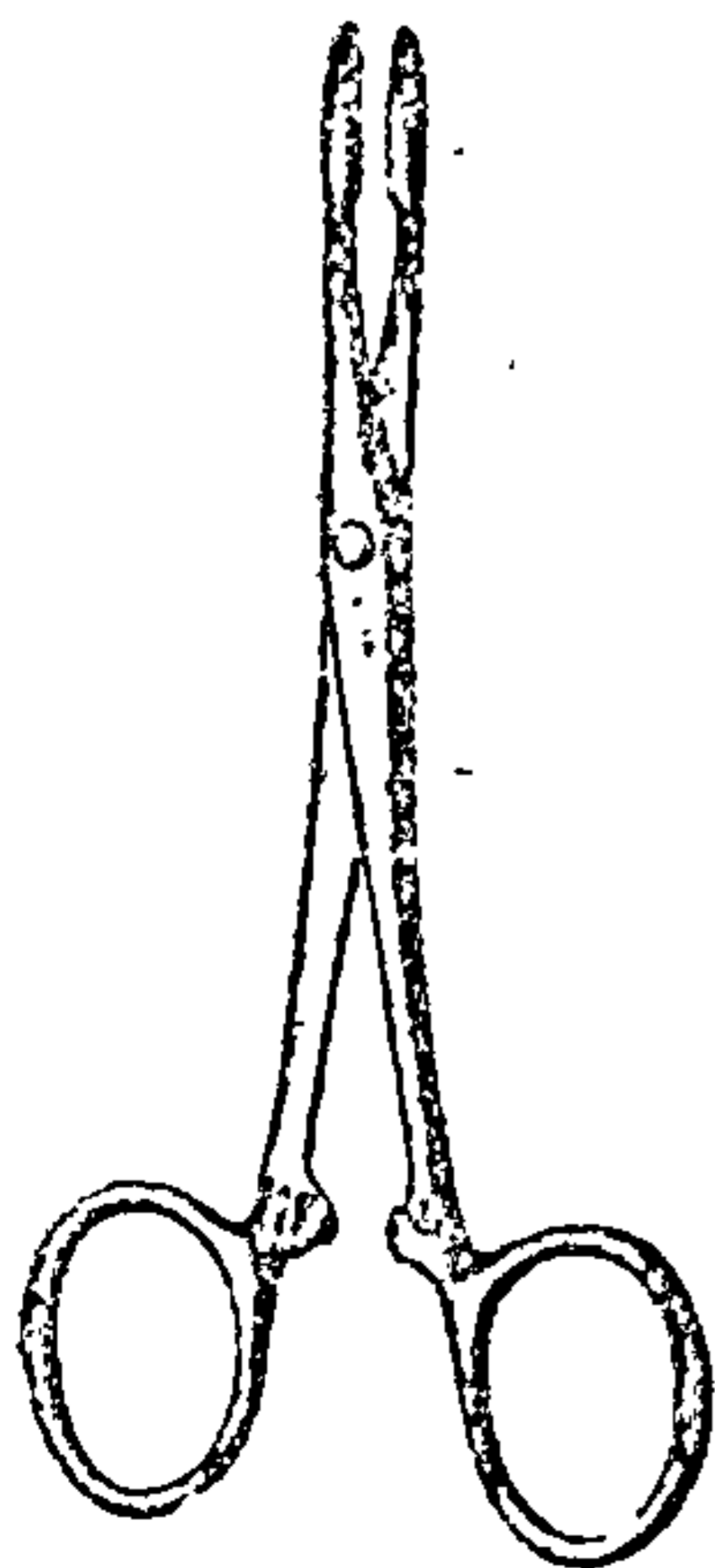
Мал. 54. Анатомічны пінцэт.



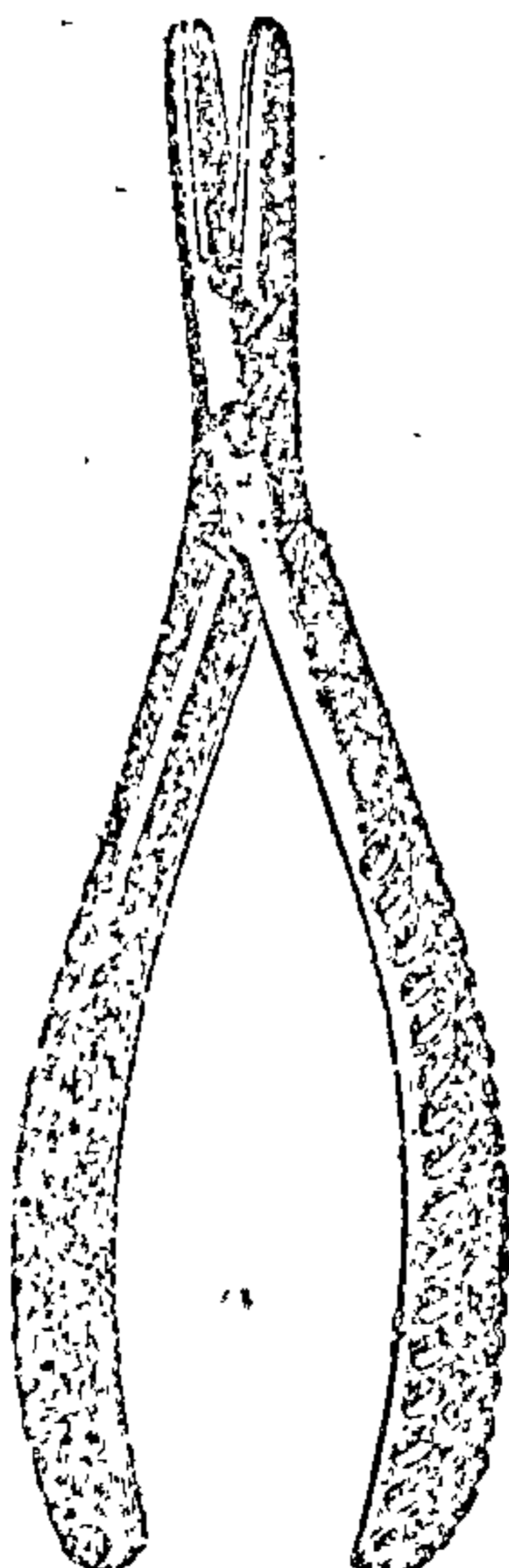
Мал. 55.  
Хірургічны  
пінцэт.



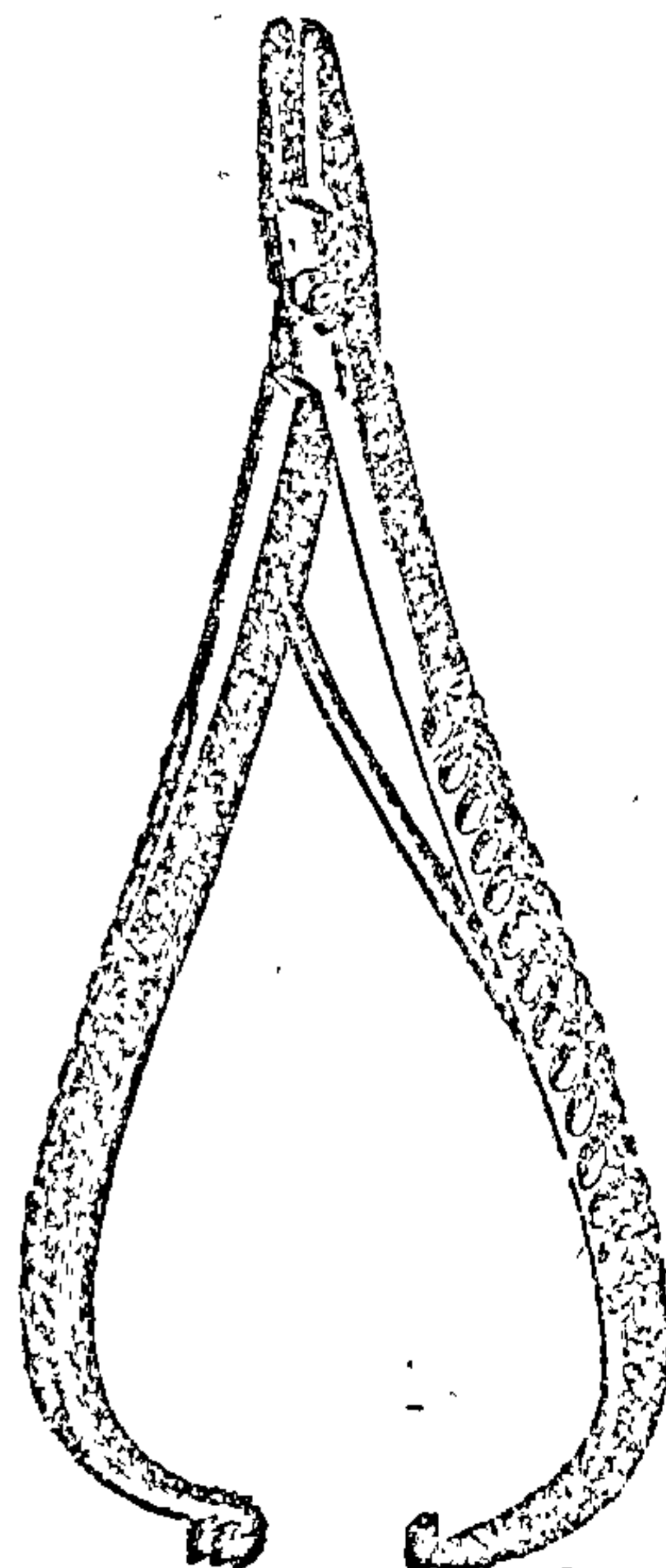
Мал. 56. Зацскальнікі Кохера.



Мал. 57.  
Зацскальнікі Пэана.



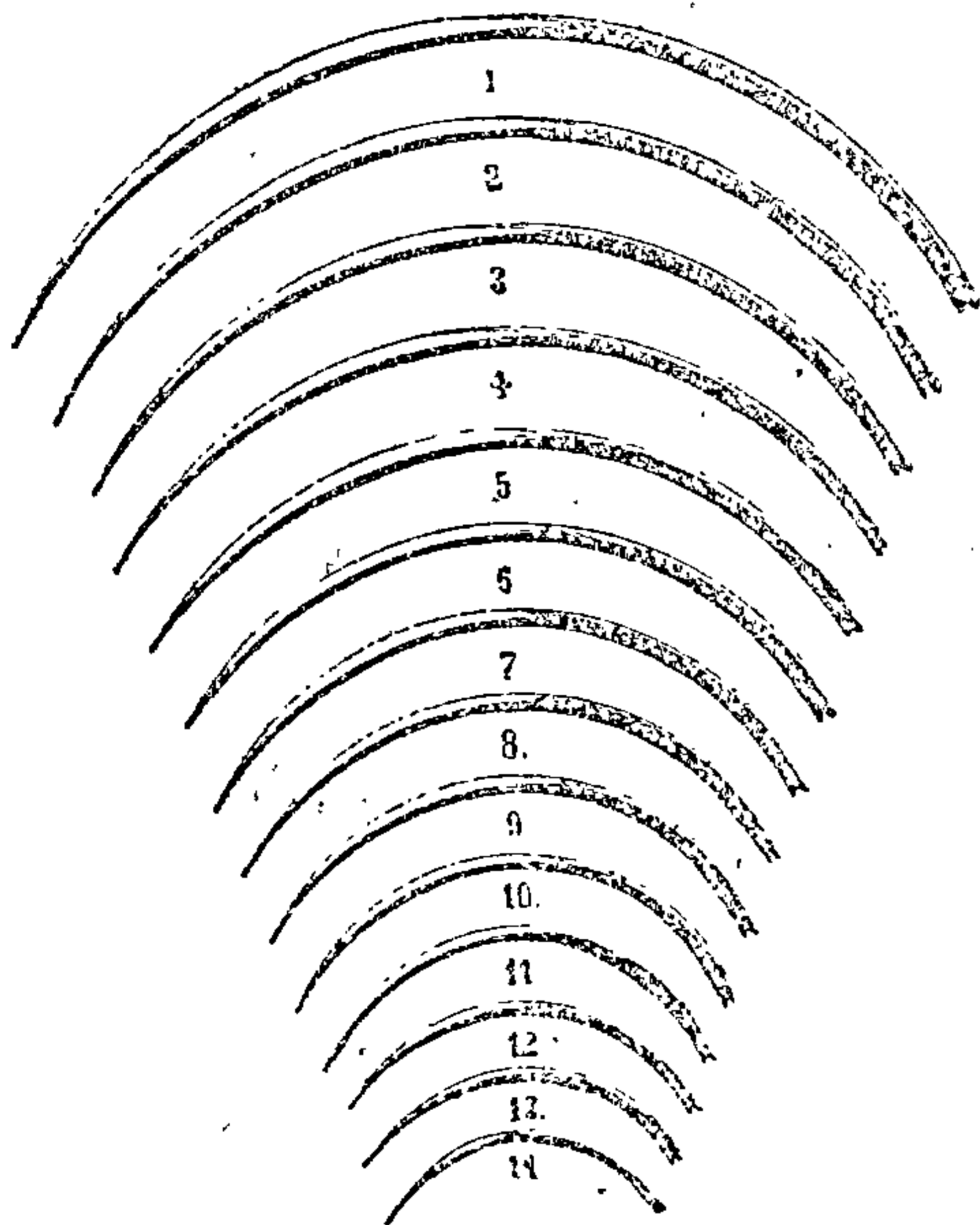
Мал. 58.  
Іголкатрымальнік Отта.



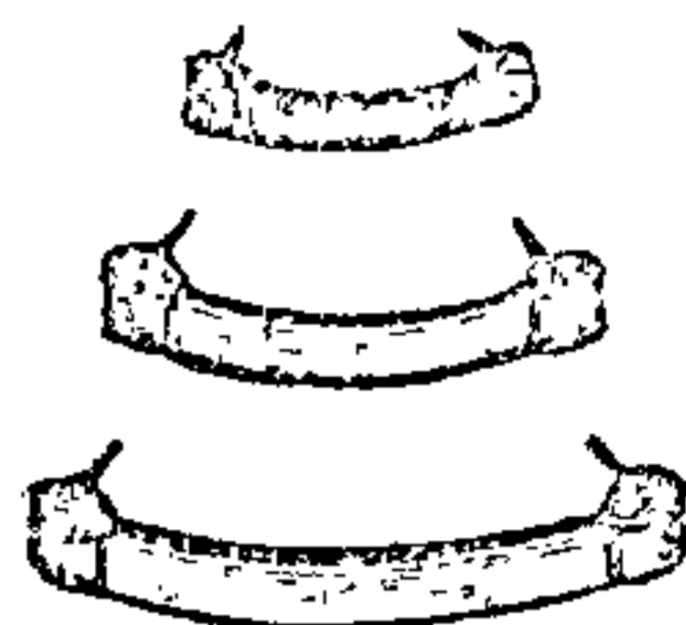
Мал. 59.  
Іголкатрымальнік Рэйнэрта.

рознай велічыні і таўшчыні (мал. 60) і інш. Матэрыялам для швоў служыць кетгут, шоўк, дрот, сількворм і звычайныя баваўняныя ніткі. Кетгут зручны тым, што рассасваецца, але ён патрабуе стараннай падрыхтоўкі.

Швы ў гінеколёгіі ўжываюцца вузлавя і бесьперапынныя. Замест накладваньня швоў з таго або іншага матэрыялу для злучэньня краёў раны ўжываюцца яшчэ скобкі Мішэля, зробленыя з металю, яны накладваюцца пры дапамозе асобнага пінцэта (мал. 61 і 62).



Мал. 60. Хірургічныя іголки.



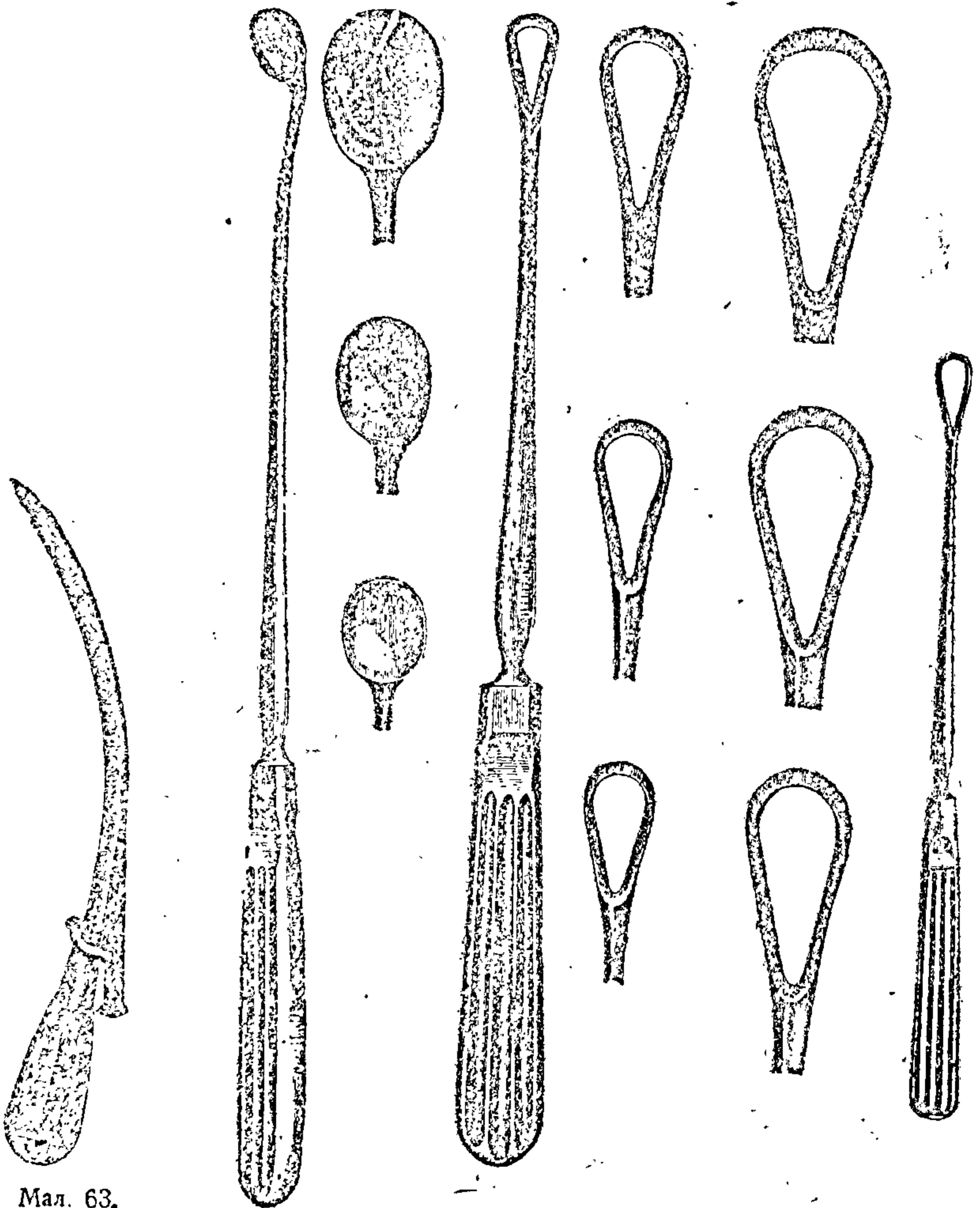
Мал. 61. Скобки-Мішэля.



Мал. 62. Пінцэт для скобак.

Для спецыяльных гінеколёгічных інструмантаў належаць, па-першае, тыя, якія былі апісаны ў аддзеле аб інструмантальным дасьледваньні і якія служаць для дасьледваньня палавага апарату, а іменна: ложкападобныя люстэркі, пад'ёмнікі, кулевыя абцугі, зонды, корнцанг і т. д. У гінеколёгічны інструмантарый, па-другое, уваходзяць тыя інструманты, якія неабходны для похвавых операцый, для вы-

скрабленья поласьці маціцы і для ляпаротомі (чэравасячэньня). Сюды таксама належаць троакар для ўскрыцьця тазавых абсцэсаў праз похву (мал. 63), гегары для расшырэньня шыйкі

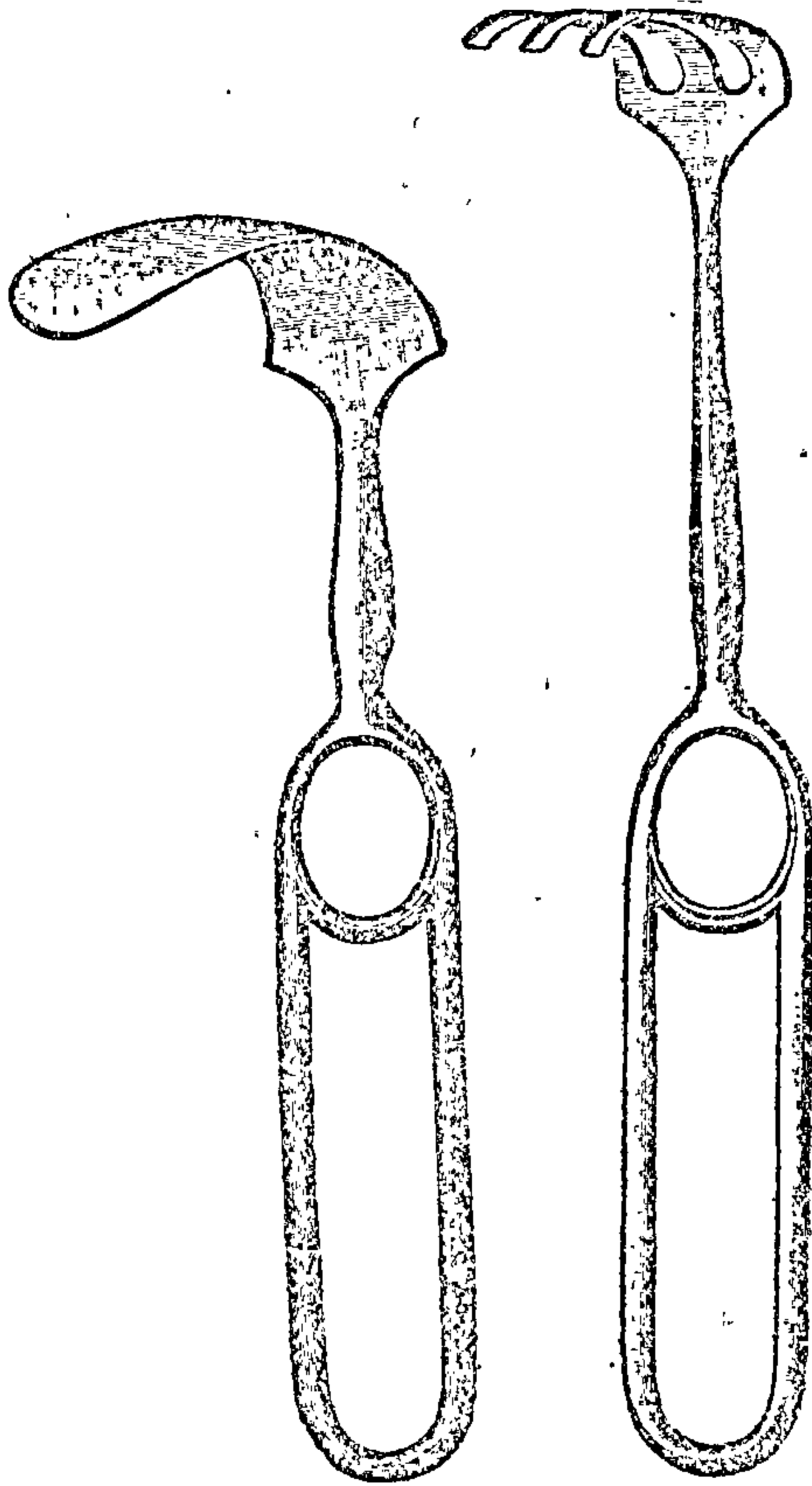


Мал. 63.  
Троакар.

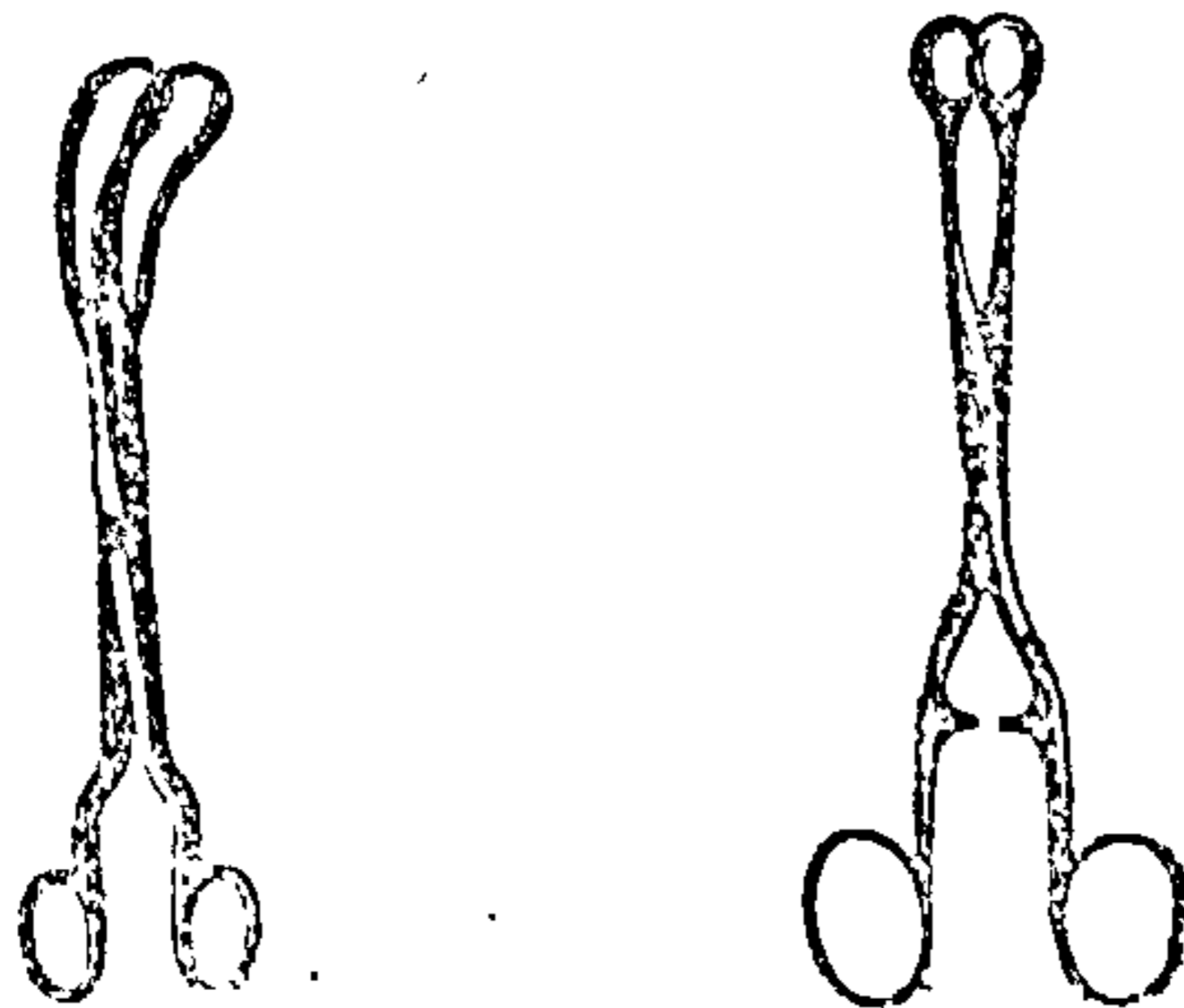
Мал. 64. Вострыя лыжачкі і кюрэтки.

маціцы, вострыя лыжачкі і кюрэтки—вострыя і тупыя (мал. 64), брушнае люстэрка, кручкі і расшыральнікі з тупою відэлкаю для рассоўваньня краёў раны пры

чэравасячэньні (мал. 65), вокнападобныя абцугі для захоплівання пухлін яечнікаў (мал. 66 і 66-а), штопар для фіксаваўня

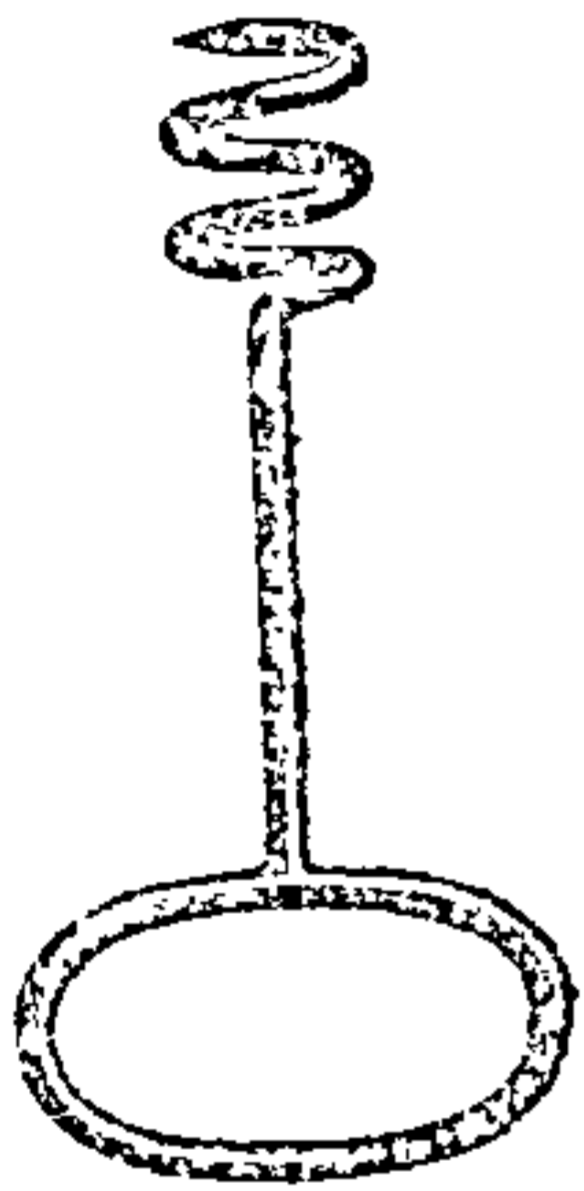


Мал. 65. Брушное лостэрка і кручок

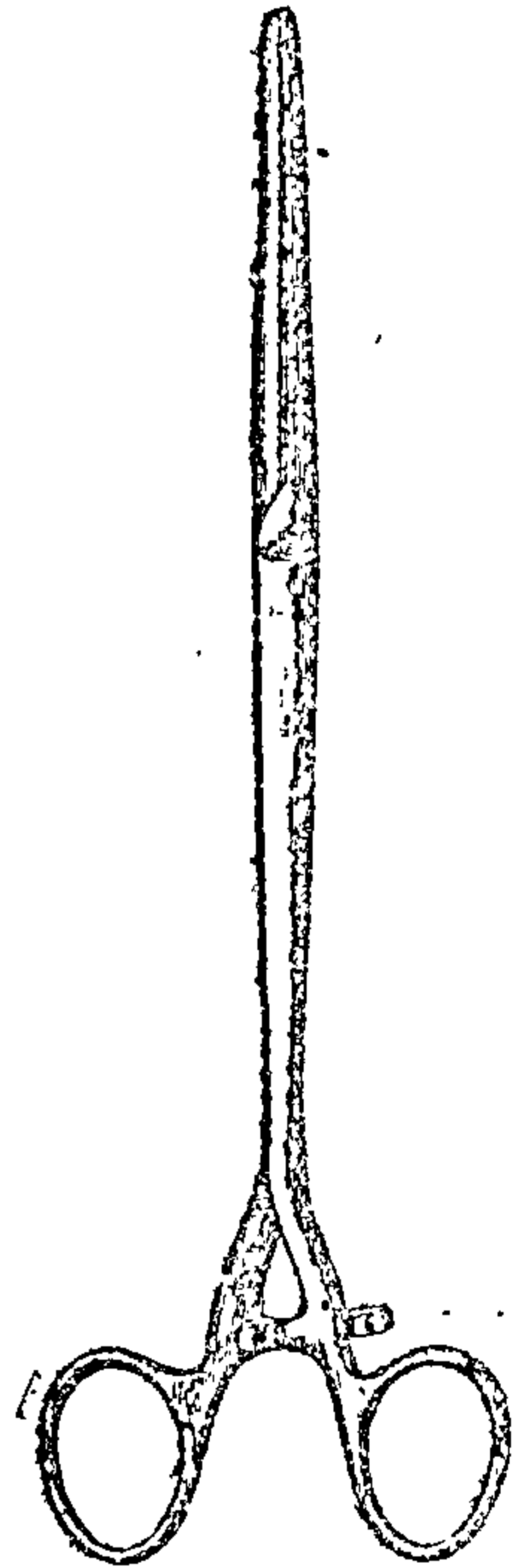
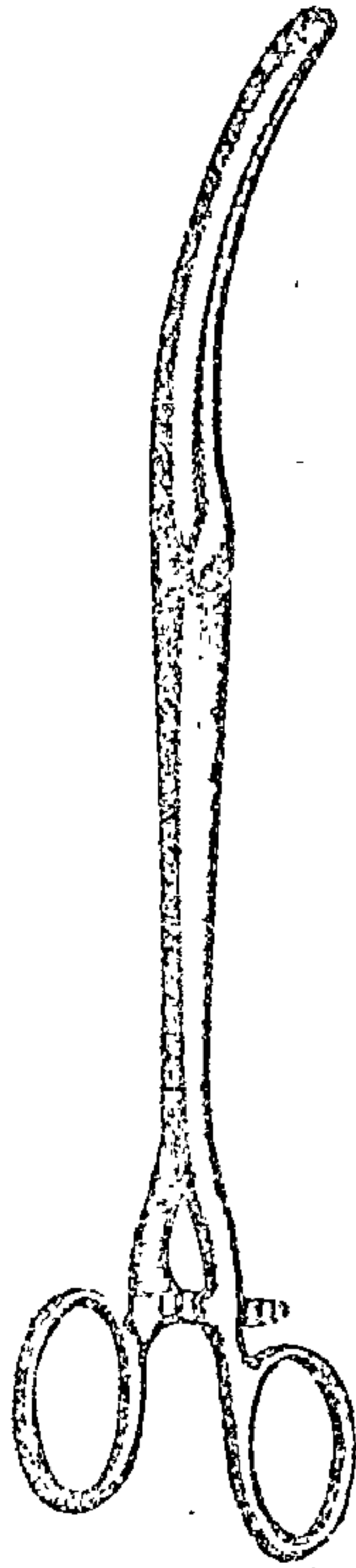


Мал. 66 і 66-а. Шчыпцы для захоплівання пухлін яечніка.

шчыльных аб'ёмістых фіброміом (мал. 67), клемы для заціскання  
цэлага крывяточага вучастку (мал. 68 і 68а) і інш.



Мал. 67. Штопар  
для фіксавання  
фіброміом.



Мал. 68 і 68а. Клемы.





## РАЗЪДЗЕЛ ШОСТЫ

### ОПЭРАЦЫЙНЫЯ ЁМЯШАНЬНІ

1. Плястыка прамежжа і похвы. Разрывы прамежжа і похвы ў часе родаў служаць, як вядома, адной з прычын апусканьня і выпаданьня похвы і маціцы. Для папярэджаньня гэтай патолёгічнай зьявы такія сьвежыя разрывы павінны быць зашыты на працягу першых 6—12 гадзін пасля родаў, што дасягаецца простым накладаньнем швоў. Калі-ж разарванае прамежжа ня было зашыта, або накладзеныя швы разышліся, то такія стары разрыў патрабуе больш складанага апэрацыйнага ёмяшаньня. Апэрацыя тады заключаецца ў асьвяжэньні месца разрыву шляхам вырэзваньня адпаведнага шматка і ў злучэньні краёў асьвежанага шматка шляхам накладаньня швоў. Для аднаўленьня прамежжа (пэрынеоплястыка) прапанавана шмат спосабаў, і амаль кожны хірург карыстаецца сваім спосабам. Пры наяўнасьці выпаданьня пярэдняй або задняй сьценкі похвы адсэпароўваецца шматок у форме овалу і затым накладваюцца швы (кольпорафія). Пры неабходнасьці зрабіць плястыку прамежжа і похвы, пачынаюць з плястыкі апошняй.

Падрыхтоўка да апэрацыі звычайная, як і для іншых похвавых апэрацый (гл. вышэй). Інструманты павінны быць падрыхтаваны наступныя: лыжкападобнае люстэрка, пад'ёмнікі, скальпэль, нажніцы, пінцэты, кулевыя абцугі, заціскальнікі, іголкатрымальнік, іголки і матэрыял для швоў.

У пасляапэрацыйным пэрыодзе неабходна сачыць за правільнымі апаражненьнямі мачавога пузыра. Хворая застаецца ў пасьцелі 10—12 дзён. Пры выпісцы на 14-ты дзень неабходна ўказаць хворай, што на працягу месячнага тэрміну яна зьяўляецца непрацаздольнай і што дачасовая цяжкая работа можа зьявіцца прычынай разыходжаньня швоў.

2. Расьсячэньне шыйкі маціцы (дысцызія). Дысцызія ўжываецца ў выпадках звужэньня каналу шыйкі маціцы пры канічнай форме яе. Пасьля звычайнай падрыхтоўкі хвораі і дэзынфэкцыі похвы, адкрытай люстэркам і пад'ёмнікам, шыйка захопліваецца з абодвух бакоў кулевымі абцугамі, у расшыраны гегарамі канал шыйкі ўводзіцца скальпэль, якім расьсякаецца задняя сьценка шыйкі і, каб разрэз не зарос, сьлізьніца шыйнага каналу прышываецца да сьлізьніцы похвавай часткі. Некаторыя гінэколёгі высякаюць клінападобныя кавалачкі з тоўшчы шыйкі. Каб перашкодзіць зарастаньню разрэза, некаторыя, замест зашываньня сьлізьніц, укладваюць паміж краямі раны невялікую палоску ёдаформнай марлі, якую штодзённа мяняюць.

Для ўказанай опэрацыі неабходна падрыхтаваць наступныя інструманты: ложкападобнае люстэрка, пад'ёмнік, двое кулевых абцугоў, расшыральнікі Гегара, скальпэль, іголкатрымальнік, іголки і шоўк або кетгут.

3. Ампутацыя шыйкі маціцы. Гэта опэрацыя робіцца пры мэтрыце, гіпэртрофіі шыйкі, з эрозіямі на ёй, і пры баковых надрывах яе з утвареньнем вывароту сьлізевай абалонкі цэрвікальнага каналу.

Робіцца опэрацыя наступным чынам: пасьля звычайнай падрыхтоўкі і агаленьня шыйкі пярэдня і задня губы захопліваюцца кулевымі абцугамі і рассоўваюцца, скальпэлем расьсякаюцца бакавыя сьценкі каналу на пажаданую глыбіню, а потым спачатку з задняй, а затым з пярэдняй губы вырэзваецца клін трохвугольнай формы, абярнуты верхавінай кверху і на адну і другую губу накладваюцца вузлаватыя швы, якія злучаюць сьлізьніцу цэрвікальнага каналу са сьлізьніцай похвавай часткі. Інструмантары той-жа, што і для пярэдняй опэрацыі.

4. Выдаленьне мацічных поліпаў. Сьлізьнічны поліп, які выходзіць са сьлізьніцы маціцы, захопліваецца корнцангам, якім ён пасьля гэтага і адкручваецца. Такім-жа чынам выдаляюць і невялікі фіброзны поліп, які тырчыць з шыйкі маціцы на ножцы. Рэшта ножкі або прыпальзаецца ёдам, або выскабліваецца вострай лыжачкай, часамі-ж прыходзіцца абшыць астаўшуюся ножку пухліны.

Выдаленьне поліпаў, якія выходзяць з поласьці маціцы і нараджаюцца ў похве, больш складана; часамі можа зьявіцца патрэба ў поўным выдаленьні маціцы.

Падрыхтоўка інструментарыю і пасьялоперацыйны догляд залежыць ад операцыйнага методу.

5. Выскабленьне поласьці маціцы (Abrasio). Самым частым наказаньнем да операцыі выскабленьня зьяўляецца няпоўны выкідак, г. зн. тыя выпадкі, калі пасья адвольнага або штучнага выкідку засталіся часткі плоднага яйца. Далей выскабленьне робіцца з мэтай перапыненьня цяжарнасьці да трох месяцаў. Іншымі паказаньнямі да гэтай операцыі служаць маічныя крывячэньні, абумоўленыя захворваньнем сьлізевай абалонкі маціцы, і пляцэнтарныя поліпы. Урэшце, выскабленьне робіцца з дыягностычнай мэтай, а іменна: калі ўзьнікае падазронасьць на наяўнасьць злоякаснага процэсу ў поласьці маціцы.

Падрыхтоўка хвораі: напярэдадні операцыі хвораі прымае цёплую мыльную ванну або душ і лёгкае развальняючае (ангельскую горкую соль, каскара і да т. п.). Раніцою ў дзень операцыі ачышчаюць кішочнік мыльнай клізмай, згаляюць валасы на лобку і знадворных полавых частках. Перад самай операцыяй хвораі надзяюць стэрыльныя панчохі і катэтэрам апаражняюць мачавы пузыр. Тут-жа на гінекалёгічным стале неабходна камбінаваным дасьледваньнем праверыць палажэньне маціцы, а ў выпадку ўтварэньня абарту, таксама велічыню яе і тэрмін цяжарнасьці. Потым знадворныя полавые органы і ўнутраныя паверхні бёдраў абмываюцца мылам з дапамогаю двух пальцаў, абверчаных марляй або ватай, і похва праспрыцоўваецца растварам лізоформу (½ %) або сулемы (1 : 2000). Некаторыя замест мыцця і спрыцаваньня похвы праціраюць яе праз люстэрка сьпіртамі і потым змазваюць ёдам, пачынаючы са зводаў і паступова выцягваючы люстэрка.

Тэхніка. Звычайна з дапамогаю люстэрка і пад'ёмніку адкрываецца похвавая частка і праціраецца сьпіртамі; пярэдня і задняя губы захопліваюцца кулёвымі абцугамі і пад'ёмнік здымаецца. Цэрвікальны канал праціраецца зондам Плейфэра з наверханай на яго ватай, змочанай растварам соды для ачышчэньня ад сьлізу. Маічным зондам асьцярожна, бяз насільля правяраецца напрамак і даўжыня поласьці маціцы. Потым адзін за адным уводзяцца расшыральнікі Гегара, пачынаючы з таго нумару, які праходзіць і канчаючы такім, пасья выдаленьня якога можна было-б увесці лыжачку або корицанг. Звычайна даволі дайсьці да № 12. Пры ўвядзеньні расшыральнікаў неабходна ўнікаць насільля, асабліва пры правядзеньні іх праз унутраны зёў, бо ў

гэтай вобласці магчымы прабадзеньні сьценкі маціцы. Калі які-небудзь нумар расшыральнікаў не праходзіць праз унутраны зьёў, то неабходна зноў увесьці папярэдні нумар і пакінуць яго на некаторы час у цэрвікальным канале, пасля чаго далейшае расшырэньне значна палягчаецца. Таксама значна палягчаецца ўвядзеньне расшыральніка, калі папярэдне змочваць яго раствором лізоформу, які робіць яго сьлізкім.

Расшырыўшы шыйку да патрэбнай шырыні, уводзяць у маціцу вострую кюрэтку або лыжачку і асьцярожна даводзяць яе да дна маціцы, потым саскабліваючымі рухамі кюрэтку пераводзяць па пярэдняй сьценцы маціцы і ёю-ж выводзяць вонкі саскобленыя частачкі сьлізьніцы, пасля чаго яе зноў уводзяць у поласьць маціцы і саскабліваюць заднюю сьценку і астатнія вучасткі. Выскабліваньне сьлізьніцы лічыцца скончаным, калі пры рухах кюрэтки па сьценках маціцы атрымліваецца адчуваньне хрусту, якое ўказвае, што кюрэтка праходзіць ужо па цяглічым пласьце. Такое выскабленьне робіцца з дыягностычнай і—яшчэ часьцей—з лекаваю мэтай.

Пры аборце, калі трэба выдаліць плоднае яйца, або калі пры няпоўным аборце прыходзіцца выдаліць рэшткі яго, некаторыя ўрачы карыстаюцца корнцангам, жадаючы захапіць ім часткі плоднага яйца для выдаленьня іх з поласьці маціцы. Але трэба памятаць, што корнцаг нават у руках вопытнага ўрача ў такіх выпадках—інструмант вельмі небясьпечны. Пры найменшай неасьцярожнасьці ім замест часткі плоднага яйца можна захапіць сьценку маціцы і нанесць ёй цяжкае пашкоджаньне. Ня раз ужо здаралася, што корнцангам пэрфоравалі цяжарную маціцу і ім захоплівалі выпаўшую ў зробленую адтуліну пятлю кішак або сальнік і выцягвалі іх вонкі. Корнцангам можна карыстацца толькі ў тым выпадку, калі частка плоднага яйца паказваецца ў знадворным зёве шыйкі і яна не выпіхваецца і не выдаляецца кюрэткай. Карацей кажучы, корнцангам можна выдаліць толькі даступныя зроку, ясна бачныя часткі яйца, а муніпуляваць ім у поласьці маціцы вельмі небясьпечна.

У часе выскабленьня цяжарнай маціцы часта бывае вялікае крывяцяненьне і гэта ўказвае на тое, што апаражненьне маціцы не даведзена да канца і што ў ёй ёсьць яшчэ рэшткі яйца. Толькі пэўнае спыненьне крывяцяненьня, выклікаемае скарачэньнямі мацічнай мускулатуры, і зьмяншэньне поласьці маціцы сьведчаць аб яе апаражненьні.

Пасля скапчэння выскаблення, зробленага з дыягностычнаю або лекаваю мэтай, дастаткова працерці поласьць маціцы зондам Плейфэра, на які наверхваецца вата, змочаная ёднай настойкай, а пасля ўтворанага абарту рацыянальнай корыцангам або доўгім анагомічным пінцэтам увесці ў поласьць маціцы палоску марлі з ёдам, пакінуць на адну-дзве мінуты, а потым выдаціць. У выпадках-жа значнага крывацчэння палоска гэта пакідаецца ў маціцы на некалькі гадзін і больш і пры гэтым ня лішняе загампоназаць похву вялікім марлевым тамполам.

Для выскаблення неабходна нарыхтаваць наступныя інструменты: люстэрка, пад'ёмнік, двое кулевых абцугоў, мацічны зонд, плейфэраўскі зонд, набор расшыральнікаў, некалькі кюрэтак або лыжак розных разьмераў і доўгі анатомічны пінцэт.

З прычыны таго, што выскабленьне маціцы нельга лічыць бяскроўнай операцыяй, а выскабленьне цяжарнай маціцы зьяўляецца вельмі сур'ёзнаю операцыяй і вымагае вельмі сур'ёзных адносін нават з боку вопытнага ўрача, то відавочна, што гэта операцыя ня можа быць зроблена акушэркаю. Недапушчальна таксама правядзеньне яе амбуляторна. Пасля выскаблення хворая павінна на працягу 2—3 дзён заставацца ў ложку. Устаць яна можа пры ўмове нормальнай тэмпературы, адсутнасці крывацчэння і боляў.

6. Операцыя Аляксандар-Адамса. Для выпраўленьня няправільнага палажэння маціцы існуе некалькі операцыйных мэтодаў; да іх належыць операцыя Аляксандар-Адамса, якая заключаецца ў пакарачэнні круглых мацічных звязак. Апошнія, як нам ужо вядома, ідуць ад вугла маціцы да похвіннага каналу і, праходзячы праз яго, прымацоўваюцца да лабковай косьці. Пакарочваюцца гэтыя звязкі такім чынам, што ускрыўшы похвінны канал, праз знадворную адтуліну яго выцягваюць круглую звязку да пажаданай даўжыні і некалькімі швамі фіскуюць яе з унутранага паверхні апонэўрозу. Тое-ж самае робіцца і з другога боку. Гэтым шляхам пакарочаныя звязкі выводзяць маціцу з задняй дуглясавай прасторы і нахіляюць яе к пераду. Але гэтая операцыя магчыма і прыводзіць да мэты толькі ў тым выпадку, калі маціца рухома і ня зрошчана з прылягаючымі да яе органамі. У апошнім выпадку для выпраўленьня няправільнага палажэння маціцы патрэбна операцыя праз брушную поласьць.

3. Брушное чэравасячэньне (ляпаратомія). Для ўтварэньня розных гінэколёгічных операцый часта прыходзіцца ўскрываць брушную поласьць і перш за ўсё ў экстраных, неадкладных выпадках, як напрыклад, пры разрыве цяжарнай трубы, пры прабадзеньні маціцы, пры перакручваньні ножкі кісты і да т. п. Затым брушное чэравасячэньне робіцца для выдаленьня маціцы, труб і яечнікаў, паражоных злоякаснымі пухлінамі. Шляхам брушнага чэравасячэньня выдаляюцца і добракасныя пухліны тых-жа органаў (фіброміомы і кісты). Брушная поласьць ускрываецца яшчэ з мэтай прышываньня і фіксацыі да брушной сьценкі апушчанай або выпаўшай маціцы. Успаленыя прыдаткі маціцы, якія не паддаюцца консэрватыўнаму лячэньню, неабходна выдаляць тым-жа шляхам.

Вышэй было ўказана, як падрыхтаваць хворую да чэравасячэньня і скуру жывата перад яе разрэзам. Трэба толькі дадаць, што падрыхтаванае операцыйнае поле пакрываецца стэрыльнай просьцінай з разрэзам, які адпавядае разрэзу брушной сьценкі, а зьверху і зьнізу (а пры папярэчным разрэзе—па баках) кладзецца па стэрыльным ручніку, які прымацоўваюцца асобнымі цапкамі.

Пасьля таго, як хворая заснула, ёй падаецца Трэндэленбургскае палажэньне. Робіцца гэта для таго, каб кішочныя петлі адышлі да дыяфрагмы і не перашкаджалі ходу операцыі.

Операцыя чэравасячэньня падзяляецца на тры моманты: 1) разрэз брушной сьценкі, які звычайна робіцца па сярэдняй лініі, а часамі і ў папярэчным напрамку; 2) работа ў брушной поласьці і 3) зачыненне брушной поласьці. Для ўскрыцьця брушной поласьці патрэбны наступныя інструманты: брушысты скальпэль, крываспыняльныя заціскальнікі Пэана, да хірургічных пінцэты і нажніцы, сагнутыя па вуглох. Для операцыйных ўмяшаньняў у брушной поласьці неабходны люстэркі для рассоўваньня краёў раны, заціскальнік Кохэра, нажніцы Купэра, лапчастыя пінцэты, іголкатрымальнікі, хірургічныя іголки і круглыя іголки (на ўсякі выпадак для кішочнага шову), кетгут і шоўк. Апрача таго, павінны быць падрыхтаваны вялікія марлевыя кампрэсы, марлевыя шарыкі. Павінны быць напалатове і іншыя інструманты, як кулевыя абцугі Мюзэ, корнцанг, штопар і троакар. У канцы операцыі, перад зашываньнем брушной сьценкі хірург павінен уважліва аглядзець брушную поласьць, каб дэраканатца, што ў ёй не застаўся кампрэс, заціскальнік або іншы

інструмант. Асыстэнт і опэрацыйная сястра павінны весьці дакладны ўлік марлевых компрэсаў і інструмантаў.

Зашываньне брушной поласьці робіцца паслойна. Тут, апрача шоўкавых і кетгутавых швоў, некаторыя ўжываюць яшчэ і дротавыя швы і скобкі Мішэля. Апрача пералічаных інструмантаў у часе ляпаратоміі могуць спатрэбіцца яшчэ і іншыя, але ў такім выпадку опэрацыйная сястра атрымлівае ад ўрача ўказаньне яшчэ перад опэрацыяй.

Аб туалэце брушной раны было сказана вышэй.

8. Похвавое чэравасячэньне. Похвавое чэравасячэньне шмат у чым мае перавагу перад брушным: яно менш небясьпечна ў сэнсе пашырэньня інфэкцыі, яно мае меншы ўплыў на агульны стан хвораі і пры ім не ахалоджваецца брушная поласьць. Таму многія гінэколёгі лічылі за лепшае опэраваць похвавым шляхам і нават выдалялі праз похву вялікія пухліны маціцы і яечнікаў. Але тэхніка брушнога чэравасячэньня цяпер настолькі добра распрацавана, што яна па сваіх выніках перавышае похвавае чэравасячэньне і таму большасць хірургаў-генэколёгаў у сучасны момант опэруюць праз брушную сьценку.

Похвавым шляхам праводзіцца абмежаваны лік опэрацый. Гэтым шляхам ускрываюцца гнойныя эксудаты, якія накіпіліся ў задняй Дуглясавай прасторы і робяцца некаторыя опэрацыі з прычыны апусканьня і выпаданьня маціцы. Да выдаленьня маціцы брушная поласьць ускрываецца праз лярэдні звод, для ўскрыцьця абцэсу робіцца папярочны разрэз у заднім зводзе, які ў такіх выпадках звычайна бывае выпнутым.

Падрыхтоўка хвораі звычайная. Інструмантары ўвогуле такія-ж, які для ляпаратоміі.

## РАЗЪДЗЕЛ СЕМЫ

### ГІНЗКОЛЁГІЧНЫЯ ЗАХВОРВАНЬНІ

#### 1. ПАРОКІ РАЗЪВІЦЬЦЯ

Пад парокамі разьвіцьця полавых органаў мы разумеем такі стан, калі зародкавыя зачаткі іх ва ўнутрычэраўным жыцьці плоду не атрымліваюць дальнейшага нормальнага разьвіцьця з прычыны парушэньня процэсаў зьліцьця і аддзяленьня, або з прычыны перанесеных зародкам успаляльных процэсаў, у выніку якіх органы прымаюць выродлівыя формы або не дасягаюць нормальнага закончанага разьвіцьця. У выніку ўсіх гэтых процэсаў атрымліваюцца зараставьні, недаразьвіцьцё або няправільнае разьвіцьцё, падваеньне полавых органаў, зачаткі, а часамі нават адсутнасьць таго або іншага органу.

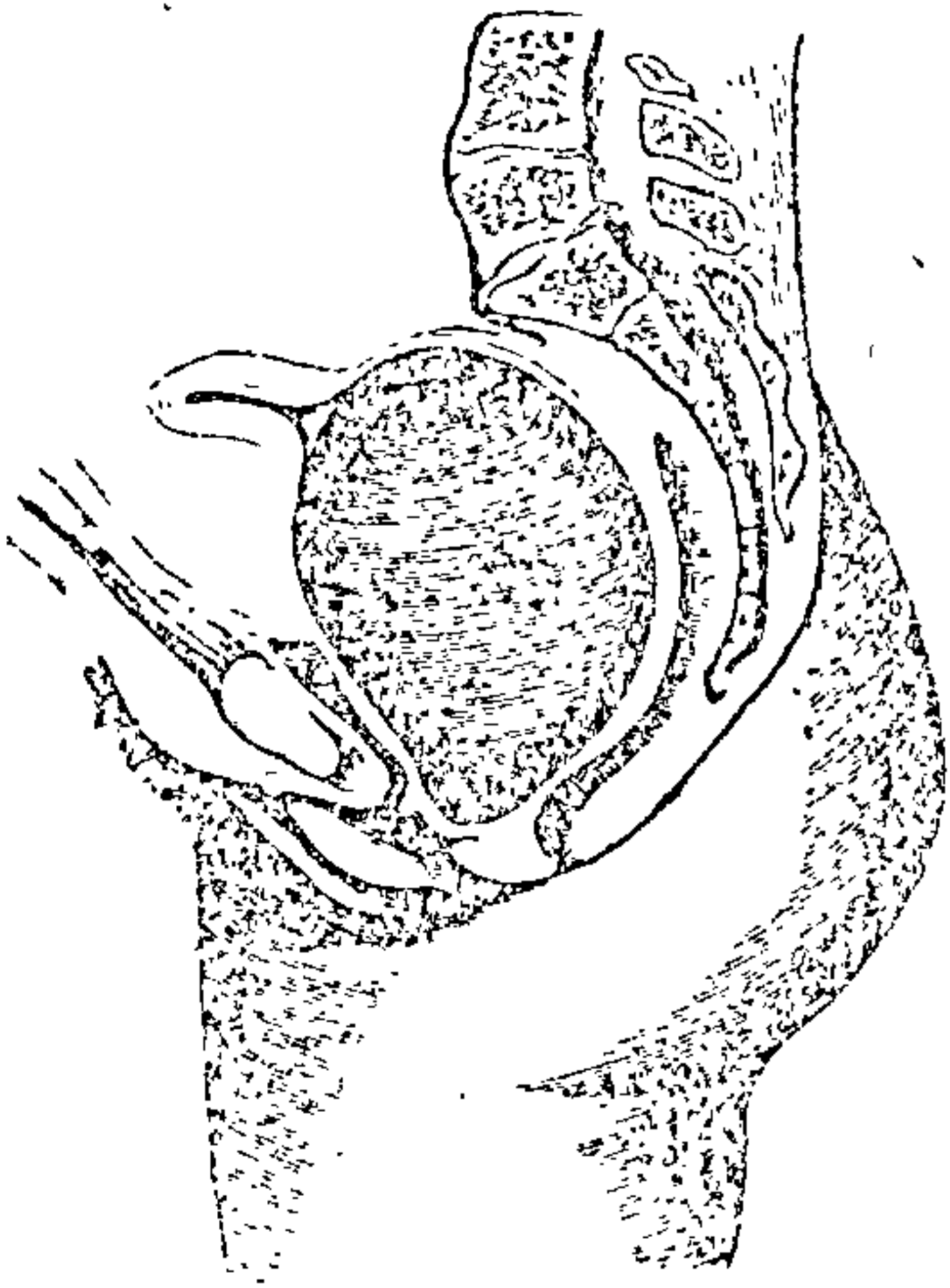
Апрача гэтых прыроджаных парокаў разьвіцьця назіраюцца яшчэ і набытыя парокі ў пазачэраўным жыцьці. Так, напрыклад, недаразьвіцьцё полавых органаў і зараставьні могуць стварыцца і ў дзіцячым узросьце, як частковая праява недаразьвіцьця ўсяго арганізму (інфатылізм), або як вынік перанесеных у дзяцінстве інфэкцыйных захворваньняў: адзёру, шкарлятыны, дыфтэрыі, воспы і інш. Зараставьні, якія назіраюцца ў дарослых, як вынік цяжкіх родаў, мэханічных і хімічных пашкоджаньняў, належаць, вядома, не да парокаў разьвіцьця, а да патолёгічных процэсаў.

*Парокі разьвіцьця знадворных полавых органаў.* Да іх належаць: недаразьвіцьцё пярэдняй сьценкі мочавыпускарнага каналу з утварэньнем шчыліны (эпіспадыя), недаразьвіцьцё задняй сьценкі гэтага каналу (гіпоспадыя), зрашчэньне вялікіх і малых губ, перамяшчэньне задняга праходу ў прысенак похвы, зараставьне задняга праходу і гермафродытызм, г. зн. такі стан знадворных полавых органаў, калі да іх выглядзе нельга вызначыць пол.

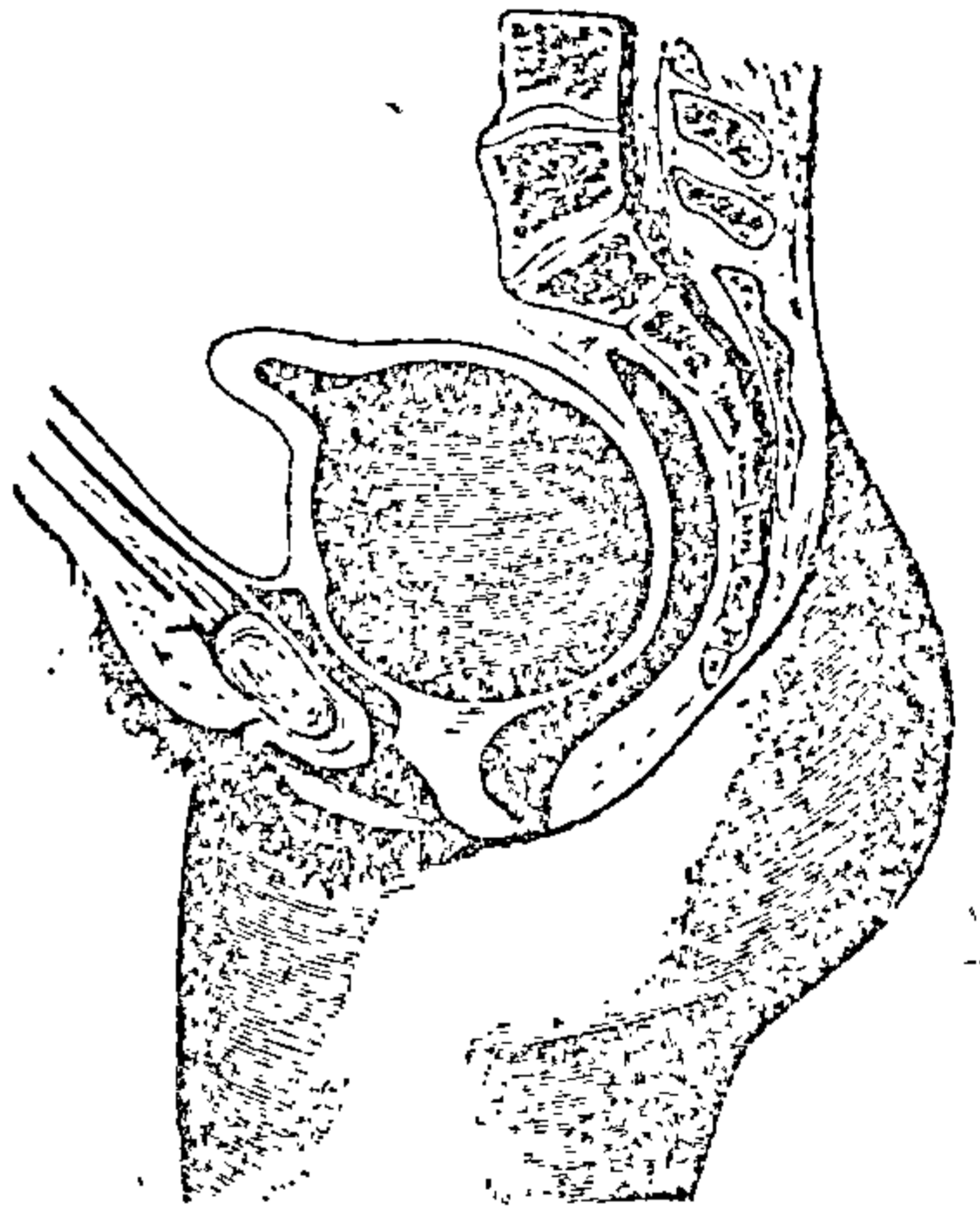


Большасць з гэтых парокаў развіцця патрабуе операцыі.

*Зарастаньне дзявочай плявы і похвы (атрэзія).* Зарастаньне дзявочай плявы і похвы бывае прыроджанае і набытае. Апошняя, як вышэй было ўказана, можа ўтварыцца ў выніку розных інфекцыйных захворваньняў у дзіцячым узросьце. Да наступленьня пэрыоду полавай сьпеласьці гэта аномалія нічым сябе не выяўляе і не дае ніякіх сымптомаў. З надыходам-жа першай мэнструацыі кроў, што выдзяляецца з маціцы, ня можа выйсці вонкі і пры зарастаньні адной толькі дзявочай плявы яна накапляецца ў похве. З кожным месяцам колькасць крыві ў похве павялічваецца, маціца прыпадымаецца кверху, а дзявочая плява купалападобна выпінаецца—утвараецца так званы гэма-



Мал. 69. Гэматокольпос.



Мал. 70. Гэмомэтра.

токольпос (мал. 69). Калі похва ўжо моцна расьцягнута і перапоўнена крывёю, то ёю ўжо пачынае напаўняцца і маціца—атрымліваецца гэмомэтра (мал. 70) і, урэшце, крывёю напаўняюцца і трубы—гэмосальпінкс. Ясна, што пры зарастаньні похвы процэс пачынаецца з утварэньня гэмомэтры.

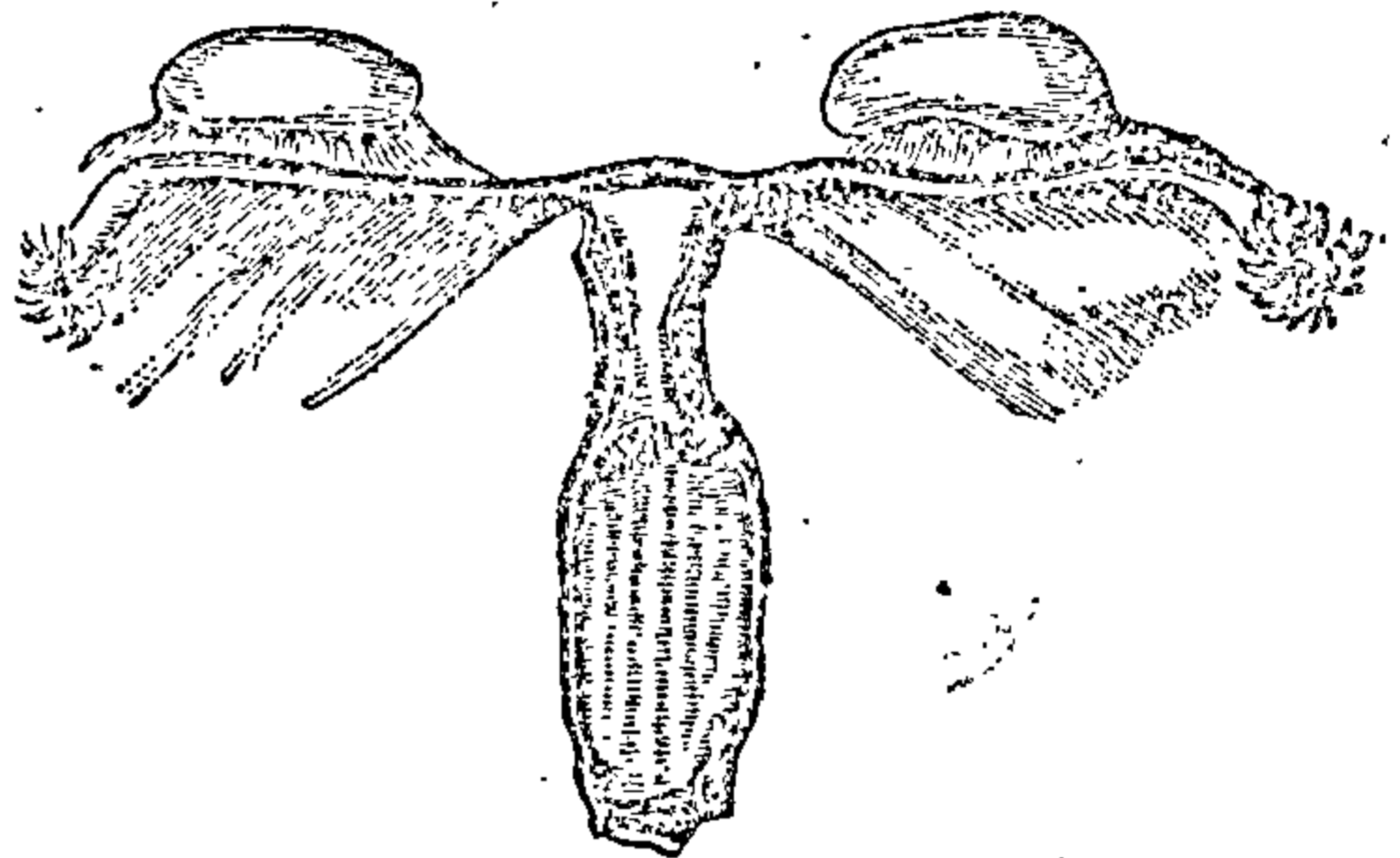
Зарастаньне дзявочай плявы і похвы дае характэрныя сымптомы. Спачатку хворая скардзіцца на схваткападобныя болі ўнізе жывата і на болі ў паясьніцы, якія зьяўляюцца кожны месяц і працягваюцца некалькі дзён. Потым болі ўзмацняюцца і робяцца пастаяннымі. З часам і жысот пачынае павялічвацца

і крывяная пухліна часамі дасягае значных разьмераў, моцна выпінаючы тазавое дно і даходзячы кверху да ўзроўню пупка.

Распазнаць гэтую хваробу няцяжка. Адсутнасьць адтуліны ў дзявочай пляве або непраходнасьць похвы, прымацаваньне праз брушнае пакрыцьцё і праз прамую кішку мяккай пухліны і характэрныя сымптомы беспамылкова ўстанаўляюць дыягноз.

Лячэньне заключаецца ў расьсячэньні зарослай дзявочай плеўкі і ва ўтварэньні у ёй адтуліны або ва ўтварэньні каналу ў зарослай похве.

*Звужэньне похвы (стэноз).* Тыя-ж прычыны, якія выклікаюць поўнае застаньне похвы, могуць выклікаць толькі звужэньне прасьвету яе ў выглядзе або невялікага колцападобнага цяжу або аб'ёмістага і шчыльнага рубца. У залежнасьці ад ступені звужэньня сымптомы бываюць розныя. Значнае звужэньне можа зьяўляцца перашкодаю для полавых зносін і для родавага акту. У такіх выпадках для прывядзеньня похвы ў нормальны стан патрэбна высячэньне ўсёй рубцовай тканкі.



Мал. 71 Дзіцячая маціца.

*Парокі разьвіцьця маціцы і похвы.* Недаразьвіцьцё маціцы і похвы. Поўная адсутнасьць маціцы—зь'ява вельмі рэдкая. Часьцей назіраецца недаразьвітае (рудымэнтарнае) цела маціцы з нормальнай шыйкай. Яшчэ часцей бываюць выпадкі, калі ў дарослых жанчын маціца захоўвае форму; уласьціваю дзіцячаму пэрыоду свайго разьвіцьця, а іменна: шыйка даўжэй за цела маціцы і похвавая частка мае конічную форму (дзіцячая або інфантальная маціца) (мал. 71). Такую маціцу трэба адрозьніваць ад атрофічнай маціцы, цела і шыйка якой раўнамерна зьменшаны ў сваіх разьмерах. Атрофію (гіпоплязію) маціцы мы назіраем, як фізыялёгічную зьяву, у жанчын у пэрыодзе кармленьня грудзьмі (у ляктоцыйным пэрыодзе) і ў клімактэрычным пэрыодзе. Нярэдка маціца атрофіруецца ў жанчын пасля перанесеных інфэкцыйных і зьнясіляючых захворваньняў (тыф, халера, дызэнтэрыя і да т. п.).

Недаразьвіцьцё маціцы часта комбінуецца з недаразьвітай похвай, якая бывае кароткаю і вузкаю.

Да недаразьвіцьця маціцы трэба аднесьці таксама выпадкі рэзка выяўленай антэфлексіі.

Недаразьвіцьцё маціцы часта суправаджаецца поўнай амэнорэяй і бясплоднасьцю. У слаба выяўленых выпадках мэноструацыя пачынаецца значна пазьней, паміж асобнымі менструацыямі бываюць вялікія паўзы, выдзяленьне крыві бывае нязначнае і звычайна суправаджаецца болямі ўнізе жывата (дысмэнорэя). У гэтых выпадках магчыма і цяжарнасьць, але яна часта заканчваецца выкідкамі.

Лячэньне зводзіцца да агульнага ўмацаваньня ўсяго арганізму: узмоцненага харчаваньня, фізычных практыкаваньняў, гідратэрапіі і т. д. У якасьці ўнутранага сродку прызначаюцца прэпараты жалеза і мыш'яку, а таксама оварыін, гіпофізын і інш.

*Аномаліі разьвіцьця маціцы і похвы.* Гісторыя разьвіцьця жаночых палавых органаў вучыць нас, што похва, маціца і трубы ствараюцца з дзьвёх так званых Мюльлеравых ніцэй або ходаў, якія, будучы ў пачатковых стадыях разьвіцьця зародку падзеленымі, к канцу другога месяца чэраўнага жыцьця ў сярэдняй і ніжняй сваіх частках зрошчваюцца і зьліваюцца ў адзін агульны канал і ўтвараюць маціцу і похву; верхнія-ж канцы Мюльлеравых ходаў астаюцца падзеленымі і, разыходзячыся ў абодва бакі, утвараюць фалёпіевы трубы.

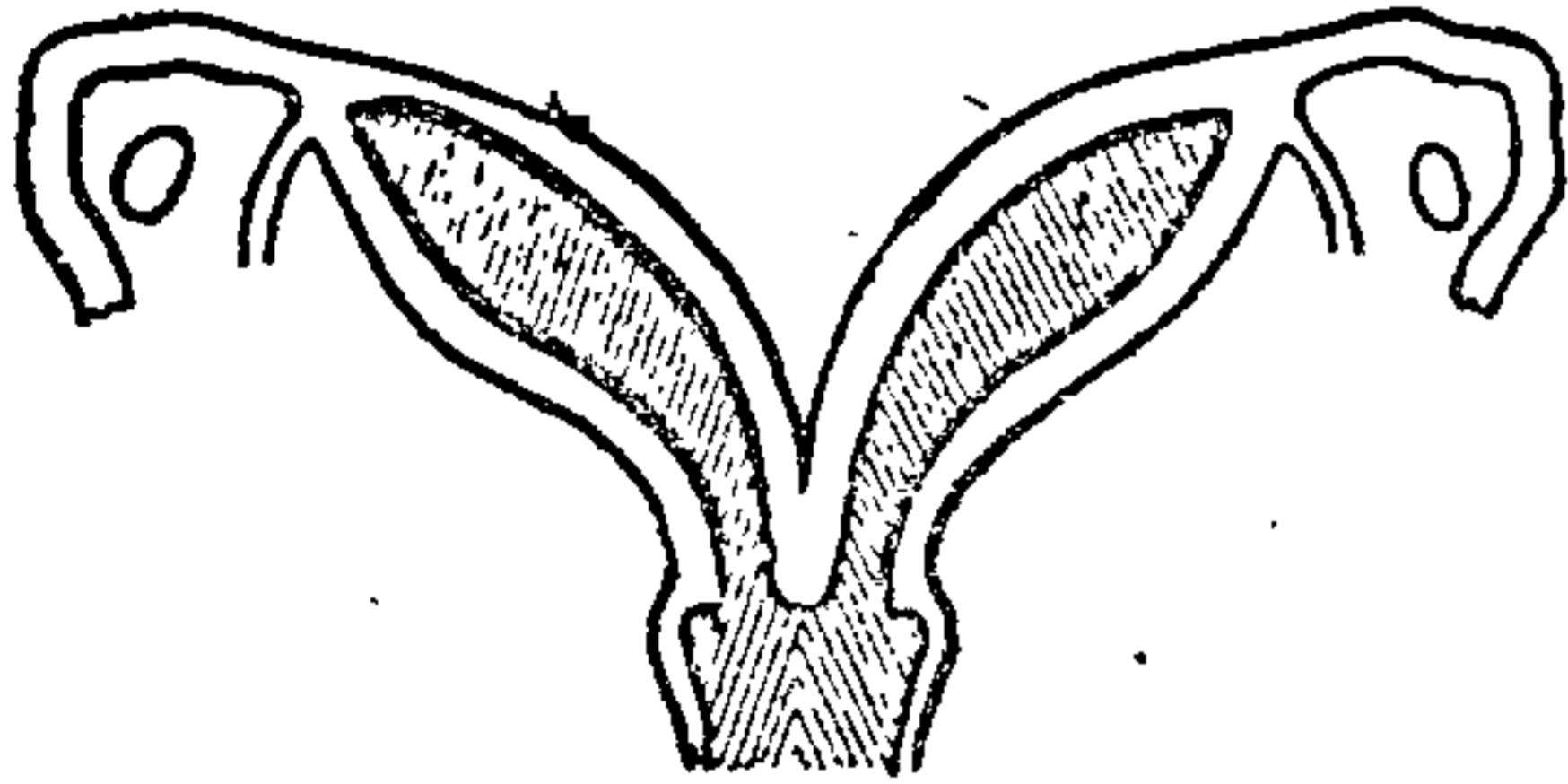
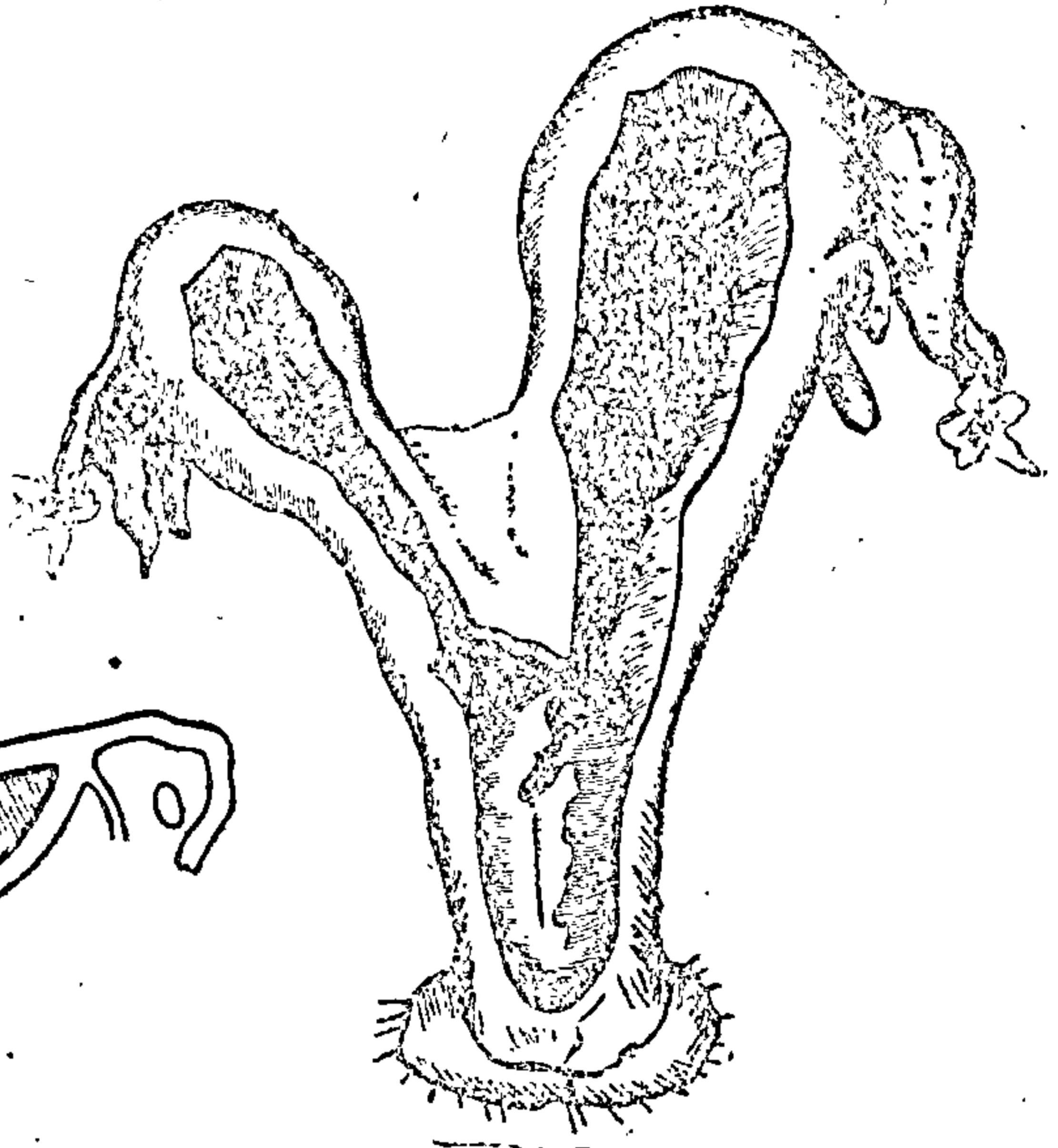
Калі ў процэсе зьліцьця Мюльлеравых ходаў у чэраўным жыцьці адбываюцца якія-небудзь адхіленьні ад нормальнага разьвіцьця, калі гэтыя ходы недастаткова разьвіты або паміж імі адбылося няпоўнае зрашчэньне, то атрымліваюцца розныя формы парокаў разьвіцьця і розныя камбінацыі паміж імі. Пры няпоўным зьліцьці Мюльлеравых ходаў атрымліваецца двурогая маціца з падвойнай або адной похвай (мал. 72).

Пры недаразьвіцьці аднаго з Мюльлеравых ходаў атрымліваецца аднарогая маціца, да якой прылягае рудымэнтарны (зачатковы) рог (мал. 73). Два асобныя целы маціцы могуць мець па асобнай шыйцы або адну агульную шыйку. Сустрэкаецца маціца, у якой ёсьць падзяленьне толькі дна яе і атрымліваецца такім чынам сядлопадобнае дно маціцы (мал. 74).

Калі Мюльлеравыя ходы зрасьліся, але паміж імі асталася перагародка, то атрымліваецца двуполасная маціца. Такая-ж пера-

гародка можа быць і ў похве, яна можа быць перагароджана поўнасьцю або часткова.

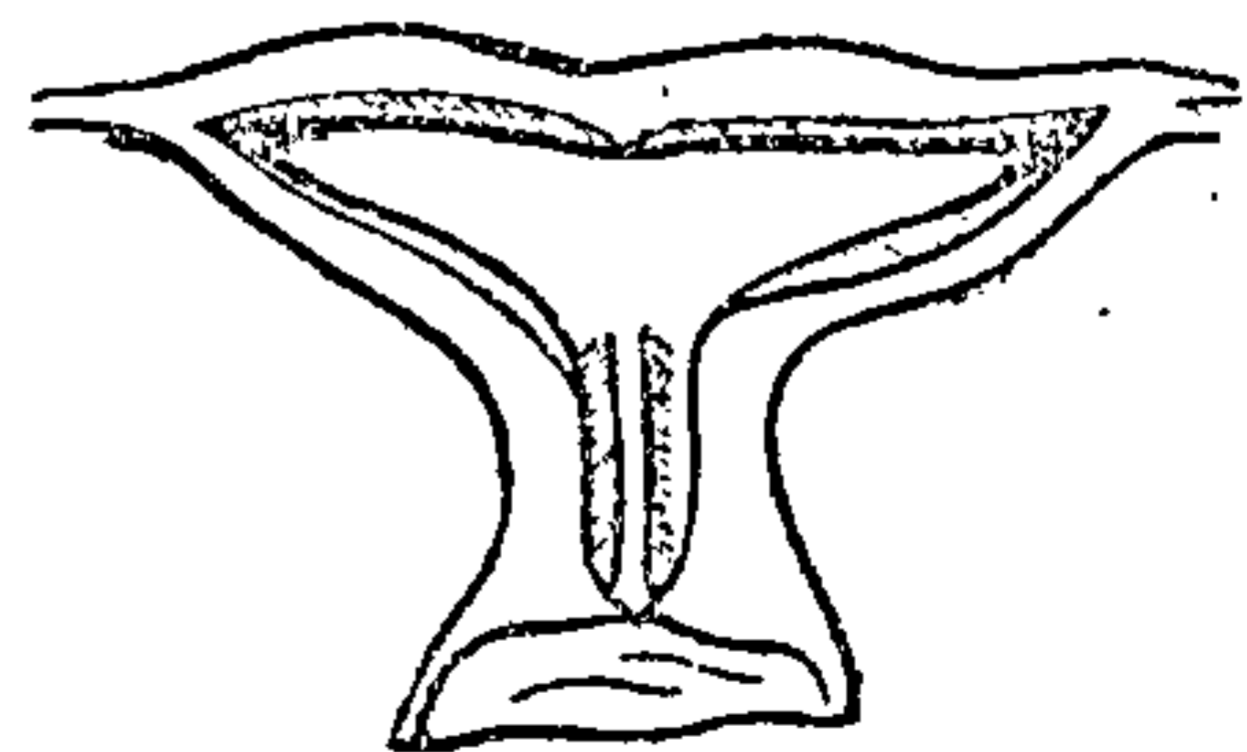
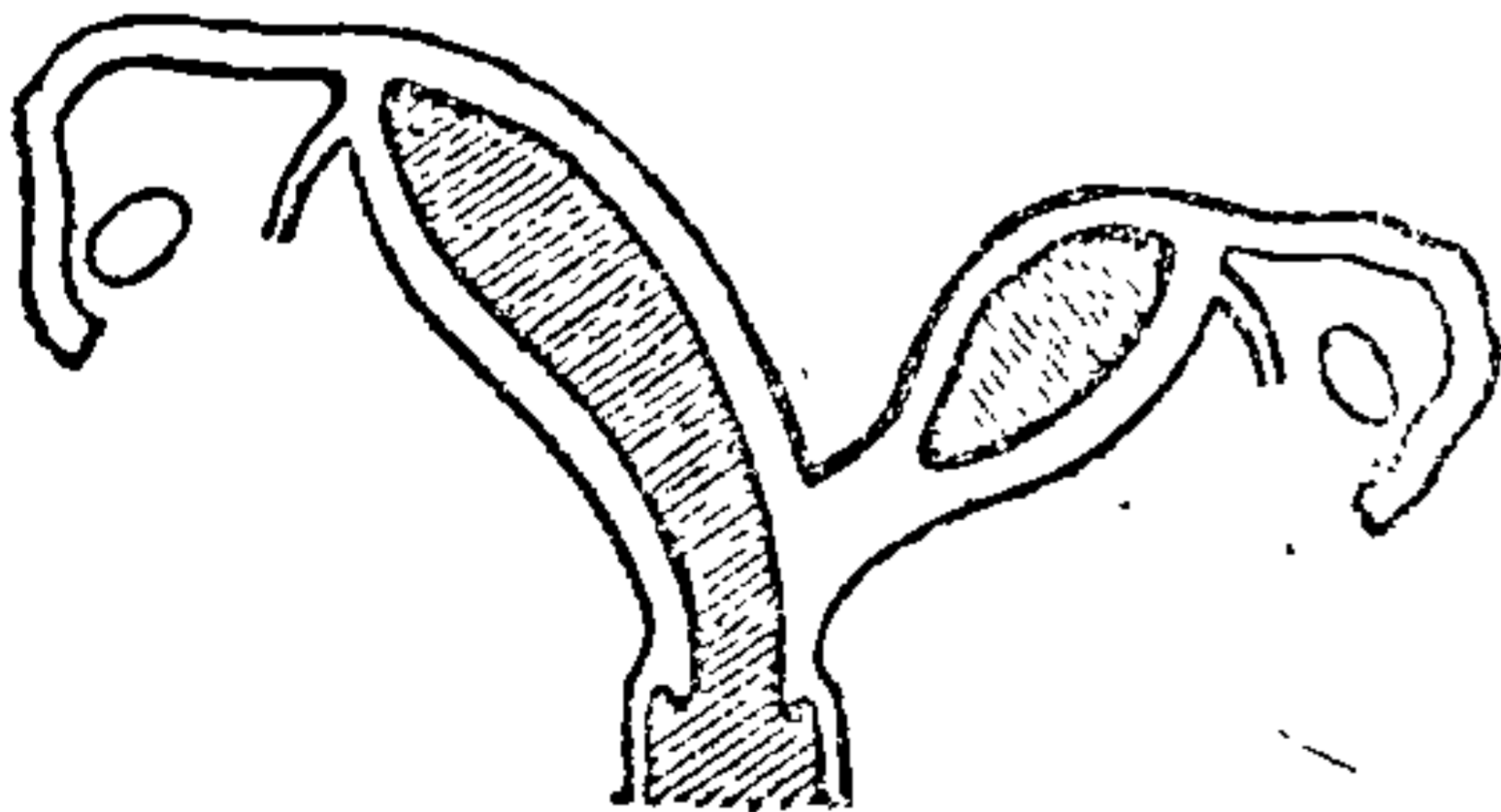
Парокі разьвіцьця маціцы звычайна не праўляюцца ніякімі сымптомамі, і жанчына даведваецца аб наяўнасьці ў яе такой аномалі пры выпадковым дасьледваньні яе ўрачом. У двурогай і двухполаснай маціцы магчыма цяжарнасьць у адным рагу або ў аднэй з поласьцяй і роды звычайна працякаюць



Мал. 72. Двурогая маціца (схэматычна)

Мал. 72а. Падвойная маціца.

нормальна. Сур'ёзныя аскладненьні становіць цяжарнасьць у рудымэнтарным рагу; яна па сваім цяжэньні і выніку нагадвае пазачачную цяжарнасьць, а таму патрабуе апэрацыйнага ўмяшаньня.



Мал. 73. Аднурогая маціца з другім зачатковым рогам (схэматычна).

Мал. 74. Сядлопадобнае дно маціцы.

Парокі разьвіцьця патрабуюць лячэньня толькі тады, калі ёсьць перашкоды для палавога жыцьця і для родаў. Такімі перашкодамі могуць быць толькі перагародкі ў похве, і тады яны выдаляюцца апэрацыйным шляхам.

*Парокі разьвіцьця яечнікаў і труб.* Поўная адсутнасьць яечнікаў і труб назіраецца голькі ў няжыцьцяздольных пладоў разам з іншымі выродствамі. Недаразьвіцьце яечнікаў вядзе да зьніжэньня іх функцыі і часта суправаджаецца амэнорэяй і бясплоднасьцю.

Недаразьвіцьце труб выяўляецца ў іх зьвілістасьці і непраходнасьці і вядзе да дысмэнорэі і бясплоднасьці.

## II. НЯПРАВІЛЬНЫЯ ПАЛАЖЭНЬНІ МАЦІЦЫ.

Маціца, як ужо не адзін раз адзначалася, зьмяшчаецца ў малым тазе па сярэдняй лініі і падтрымліваецца тазавым дном і зьвязачным апаратам. Дзякуючы элястычнасьці апошняга, ёй уласьціва некаторая рухавасьць. Цела маціцы ляжыць на мачавым пузыры, а похвая частка накіравана кнізу і кзаду; маціца такім чынам зьлёгка нахілена кпераду. Апрача таго, цела маціцы ў адносінах да шыйкі ўтварае адкрыты кпераду тупы вугал; маціца такім чынам мае нязначны перагіб кпераду. Такое палажэньне і форма маціцы лічацца нормальнымі. Усякае іншае палажэньне маціцы лічыцца ненормальным, патолёгічным. Выключэньнем зьяўляюцца тыя выпадкі, калі напоўнены мачавы пузыр адхіляе цела маціцы кзаду, або калі напоўненая калавымі масамі прамая кішка адсоўвае маціцу кпераду. Але гэтыя адхіленьні маціцы нічога патолёгічнага не становяць, бо пасьля апаражчэньня мачавога пузыра і прамой кішкі маціца зноў прымае сваё нормальнае палажэньне. Адсюль вынікае, што для вызначэньня палажэньня маціцы неабходна перад дасьледваньнем прымуціць жанчыну папярэдне апаражніць мачавы пузыр і прамую кішку, інакш можа стварыцца няправільнае ўяўленьне аб палажэньні маціцы.

Адрозьніваюць наступныя зьмены ў палажэньні маціцы:

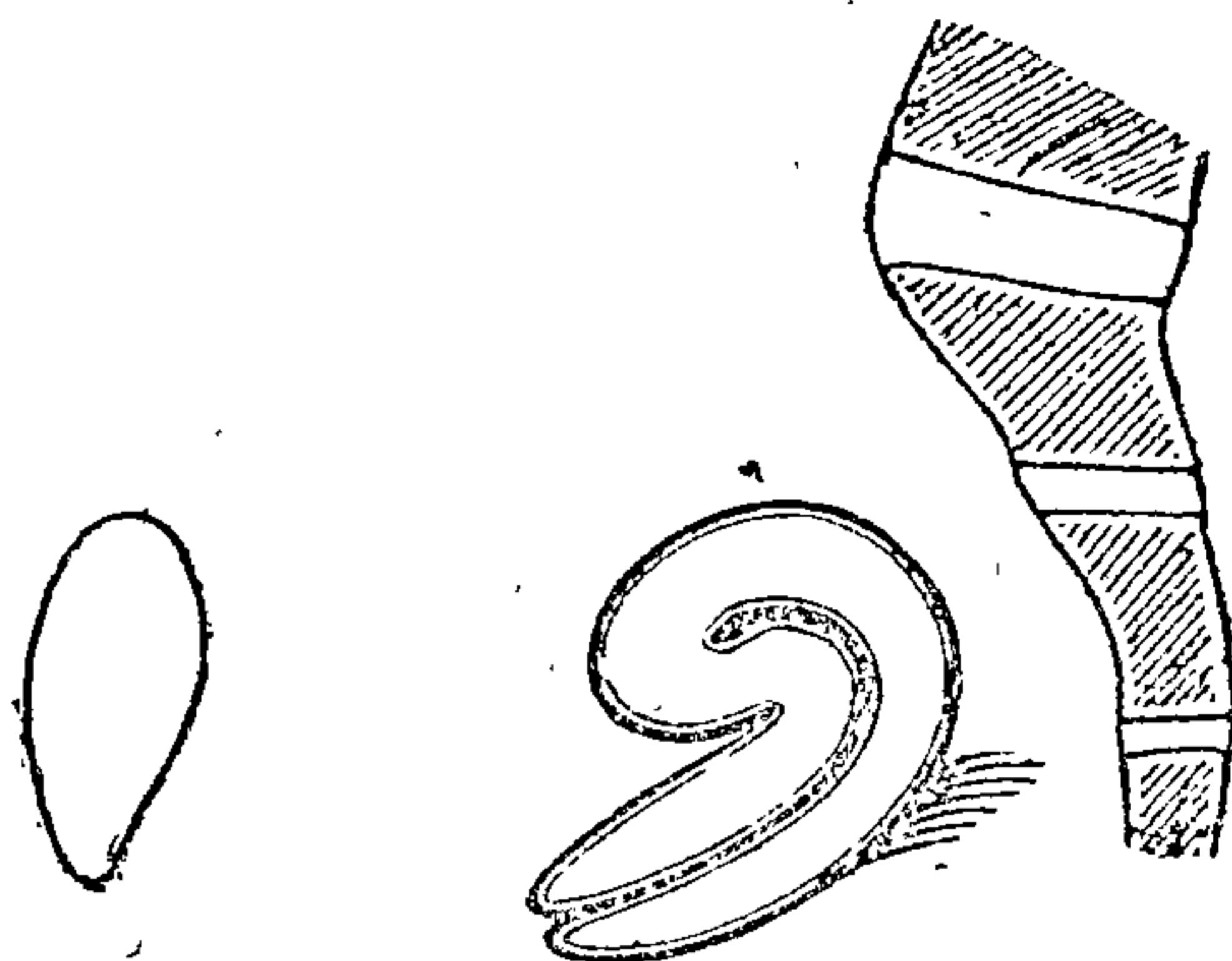
- 1) зьмяшчэньне маціцы кпераду (антыпозыцыя);
- 2) зьмяшчэньне маціцы кзаду (рэтропозыцыя);
- 3) зьмяшчэньне маціцы ў бок (лятэропозыцыя);
- 4) нахіленьне маціцы кпераду (антэвэрзія);
- 5) нахіленьне маціцы кзаду (рэтровэрзія);
- 6) нахіленьне маціцы ўбок (лягэровэрзія);
- 7) перагіб маціцы кпераду (антэфлексія);
- 8) перагіб маціцы кзаду (рэтрофлексія);
- 9) перагіб маціцы ў бок (лятэрофлексія);

- 10) апушчэньне маціцы (Descensus);
- 11) выпаданьне маціцы (проляпс);
- 12) выварот маціцы (інвэрзія).

1. Зьмяшчэньні маціцы. Зьмяшчэньне маціцы кпераду—антэпозыцыя—выклікаецца разьмешчанымі ў задняй Дуглясавай прасторы пухлінамі.

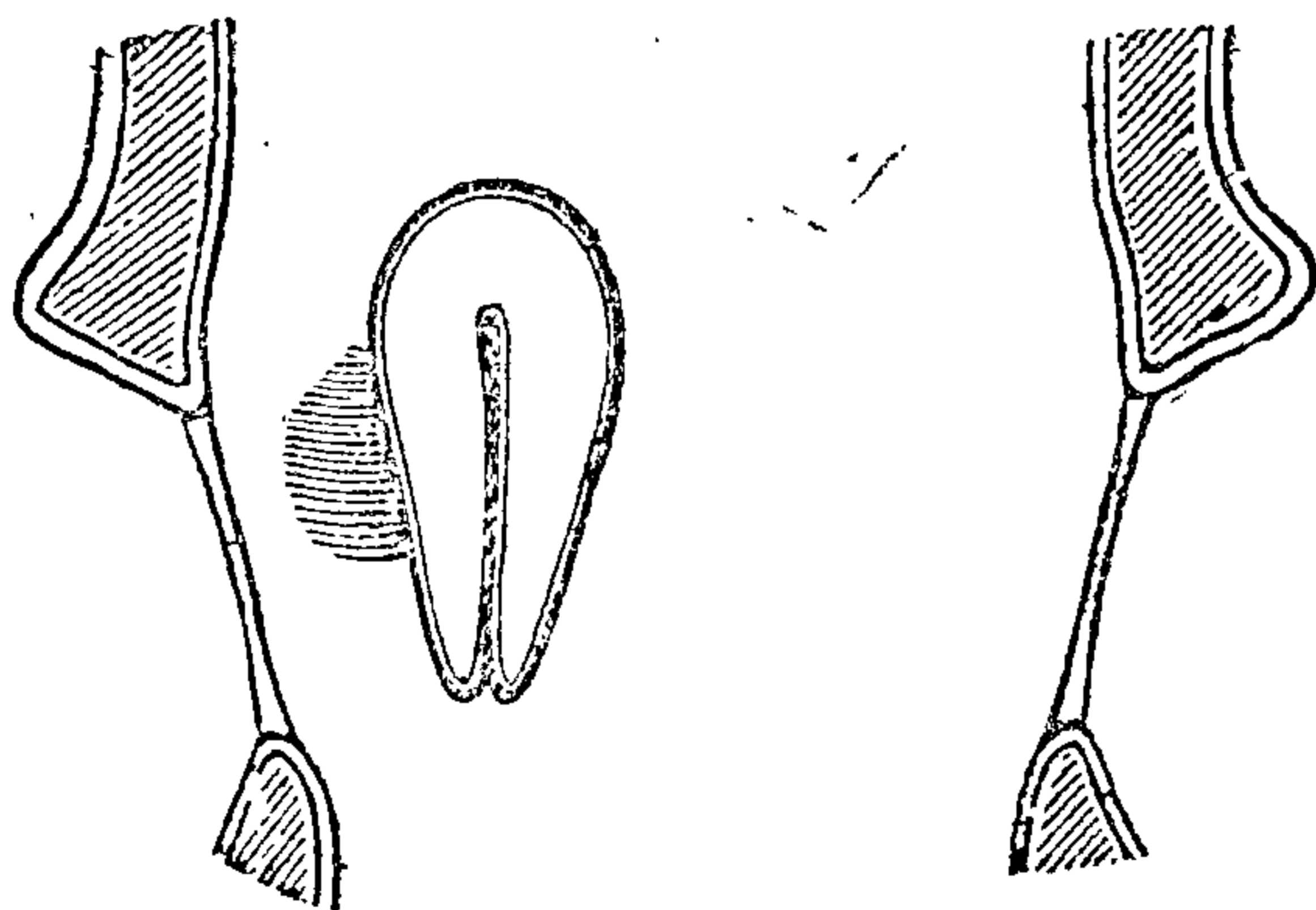
Зьмяшчэньне маціцы кзадуду—рэтропозыцыя—выклікаецца пакарачэньнем крыжова-мацічных зьвязак, а таксама спайкамі пасьяля ўспаляльнага процэсу (мал. 75).

Зьмяшчэньне маціцы ўбок (правы або левы)—лятэропозыцыя адбываецца з прычыны адцясьненьня яе да бакавой сьценкі таза пухлінаю, якая зьмяшчаецца ў супроцьлеглым баку, эксудатам у



Мал. 75. Зьмяшчэньне маціцы кзадуду.

пэраметры, або зморшчваньнем аднаведнай шырокай зьвязкі (мал. 76).



Мал. 76. Зьмяшчэньне маціцы ўбок.

Пасьяля выдаленьня пухліны і вылячэньня ўспаляльных процэсаў, выклікаючых зьмяшчэньне, маціца прыводзіцца ў нормальнае палажэньне.

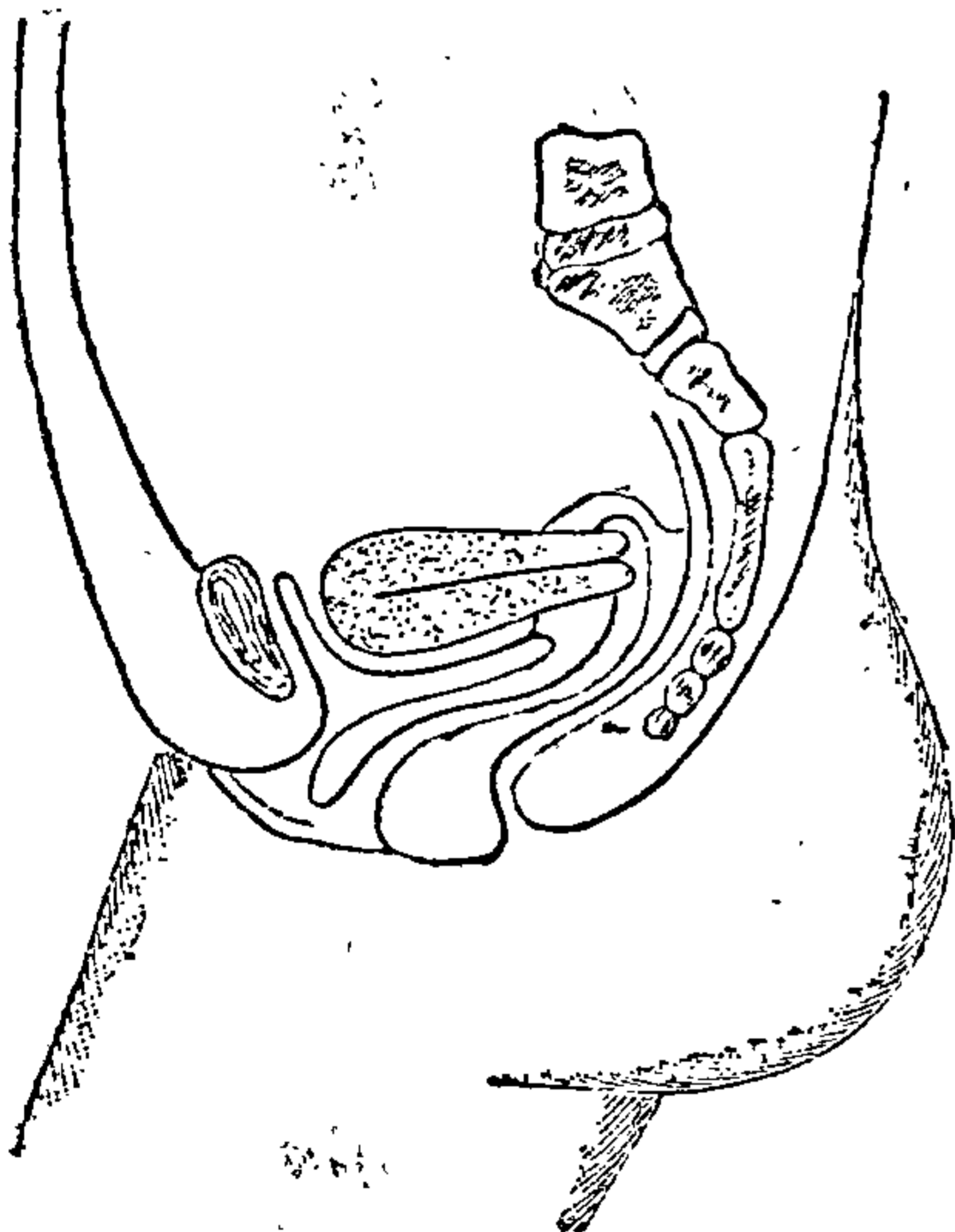
Пасьяля выдаленьня пухліны і вылячэньня ўспаляльных процэсаў, выклікаючых зьмяшчэньне, маціца прыводзіцца ў нормальнае палажэньне.

2. Нахіленьні маіцы. Нахіленьне маіцы кпераду—антэвэрзія—лічыцца патолёгічным, калі дно маіцы стаіць ніжэй шыйкі яе, а апошняя глядзіць кзаду і ўверх, прычым тупы вугал, які існуе паміж целам і шыйкай пры normalнай антэвэрзіі, згладжваецца (мал 77).

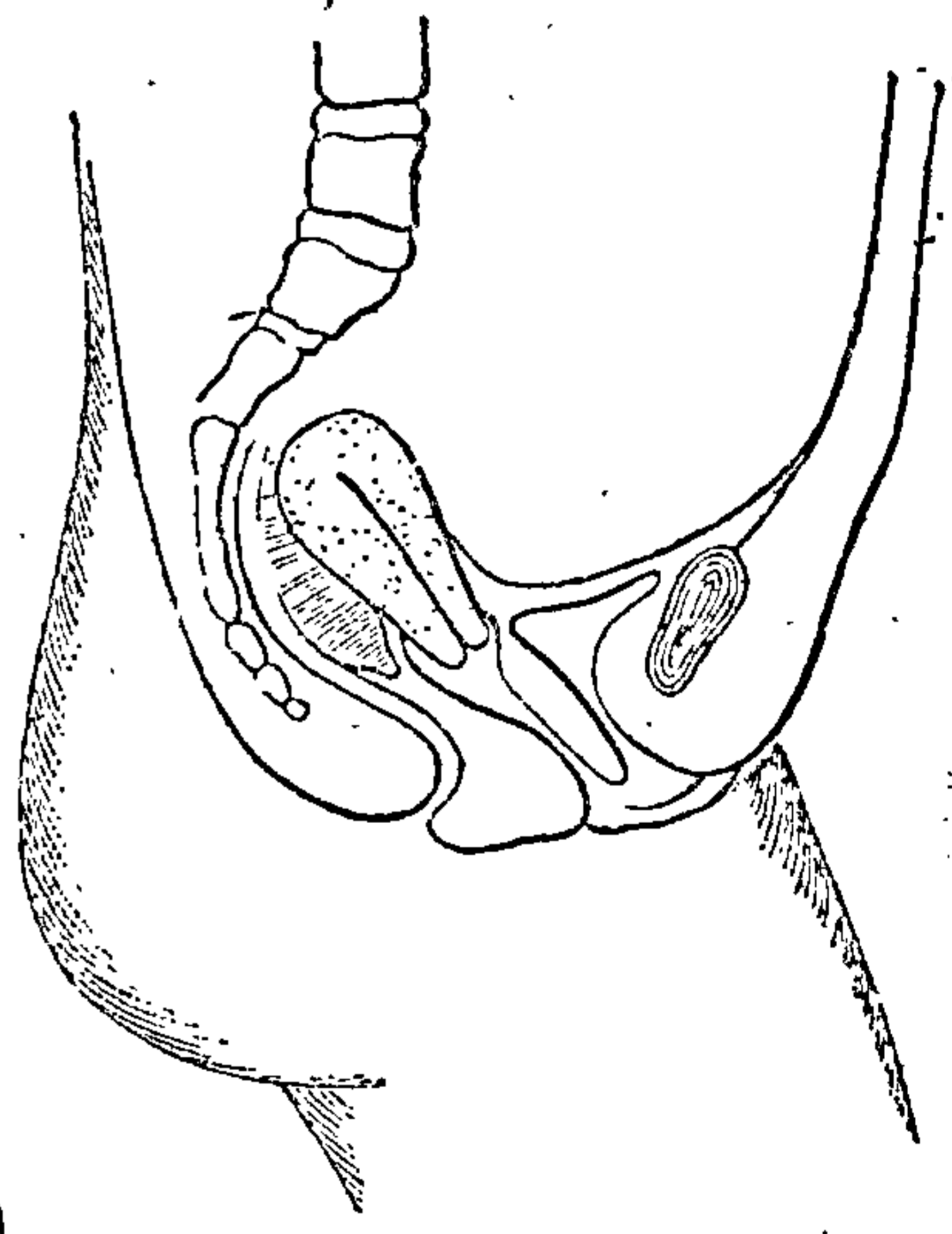
Прычынамі ўзьнікненьня антэвэрзіі зьяўляюцца пухліны, эксудаты (выпаты), кароткія крыжова-маічныя зьвязкі і констытуцыяльныя асаблівасьці (інфатылізм).

Пры патолёгічнай антэвэрзіі маіцы жанчыны звычайна скардзяцца на частыя позывы да мацавыпусканьня. Назіраецца часамі і значнае крывяцяненьне ў часе рэгул.

Лячэньне павінна быць накіравана на зьнішчэньне пры-



Мал. 77. Нахіленьне маіцы кпераду.



Мал. 78. Нахіленьне маіцы кзаду (рэтровэрзія).

чыны, выклікаючай данае захворваньне. Пры рухомай маіцы нахіленьне можа быць выпраўлена пэсарыем (маічным колцам), а пры нярухомай маіцы належыць папярэдне ўжываць рассасваючыя сродкі і гінекологічны масаж.

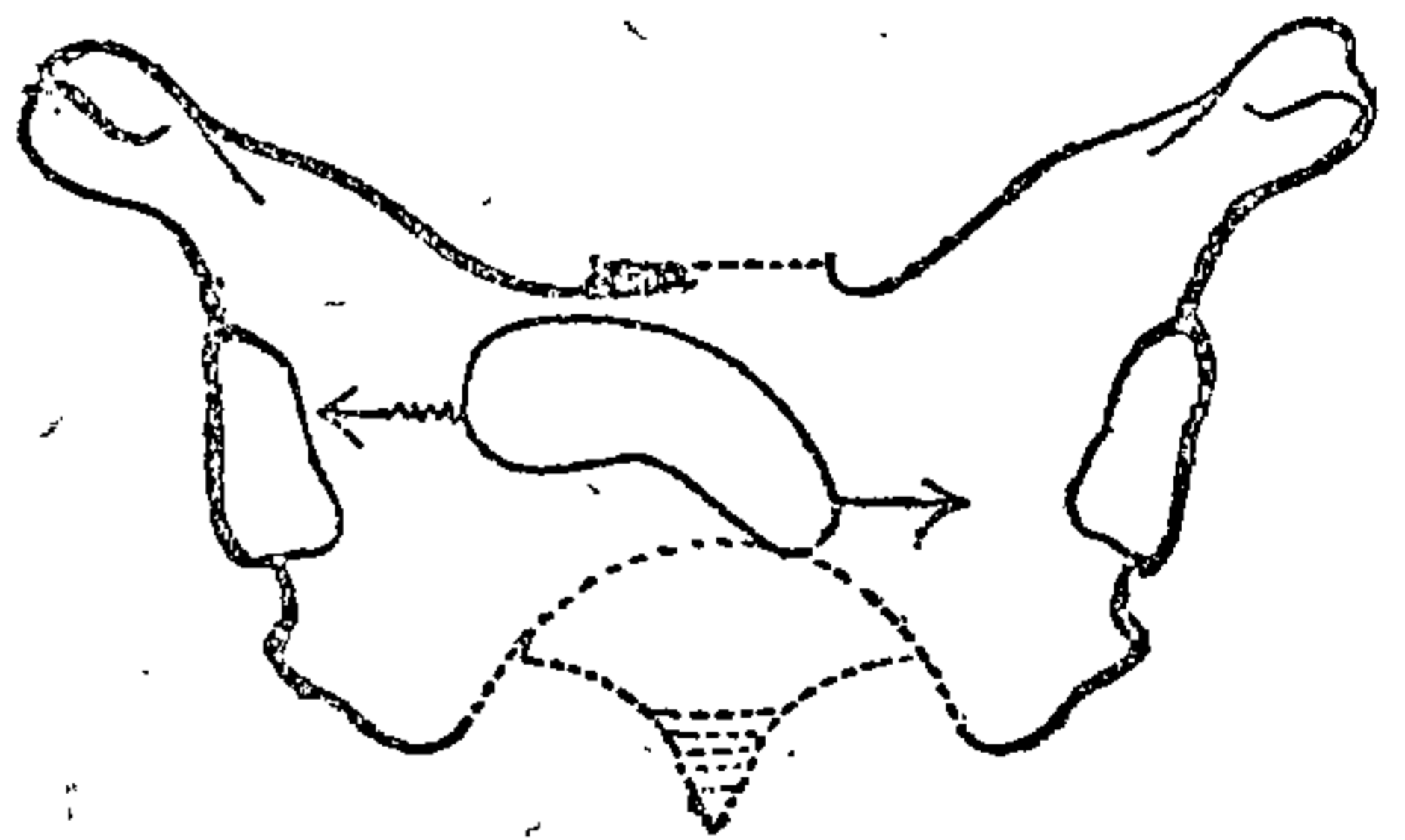
Нахіленьне маіцы кзаду—рэтровэрзія—сустракаецца часьцей і мае больш важнае практычнае значэньне. Пры такім ненормальным палажэньні таксама амаль адсутнічае вугал паміж целам і шыйкай маіцы і іх прадоўжныя восі ўтвараюць амаль прамую лінію. Пры гэтым дно і цела маіцы нахіляюцца кзаду, а шыйка глядзіць кверху і кпераду (мал. 78).

Значную ролю ва ўтварэньні рэтровэрзіі адыгрываюць успаляляльныя процэсы ў вобласьці прыдаткаў маіцы і тазавай брушыны (пэрымэтраў), якія вядуць да зморшчваньня, зрошчваньня і ўтварэньня спяек. У больш рэдкіх выпадках назіраюцца прыроджаныя рэтровэрзіі.

Сы м п т о м ы, выклікаемыя гэтым захворваньнем, выяўляюцца ў болях унізе жывата і крыжы, у запорах, частых позывах да мочавыпусканьня і збыткоўных рэгулах (мэнорагія). Рэтровэрзія зьяўляецца першай стадыяй апусканьня і выпаданьня маіцы.

Неабходна адзначыць, што рэтровэрзія і іншыя нахіленьні маіцы часта працякаюць бяз усякіх сымптомаў і выяўляюцца выпадкова пры дасьледваньні.

Лячэньне пры рухомай маіцы заключаецца ва ўстэўленьні маічнага колца (пераважна Годжэ), а пры нярухомай—у папярэднім рассьваючым лячэньні і гінэколёгічным масажы. У некаторых выпадках, якія не паддаюцца консэрватыўнаму лячэньню, прыходзіцца рабіць апэрацыю. Прыроджаная рэтровэрзія, якая звычайна не дае ніякіх сымптомаў, лячэньня не патрабуе.



Мал. 79. Нахіленьне маіцы ў правы бок (схэматычна).

Нахіленьне маіцы ў бок—лятэровэрзія—гэта такое няправільнае палажэньне маіцы, пры якім цела яе знаходзіцца ў адным баку таза, а шыйка—у другім. Прычынамі такога палажэньня маіцы служаць тыя-ж моманты, якія выклікаюць вышэй апісаныя адхіленьні. Часта нахіленьне маіцы ў бок злучаецца з перагібам яе ў адзін з бакоў (мал. 79). Лячэньне заключаецца ў адхіленьні асноўнай хваробы.

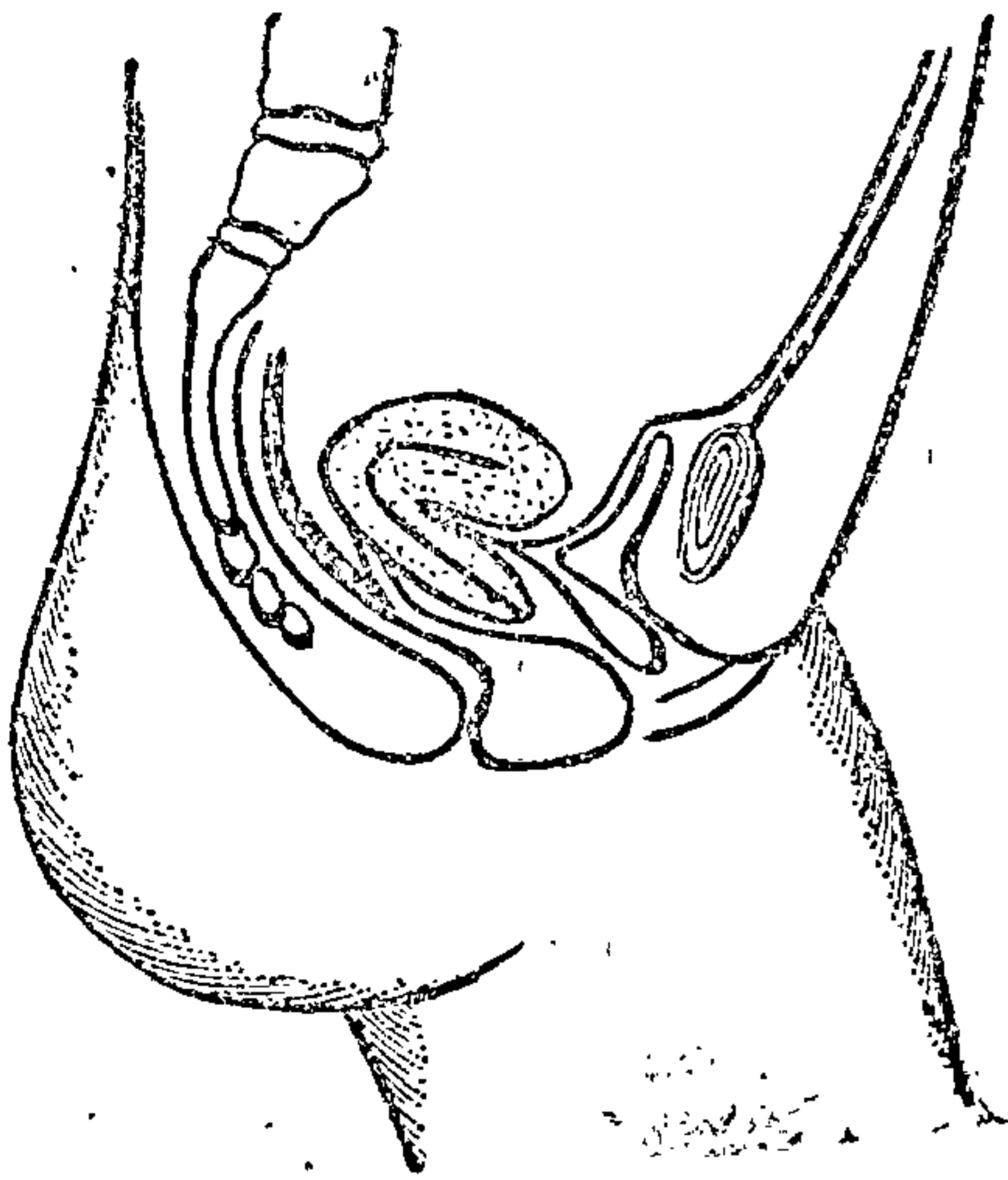
3. Перагібы маіцы. Перагіб маіцы кпераду—патолягічная антэфлексія—азначае тое няправільнае палажэньне і зьмененую форму маіцы, пры якой цела маіцы ў вобласьці ўнутранага зёву перагібаецца кпераду, прычым у адносінах да шыйкі ўтварае востры вугал. Часта перагіб маіцы кпераду злучаецца са звужанай і доўгай шыйкай канічнай формы і са звужанай круглай адтулінай знадворнага зёву. Мы вышэй указалі, што пры гэтым цела маіцы недадаразьвіта, што яно карацей



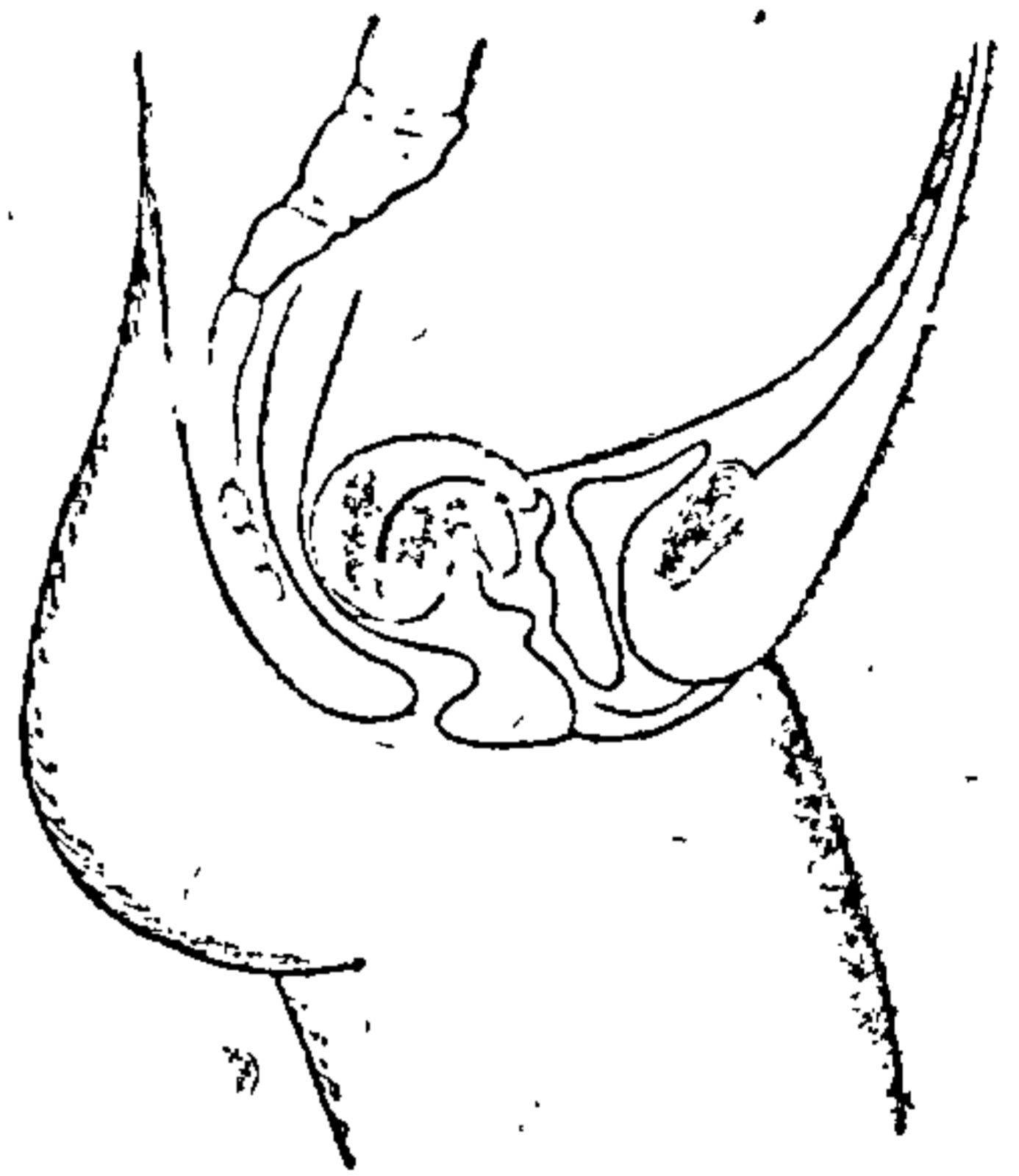
шыйкі і што такая маціца называецца інфантальнай (дзіцячай) і сьведчыць аб недаразьвіцьці яе ў дзіцячым узросьце (мал. 80).

Сымптомы: болі напярэдадні або ў першы дзень рэгул, бясплоднасьць, схільнасьць да выкідкаў, няправільнае функцыянаваньне кішочніка і расстройствы з боку нэрвовай сыстэмы.

Лячэньне патолёгічнай антэфлексіі, узьнікшай на глебе ўспаляльных процэсаў, накіроўваецца на крыніцу гэтай хваробы. У выпадках, не аскладненых успаляльнымі зьменамі, для адхіленьня дысмэнорэі і бясплоднасьці рэкомэндуецца расшырэньне цэрвікальнага каналу пры дапамозе палачак лямінарыў. Некаторыя гінеколёгі для атрыманьня стойкага расшырэньня цэрвікальнага каналу зварочваюцца да апэрацыйнага ўмяшаньня (разрэзы знадворнага зёву і расьсячэньне ўнутравага зёву).



Мал. 80. Патолёгічная антэфлексія (перагіб маціцы кпераду) з доўгай шыйкай (схэматычна).



Мал. 81. Перагіб маціцы кзаду (рэтрофлексія).

Перагіб маціцы кзаду—рэтрофлексія—гэта такое ненормальнае палажэньне, пры якім цела маціцы ў вобласьці ўнутравага зёву перагібаецца кзаду, утвараючы з шыйкай вугал, адкрыты кзаду. Пры гэтым зёў накіраваны кнізу, а загнутае назад цела маціцы прамацоўваецца праз задні праход у форме шарападобнага цела (мал. 81).

Прычыны перагібаў маціцы кзаду тожсамыя з тымі, якія выклікаюць нахіленьне яе кпераду, але найбольш часта прычынай зьяўляецца недастатковае адваротнае разьвіцьцё (субінволюцыя) маціцы ў пасьляродавым пэрыодзе.

Сымптомы. Пры рухомай загнугай кзаду маціцы часта адсутнічаюць усякія сымптомы і з боку хворых няма ніякіх скаргаў. Пры фіксаванай рэтрофлексіі скаргі бываюць шматлікімі і рознастайнымі, а іменна: балючыя рэгулы, цяжкасьць і боль унізе живота, болі пад лыжакай, болі ў сьпіне, паясьніцы, у крыжы, у хвастку і ў нагах, збыткоўныя і працяглыя рэгулы, белі, бесплоднасьць, схільнасьць да выкідка, расстройствы мочавыпусканьня, запоры і адлюстроўныя зьявы з боку нэрвовай сыстэмы.

Пры рэтрофлексіі, з прычыны перагібаў шырокіх мацічных зьвязак і звужэньня вэнозных судзін, зьяўляюцца перашкоды для адцёку крыві і атрымліваюцца застоўныя зьявы, якія вядуць да павялічэньня і ўшчыльненьня маціцы.

Лячэньне рухомай рэтрофлексіі зводзіцца да вывядзеньня ручнымі прыёмамі цела маціцы з крыжовай упадзіны ў напрамку да лоннага сучляненьня і да ўтрыманьня яе пры дапамозе пэсарыя Годжэ або Томаса ў нормальным палажэньні.

Рэтрофлексія, не выклікаючая клінічных сымптомаў, не вымагае ніякага лячэньня.

Пры немагчымасьці прывядзеньня маціцы ў нормальнае палажэньне, рэкомэндуецца гінэколёгічны масаж.

Лячэньне рэтрофлексіі маціцы нашэньнем пэсарыя не заўсёды прыводзіць да мэты. Нават добра падобраны і правільна ўведзены пэсары з цягам часу ня ўтрымліваецца на месцы і выпадае. Апрача таго пры нашэньні пэсарыя патрэбен контроль за хворай, неабходны штодзённыя спрынцаваньні, пэрыодычнае ачышчэньне колца і да т. п. Пэсары ня можа быць ужыт пры наяўнасьці катару похвы і эрозіі на шыйцы, бо ён можа ўзмацніць успаленьне і нават выклікаць пролежні. Яшчэ менш прыдатны пэсары для жанчыны, якая занята цяжкай фізычнай работай, зьвязанай з напружаньнем брушнага прэсу (падыманьнем вялікіх цяжараў). У такіх выпадках уступае ў сваё правы опэрацыйнае лячэньне. Опэрацыю робяць і ў тых выпадках, калі ўправіць маціцу не ўдаецца з прычыны наяўных зрошчваньняў.

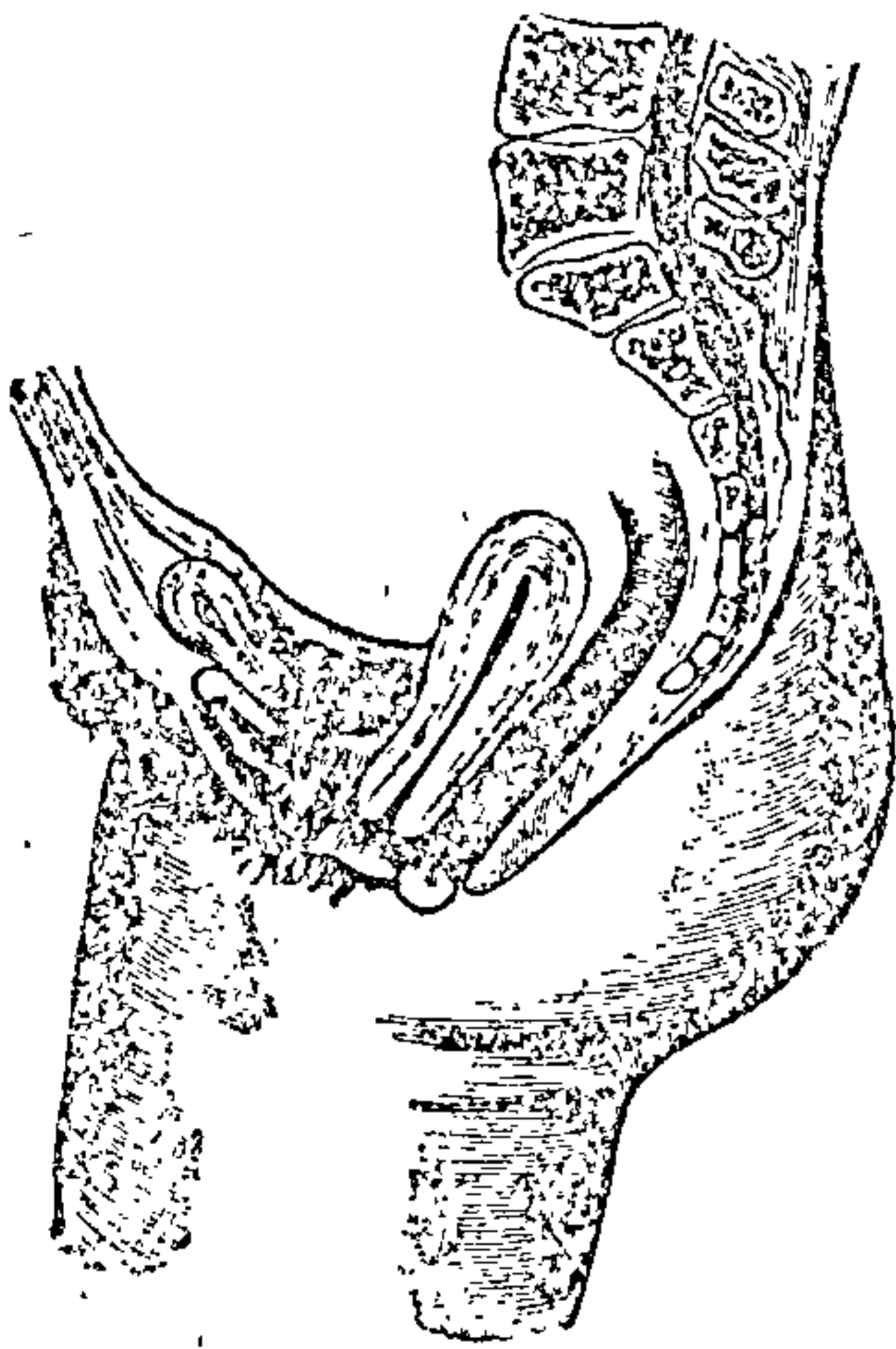
Перагіб маціцы ў бок—лятэрофлексія—азначае такое палажэньне маціцы, пры якім шыйка захоўвае сваё нормальнае палажэньне, а цела перагнута ў адзін з бакоў.

Прычыны, сымптомы і лячэньне тыя-ж, што і пры нахіленьнях маціцы ў бок.

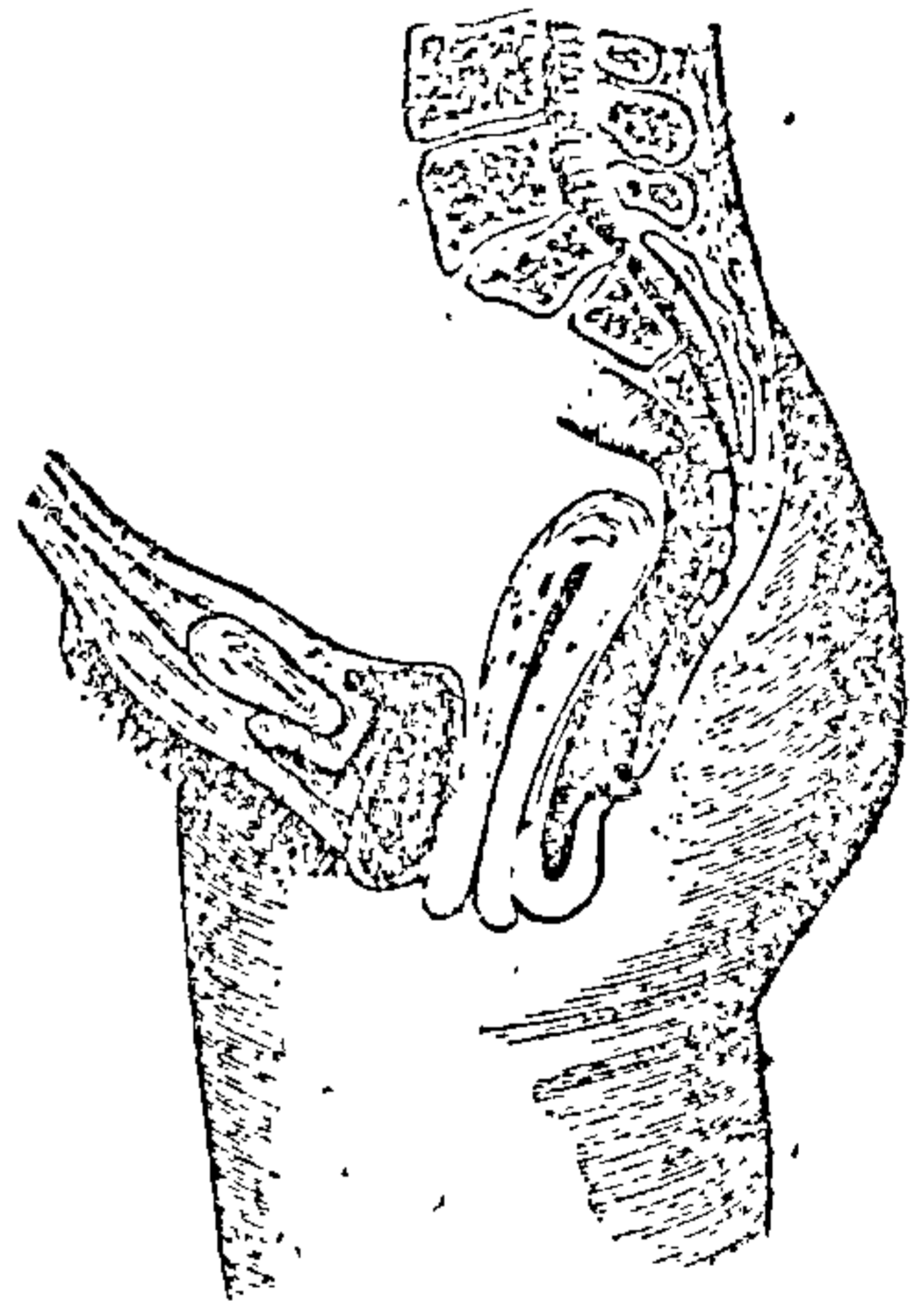
У разьдзеле аб опэрацыйным лячэньні было ўказана, што опэрацыйнае ўмяшаньне павінна быць зроблена толькі пасля

ўважлівага абмеркаваньня ўсіх паказальнікаў да яго, або пасля таго, як усе астатнія мэтоды лячэньня былі вычарпаны і не далі нажаданага выніку. Гэтую акалічнасьць трэба асабліва мець на ўвазе, вырашаючы пытаньня аб апэрацыйным умяшаньні пры розных адхіленьнях і перагібах маціцы. Некаторыя гінеколягі-хірургі робяць апэрацыю пры рэтровэрзіі або рэтрофлексіі маціцы з мэтай спыненьня боляў у паясьніцы і крыжы, забываючы, што крыніцай гэтых боляў не заўсёды зьяўляецца ненормальнае палажэньне маціцы і што прычына іх часта знаходзіцца па-за полавай сфэрай. Натуральна, што апэрацыйнае ўмяшаньне ў такіх выпадках ня толькі не дасягае мэты, але часта нават пагаршае стан здароўя хворай.

4. Апусканьне і выпаданьне маціцы (*Descensus et prolapsus uteri*). Калі маціца зьмяшчаецца кнізу, глыбей у таз, ня выходзячы,



Мал. 82. Апусканьне маціцы.



Мал. 83. Частковае выпаданьне маціцы.

аднак, з полавай шчыліны, то мы маем апусканьне маціцы (мал. 82).

Калі маціца апускаецца яшчэ ніжэй і частка яе ляжыць ужо па-за полавай шчылінай і відаць шыйка маціцы, то мы маем частковае выпаданьне маціцы (мал. 83); калі-ж уся маціца выходзіць вонкі, то мы маем справу з поўным выпаданьнем (мал. 84).

У апусканьні і выпаданьні маіцы адыгрываюць ролю наступныя тры моманты: 1) аслабленьне і расцяжэньне падтрымліваючага і падвешваючага апаратаў маіцы і похвы, г. зн. раслабленьне і расьвягненьне зьвязак; 2) парушэньне цэласьці тазавага дна ад разрываў прамежжа і похвы, якія адбыліся ў часе родаў і 3) павышаны і ўнутрыбрушны ціск. Пры наяўнасьці 1-га моманту раслабленьня зьвязкі ня могуць утрымаць маіцу на яе нормальным месцы, а дэфэкт у тазавым дне не перашкаджае яе выпаданьню, а калі ёсьць яшчэ нахіленьне маіцы кзаду, то ўнутрыбрушны ціск сваім дзеяньнем на дно маіцы выпіхае яе ў прасьвет похвы. Пры павышаным унутрыбрушным ціску, як гэта бывае пры цяжкэй фізычнай рабоце, пры ўсякіх напружаньнях брушнага прэс і пры пастаяннай працяглай рабоце стоячы маіца апускаецца ўсё ніжэй і ніжэй і нарэшце, выпадае цалкам. У адных выпадках спачатку выпадае похва і яна цягне за сабою маіцу, а ў іншых выпадках маіца выпадае першай і выварачвае за сабою похву.

Пры існуючай сувязі паміж маіцай і мачавым пузыром адначасова з выпаданьнем маіцы адбываецца зьмяшчэньне ўніз мачавога пузьра (цыстоцэле). Пры разрыве прамежжа і адсутнасьці перагародкі паміж похваю і прамой кішкой атрымліваецца апусканьне піжняга аддзелу прамой кішкі (рэктоцэле).

Пры апусканьнях хворыя, звычайна паджылага і старога ўзросту, спачатку зварачаюцца да ўрача або акушэркі са скаргаў на пачуцьцё ціску на ніз і на тое, што пры выпаражненьні з палавай шчыліны „выходзіць штосьці накшталт яйка“. У пазьнейшых стадыях яны скардзяцца на выхад унутранасьцяй або пухліны, якая пры ляжаньні ўваходзіць назад. Часта хворыя, апрача таго, скардзяцца на гнойныя выдзяленьні, зьмешаныя з крывёю і на частыя пазывы да мачавыпусканьня, а пры моцных напружаньнях брушнага прэсу, як напрыклад, пры чыханьні і кашлі, на адвольнае выдзяленьне мачы.



Мал. 84. Выпаданьне маіцы і похвы.

Пры выпаденьні похвы пры знадворным аглядзе звычайна вызначаецца стары разрыў прамежжа, моцна зьзяючы ўваход у похву і выпінаньне пярэдняй, а часамі і задняй сьценкі похвы; сьлізавая абалонка выпаўшай часткі похвы выглядае бледнай, сухой і падобнай на скуру. Пры ўнутраным дасьледваньні ўжо ў ніжнім адзеле похвы пальцы натыкаюцца на падоўжаную і патоўшчаную шыйку маціцы.

Пры выпаданьні маціцы, калі хворая знаходзіцца ў ляжачым палажэньні, часта маціца ня выходзіць з полавай шчыліны. Але варта прымусіць хворую напружыцца, або ўрачу націснуць знадворку рукой на вобласць малога таза, як выходзіць вонкі шчыльная, патоўшчаная і ацёчная шыйка маціцы.

Пры поўным выпаданьні маціца мае выгляд пухліны, часамі велічынёю з кулак і тырчыць сьпераду знадворных полавых частак; навакол зёву і на іншых мясцох пухліны часта бываюць зьвязаваньні (пролежні), з якіх выцякае гнойны сьлізь і кроў. Яшчэ пры гэтай стады маціца лёгка ўпраўліваецца хвораю, але пры далейшым разьвіцьці ацёчнасьці ўпраўліваньне выпаўшай маціцы затрудняецца.

Пры апусканьнях і выпаданьнях похвы і маціцы вялізарную ролю адыгрывае профіляктыка, якая зводзіцца да наступнага.

Для ўмацаваньня арганізму і ў прыватнасьці, цяглічнага і зьвязачнага апарата, жанчыну неабходна яшчэ з раньніх год і асабліва ў пэрыодзе полавага дасьпяваньня, прывучаць да гігіенічнага жыцьця, да гігіенічнага адзеньня, да нормальнага харчаваньня, да клопатаў аб правільным апаражненьні кішочніка і да заняткаў лёгкім спортам і гімнастыкай на сьвежым наветры.

Пры аглядзе прычын, выклікаючых выпаданьне похвы і маціцы, мы бачым, што разрывы тазавага дна, якія адбыліся ў часе родаў і засталіся незашытымі, складаюць адну з галоўных прычын узьнікненьня гэтага захворваньня. Адсюль ясна, што для аднаўленьня цэласьці тазавага дна, найменшыя разрывы прамежжа пазінны зашывацца.

Далей мы ведаем, што дрэннае скарачэньне маціцы ў пасля-родавым пэрыодзе вядзе да нахіленьня яе кзаду, што пры наяўнасьці гэтых няправільных палажэньняў маціцы пазышаны ўнутрыбрушны ціск садзейнічае апусканьню і выпаданьню маціцы. Адсюль вынікае, што ў пасляродавым пэрыодзе неабходна сачыць за правільным адваротным разьвіцьцём унутраных по-

лавых органаў, за правільнай функцыяй кішочніка і забараніць парадзісе раньняе ўставаньне з ложка і фізычную працу, патрабуючую напружаньня брушнага прэсу.

З усяго паданага відаць роля і задачы акушэркі ў прэфіляктыцы данага захворваньня жанчыны. Акушэрка, працуючы на раёне, на мэдычным пункце, можа выратаваць многіх працоўных жанчын ад дачасовай страты працаздольнасьці, інваліднасьці і ад многіх фізычных пакут, да якіх вядзе выпаданьне маціцы.

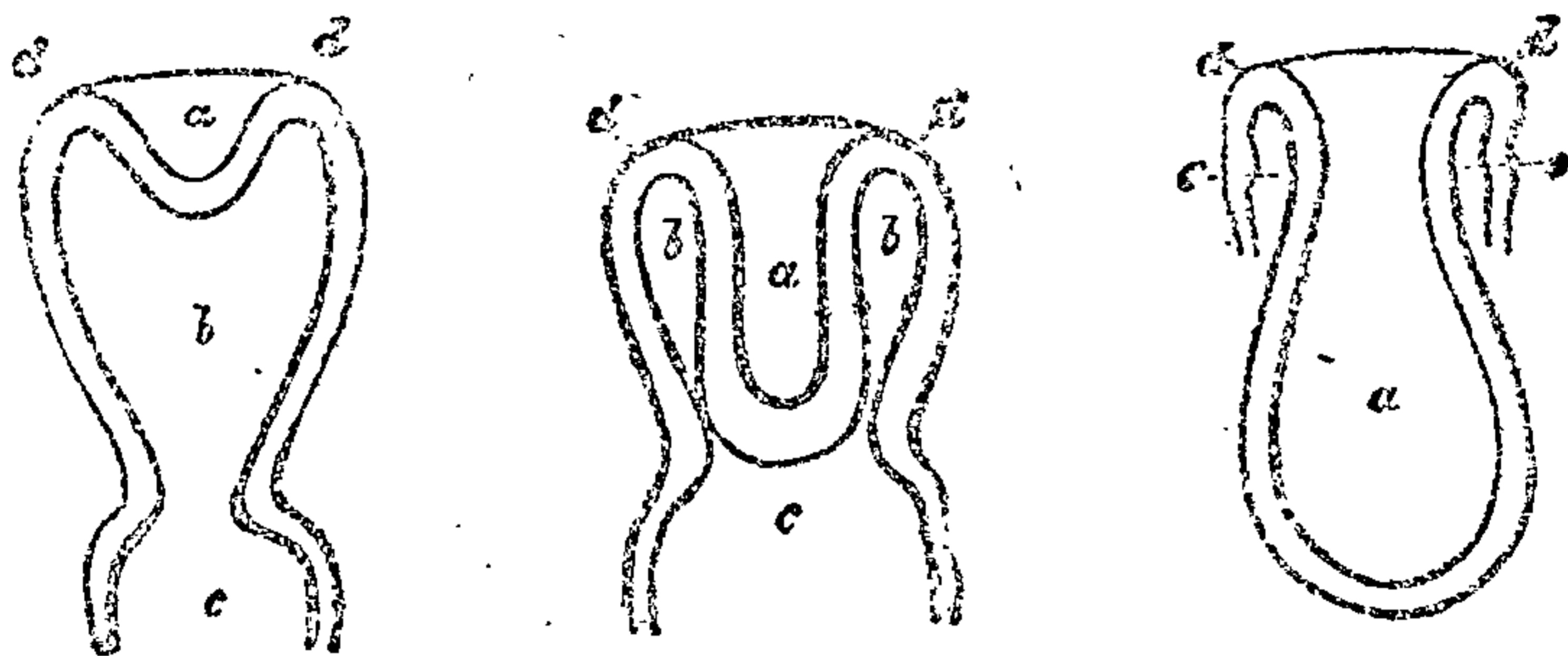
У гутарках з маладымі дзяўчатамі яна павінна даваць ім указаньні, як яны павінны разьвіваць практыкаваньнямі свае цягліцы для захаваньня іх пругкасьці і элястычнасьці, і якія правілы гігіены яны павінны выконваць у пэрыод полавага дасьпяваньня. Прысутнічаючы пры родах і выявіўшы сьвежы разрыў прамежжа, акушэрка павінна прыняць усе меры, каб гэты разрыў быў зашыты. У пасля родавым пэрыодзе акушэрка павінна сачыць за нормальным скарачэньнем маціцы і загаеннем накладзеных швоў і ўказаць парадзісе на шкоду ад раньняга ўставаньня і ад дачасовых заняткаў цяжкаю фізычнаю працаю, чым нашы вясковыя жанчыны асабліва грэшаць. Калі чаму-небудзь разрыў прамежжа адразу пасля родаў ня быў зашыты, або накладзеныя швы разышліся і не адбылося загаеньня прамежжа, то акушэрка павінна праз некалькі месяцаў пасля родаў накіраваць жанчыну ў больніцу для аднаўленьня цэласьці прамежжа. Выявіўшы ў жанчыны стары разрыў прамежжа, выпінаньне і выпаданьне похвы і апусканьне маціцы, а тым больш выпаданьне маціцы, акушэрка павінна пераканаць жанчыну ў неабходнасьці апэрацыі і растлумачыць ёй, што ўсякія іншыя меры маюць часовы характар, што нашэньне колца не пазбавіць яе ад гэтай хваробы.

З гэтых радкоў відаць ужо, што лячэньне выпаданьня маціцы можа быць радыкальнае і консэрватыўнае або, лепш кажучы, паліятыўнае. Калі жанчына прыходзіць ужо з гатовым выпаданьнем маціцы, то на першым пляне павінна стаяць радыкальнае лячэньне, г. зн. апэрацыя. Апэрацыйных мэтодаў шмат; яны, галоўным чынам, зводзяцца да аднаўленьня тазавага дна, да звужэньня прасьвету похвы (кольпорафія) і часьцей за ўсё, да пакарачэньня круглых зьвязак, а часам прышываньня маціцы да пярэдняй брушной сьценкі (вэнтрофіксацыя).

У выпадках-жа калі хвора я адмаўляецца ад операцыі або пры наяўнасці супроцьпаказанняў да апошняй (хваробы сэрца, лёгкіх, глыбокая старасць і т. д.), даводзіцца ўжываць пэсары або колца, часамі нават гістэрофор.

Аб спосабе ўжывання гэтых паліятыўных сродкаў гл. раздзел „Консерватыўныя методы лячэння“.

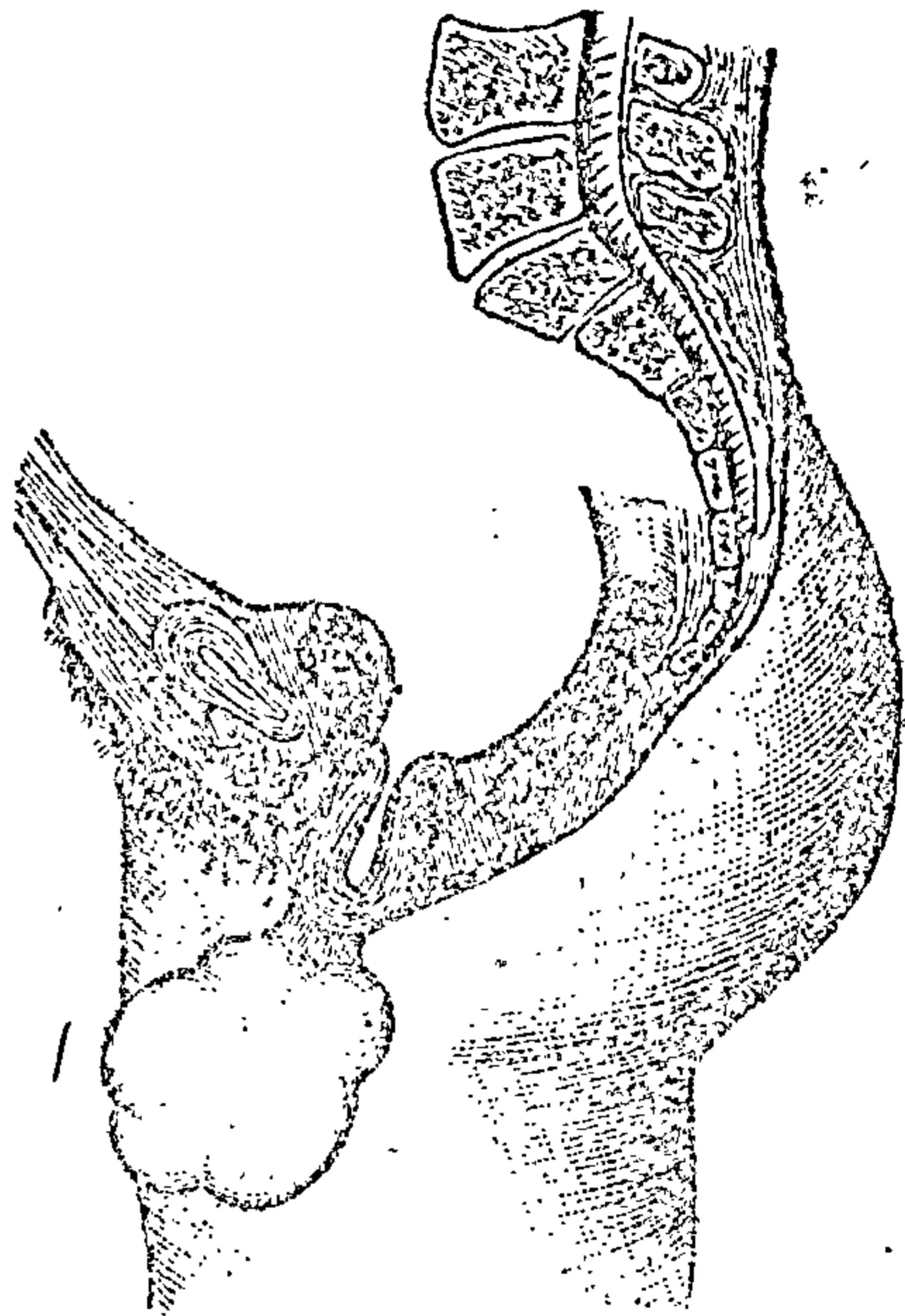
5. Вывараты маціцы (інвэрзія). Пад вываратам маціцы разумеюць тое няправільнае палажэнне яе і тую змену яе формы, пры якім унутраная паверхня яе, пакрытая сьлізьніцай, прымае палажэнне знадворнай, а знадворная, пакрытая брушынай, — палажэнне ўнутранай. Маціца такім чынам выварочваецца, як пальчатка. Выварат маціцы бывае няпоўны, калі вывернутае дно або часткі сьценак маціцы ня выходзяць за знадворную адтуліну яе; пры поўным вывараче цела вывернутага маціцы знаходзіцца ў похве, а часамі яно выходзіць з палавой шчыліны вонкі. Праз брушыныя сьценкі на месцы дна маціцы прамацваецца лёгкападобная паглыбіна (мал. 85).



Мал. 85. Выварат маціцы: Схэматычны малюнак, які наказвае тры ступені выварату: а) вывернутае дно; б) поласьць маціцы, с) похва, д) верхні край паглыбіны, якая ствараецца дном маціцы.

Умовы, пры якіх адбываецца выварат маціцы, наступныя. Калі ў часе родаў для выдаленьня яшчэ не аддзяліўшага па-сьледу ўжываецца моцнае націсканьне зверху на дно маціцы (спосаб Крэде), або пацягваньне знізу за пулавіну, то расслабленыя сьценкі маціцы могуць вывернуцца да знадворнага зёву або нават праз яго вонкі. У гэтых выпадках адбываецца востры выварат маціцы, які суправаджаецца вялікім крывячачэннем, болямі, ванітамі і няпрытомнасьцю.

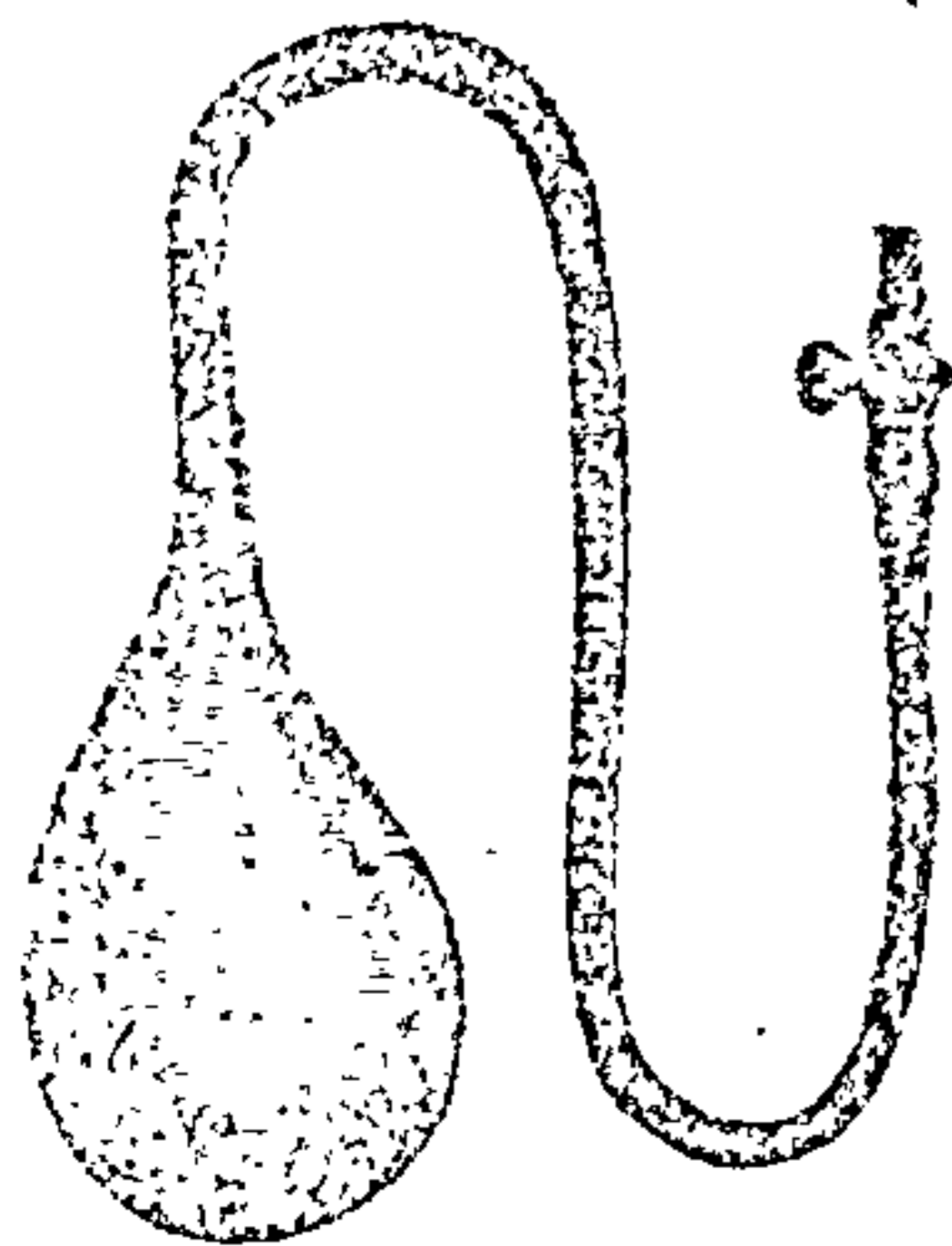
Радзей выварат маціцы абумоўлізаецца падсьлізьнічнай пухлінай (міомай), якал выходзіць з дна маціцы, імкнецца выйсьці („нараджаецца“) праз знадворны зёў і цягне за сабой дно і сьценкі маціцы (мал. 86). У даным выпадку выварат развіваецца павольна і сымптомы, назіраемыя пры вострым вывараце, могуць адсутнічаць. У застарэлых выпадках хворыя часта скардзяцца на адчуваньне напіраньня на ніз, болі ў крыжы, збытکوўныя рэгулы, крывячэньні ня ў часе рэгул і збытکوўныя белі.



Мал. 86. Выварат маціцы, выкліканы пухлінай, што выходзіць з мацічнага дна.

Лячэньне выварату, які здарыўся пасля родаў пры выдаленьні дзіцячага месца, заключаецца ў тым, што вывернутую маціцу ўводзяць назад у похву і шчыльна тампокуюць стэрылізаванай марляй. Тое ж самае робяць пры вывараце, які ўтварыўся на глебе міомы і самастойна ня ўправіўся пасля выдаленьня яе. Калі ў першым і ў другім выпадку ўпраўліваньне не ўдаецца і выварат робіцца

хронічным, застарэлым, то варту наспрабаваць наступова ўправіць маціцу пры дапамозе гумовага балёну—кольнаўрынтэра (мал. 87), які ўводзіцца ў похву і напайняецца вадкасьцю або ртуцьцю. Калі і гэты прыём не дасягае мэты, то робяць апэрацыю.



Мал. 87. Кольнаўрынтэр.

Выварат маціцы—рэдкае, але вельмі сур'ёзнае захворваньне. Вострыя выпадкі назіраюцца пераважна ў вёсцы, дзе жанчына яшчэ ня поўнасьцю забяспечана акушэрскай дапамогай і дзе часта роды праводзяцца бабкімі-павітухамі. Апошнія, не чакаючы аддзяленьня дзіцячага месца і



жадаючы паскорыць гэты процэс, часта сілкам выдзяляюць месца пацягваньнем за пупавіну і гэтым выклікаюць выварат маціцы. Акушэрцы прыходзіцца сустракацца з вострымі выпадкамі ўжо пасля ўтварэньня вываратаў у парадку хуткай дапамогі. Гэтыя выпадкі адносяцца да галіны акушэрства. Але акушэрка ў сваёй гінекалёгічнай практыцы будзе назіраць і застарэлыя вывараты і таму яна павінна ўмець распазнаваць іх, ведаць іх паходжаньне і зараз-жа накіроўваць такіх хворых у адпаведную лекавую ўстанову для аказаньня ім неабходнай дапамогі.

---

## РАЗЪДЗЕЛ ВОСЬМЫ

### УСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Усе ўспалляльныя процэсы полавых органаў можна падзяліць на дзве групы: 1) патолёгічныя процэсы, выкліканыя знадворнымі прычынамі і ўзьнікаючыя на глебе раздражэньняў і зьмен тканак полавага апарата і наступнага пранікненьня мікробаў 2) успалляльныя процэсы, якія выклікаюцца непасрэдна хваробаўтваральнымі мікроарганізмамі.

#### 1. УСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ НЯМІКРОБНАГА ПАХОДЖАНЬНЯ

З сучасных лэзунгаў мэдыцыны кожны мэдычны работнік павінен засвоіць сабе наступнае: пры лячэньні трэба мець на ўвазе не хваробу, а хворага, пры лячэньні на першы плян трэба высоўваць увесь арганізм, паасобныя часткі якога зьвязаны і ўзаемна ўплываюць адна на адну. Добры агульны стан арганізму павышае яго супраціўляльнасьць і ахоўвае яго ад многіх захворваньняў. Дрэжны агульны стан арганізму зьніжае ступень яго ўстойлівасьці і супраціўляльнасьці, робіць яго схільным да розных захворваньняў. Такім чынам і пры кожным захворваньні жаночай полавай сфэры трэба мець на ўвазе ня толькі захварэўшы орган, але і ўлічваць і агульны стан арганізму; інакш кажучы, згодна выразу проф. Выдрына, трэба лячыць ня толькі маціцу, але жанчыну з хвораў маціцай.

І сапраўды, ўпадак жыўленьня, малакроўе і іншыя хваробы крыві, аслабленая нэрвовая сыстэма, расстройстваўнутранай сэкрэцыі і да т. п. часта вядуць да розных патолёгічных зьяў у полавой сфэры, якія выяўляюцца ў выглядзе мэнорагіі, мэтрорагіі, амэнорэі, дысмэнорэі і беляй. Адносна апошніх трэба заўважыць, што многія жанчыны скардзяцца на слабасьць, галавакружэньне і іншыя зьявы малакроўя і тлу-

мачаць іх выдзяленьямі беляў, між тым як белі ў многіх выпадках зьяўляюцца ня прычынай, а вынікам малакроўя.

Успаляльныя процэсы полавых органаў могуць выклікацца агульнымі інфекцыйнымі захворваньнямі (брушыттыф, сыпны тыф, халера, дызэнтэрыя, шкарлянтына і інш). Пры гэтых захворваньнях назіраюцца белі і крывацячэньні. У многіх выпадках яны вядуць да зарастаньня дзявочай плявы і похвы, да атрофіі маіцы і змэнорэі.

Далей, няправільныя палажэньні маіцы і перакручваньне труб, частыя і бурныя полавыя зносіны, зносіны ў часе мэнуацыі, няскончаны полавы акт (*coitus interruptus*), ананізм і хронічныя запоры—усе гэтыя зьявы вядуць да вэнознага застою крыві, да гіпэрэміі і выклікаюць гіпэрплазію цяглічвай тканкі маіцы і сьлізавой абалонкі яе.

Усякія мэханічныя сродкі (маічныя колцы і другія іншародныя целы ў похве, як супроцьзачатачныя кэўпачкі, губкі і інш), тэрмічныя сродкі (завадка гарачыя сьрыцаваньні і інш), хімічныя сродкі (моцныя растворы дэзынфэктуючых і прыпальваючых мэдыкамэнтаў), якімі карыстаюцца ў лекавых мэтах і для папярэджаньня цяжарнасьці, могуць выклікаць раздражэньне і нават апёкі прысенкі похвы, самой похвы, шыікі маіцы і т. д., а пры пранікненьні бактэрыі ў гэтых мясцох разьвіваюцца ўспаляльныя процэсы (вульвіт, вагініт, цэрвіцыт і да т. п.). Упырскваньні ёду ў поласьць маіцы могуць выклікаць патолёгічныя процэсы ў трубах і яечніках (атрофія яечнікаў). Пасьля прыпальваньняў моцнымі растворамі бываюць нават зьязаваньні ў полавых органах.

Урэшце констытуцыя, узрост і некаторыя прафэсіі могуць адыгрываць значную ролю ва ўзьнікненьні ўспаляльных процэсаў. Так, напрыклад, у клімактэрычным пэрыодзе і ў старым узросце назіраецца так званы старэчны вагініт. Розныя профэсійнальныя шкоднасьці, якім падпадаюць часам работніцы на фабрыках і заводах (пыл, хімічныя атруты, працяглае стаяньне або сядзеньне, вымушанае сагнутае палажэньне тулава і інш.) пры незахоўваньні мерапрыемстваў па ахове працы, упываюць ня толькі на агульны стан арганізму, але часта выклікаюць мясцовыя зьмены ў полавым апарате.

Усе гэтыя патолёгічныя процэсы выклікаюць уласьцівыя ім сімптомы: болі ўнізе жывата і ў крыжы, расстройтва мэнуацыі

і белі. Назіраецца часамі і бясплоднасьць, а калі наступае цяжарнасьць, апошняя часта заканчваецца выкідкам. Часта церліць і первовая сыстэма.

З этыолёгіі (прычыи) указаных зьмен і патолёгічных процэсаў ужо ясна відаць, якое вялікае значэньне мае профіляктыка для папярэджаньня гэтых захворваньняў. Правільнае жыцьцё, назіраньні за дзейнасьцю кішочніка, агульныя гігіенічныя меры, ахайнае ўтрыманьне знадворных палавых органаў, асабліва ў часе мэнструацый і ў часе выпадковага агульнага інфэкцыйнага захворваньня, нормальнае палавое жыцьцё, зьнішчэньне або хоць зьмяшчэньне профэсійных шкоднасьцяў—вось тыя профіляктычныя меры, якія могуць уберагчы жанчыну ад многіх захворваньняў.

Лячэньне зводзіцца да зьнішчэньня сымптомаў: супроць беляй прызначаюцца спрынцаваньні похвы тым або іншым дэзынфэктуючым растворам (лізоформ, лізоль, малочная кіслата, марганцава-кіслы калій, спажыўная соль і т. д.). Эрозіі на шыйцы лечаць спрынцаваньнямі або ванначкамі з дрэўнага воцату і прыпальваньнямі 2—5% ляпісам. Пры мэтро-эндомэтрытах карыстаюцца іхтыёлевымі тампонамі або шарыкамі, гарачымі спрынцаваньнямі (36—38°) і ваннамі 2—3 разы на тыдзень у 29—30°, працягласьцю ў 15—20 мінут, з дадаваньнем 1—2 кг морскай солі. Пры профузных (збыткоўных) рэулах прызначаюцца крывіспыяляльныя сродкі (Hydrastis, Viburnum, Secale і інш.).

Само сабою зразумела, што лячэньне зьмен выклікаемых нахіленьнямі і перагібамі маціцы павінна перш-на-перш заключацца ў выпраўленьні гэтых ненормальных палажэньняў.

## II. ІНФЭКЦЫЙНЫЯ ЎСПАЛЯЛЬНЫЯ ПРОЦЭСЫ

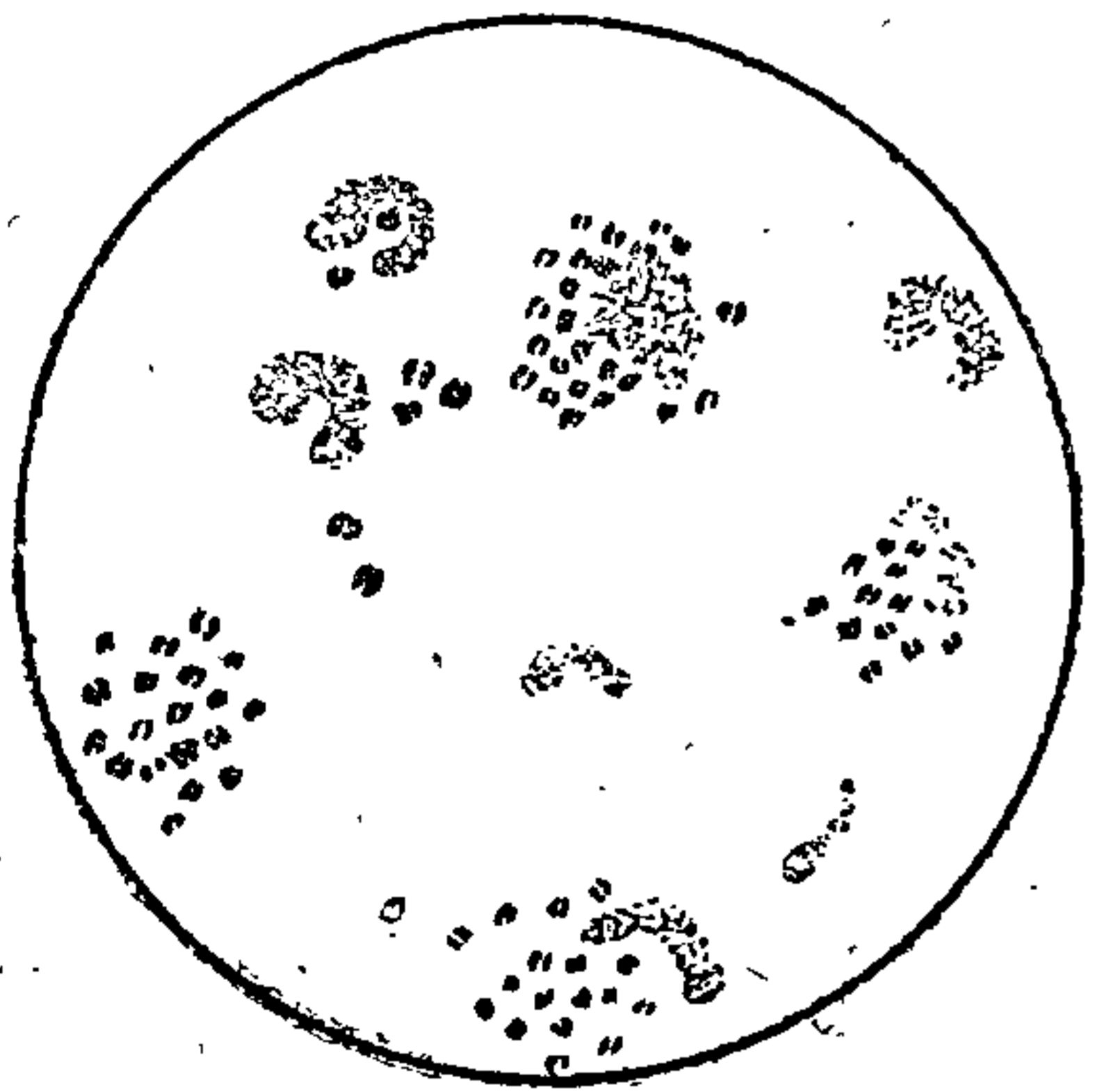
1. Гонорэя. З інфэкцыйных захвораньняў жаночага палавага апарату найбольш пашыраным, і па сваіх выніках вельмі сур'ёзным, зьяўляецца гонорэя.

Узбуджальнікам гэтай хваробы зьяўляецца гонкок, адкрыты Нэйсэрам (мал. 88). Заражэньне гонорэяй адбываецца амаль выключна шляхам палавых зносін. Па-за палавае заражэньне назіраецца ў дзяўчынак пры спаньні ў адным ложку з заражонымі гонорэяй маткамі ці нянькамі, або праз забрудненыя губкі, бялізну і т. д.

Заражоная гонорэяй жанчына можа сваімі забрудненымі рукамі занесці інфекцыю ў вока і выклікаць гонорэйнае ўспаленне сьлізэвай абалонкі вока. Гонорэйны яд можа трапіць у вока дзіцяці ў часе радоў пры праходжаньні галоўкі праз інфэктаваныя родавыя шляхі мацеры.

Сымптомы гонорэі звычайна пачынаюць выяўляцца на 3—4 дзень. Асабліва сьці гонорэйнага ўспаленьня заключаюцца ў няўстойлівасьці зьяў вострага пэрыоду, у магчымасьці хуткага заціханьня і пераходу ў скрытую (лятэнтную) форму, у зацяжным характары хронічных форм і ў частых абвастрэньнях працэсу. Апрача таго, перанесеная раз гонорэя не забясьпечвае ад паўторнага заражэньня, інакш кажучы, імунітэту супроць гонорэі няма.

Пры заражэньні жанчыны гонорэяй перш-на-перш паражэецца ніжні аддзел палавага апарата: мачавыпускальны канал, бартоліевы залозы і шыйка маціцы. Потым інфэкцыя праз маціцу пранікае ў фалёпіевы трубы і адсюль гонкокі трапляюць у поласьць тазавай брушыны і на яечнікі (узыходзячая гонорэя).



Мал. 88. Гонокок Нэйсэрга.

У рэдкіх выпадках гонококі з палавых органаў праз цёк крыві могуць трапіць у суставы, асабліва ў каленны і лакцёвы і выклікаць успаленне іх абалонкі.

Гонорэя дыягностуецца на аснове клінічных сымптомаў, а таксама аналізу выдзяленьняў з урэтры, параўрэтральных мяшочкаў похвы і шыйкі маціцы. Трэба адзначыць, што ў хронічных выпадках гонококаў амаль ніколі не знаходзяць.

*Гонорэйны вульвіт.* Пры вострым гонорэйным вульвіце ўся вульва і асабліва малыя губы, клітар і іншыя суседнія часткі робяцца пачырванёўшымі, прыпухлымі і ацёчнымі і пакрыты значнымі гнойнымі выдзяленьнямі. Навокал адтулін выводных пратокаў бартоліевых залоз заўважаюцца пачырваненьні ў выглядзе кропак або плям. Часамі ўспалены выводны праток закаркоўваецца, адбываецца застой выдзяленьняў і ўтвараецца балючая пухліна, дасягаючая велічыні курынага яйка—

востры бартолініт, які суправаджаецца павышэньнем тэмпературы і моцнымі болямі. Часамі гэты так званы несапраўдны абсцэс, г. зн. гнойнік выводнага пратоку, прыходзіцца ўскрываць, але часцей ён адвольна прарываецца.

Сымптомы: пры вострым вульвіце хворыя скардзяцца на жучуцьцё пякучасьці ў знадворных палавых частках, асабліва пры мочавыпусканьні, на сьверб, болі і едкія гнойныя выдзяленьні, якія пакідаюць зялёныя або жоўтыя плямы на бялізне. Гэтыя зьявы праз некалькі дзён спыняюцца, за выключэньнем беляй, якія прымаюць упорны характар.

Пры пераходзе процэсу ў хронічны стан хворыя звычайна не заўважваюць ніякіх сымптомаў у сябе, працягваюцца толькі белі, якія афарбоўваюцца ў малочны колер. Пад уплывам гэтых беляй на сьлізевой абалонцы вульвы і на скуры, якая пакрывае знадворную паверхню малых губ, часамі зьяўляюцца разрашчэньні ў выглядзе завостраных бародавак, пад назваю вострых кондылём. Часамі яны разрастаюцца ў такой колькасьці, што нагадваюць цвятную капусту.

*Гонорэйны ўрэтрыт.* Амаль што няма выпадку вострага заражэньня гонорэяй, пры якім мачавыпускальны канал ня быў-бы паражоны гэтай інфэкцыяй. Сьлізевая абалонка яго моцна ацякае і часта выпінаецца са знадворнай адтуліны; зьяўляюцца гнойныя выдзяленьні, якія лёгка выявіць пры націсканьні на мачавыпускальны канал праз пярэдную сьценку похвы.

Скаргі: пякучасьць і рэзь у пачатку акту мачавыпусканьня і частыя позывы.

У некаторых выпадках, ня гледзячы на лячэньне, успаленьне мачавыпускальнага каналу прымае зацяжную хронічную форму.

*Гонорэйны цыстыт.* З мачавыпускальнага каналу інфэкцыя часта трапляе ў мачавы пузыр і выклікае такія сымптомы, як пачашчанае мачавыпусканьне (прычым кожны раз мачы выходзіць мала, часамі ўсяго некалькі кропель) з моцным болем у канцы мачавыпусканьня, а часамі пасля яго. Часта за апошнімі кроплямі мачы выдзяляецца некалькі кропель крывы.

*Гонорэйны вагініт (кольпіт).* Пры вострым успаленьні похвы якія-небудзь бачныя зьмены часта адсутнічаюць. У тых выпадках, дзе яны ёсьць, яны заключаюцца ў моцным пачырваненьні сьлізьніцы і ў збыткоўных гнойных, разьядаючых выдзяленьнях. Злучаючыся часта з вульвітам і ўрэтрытам, востры го-

горэйнны вагініт дае тыя-ж сымптомы: пякучасьць, рэзь пры мажавыпусканьні, гарачку, сьверб у знадворных палавых частках.

Пры хронічным гонорэйным вагініце рэдка бываюць заўважны якія-небудзь зьмены. Часамі толькі пры дасьледваньні пальцам адчуваецца шурпатасьць і прамацоўваюцца дробныя вчыльныя зерняткі, якія знаходзяцца пераважна ў заднім зводзе— гэты так званы зярністы кольпіт.

Галоўны сымптом хронічнага вагініту—таксама белі, якія пакідаюць жоўтыя, або зялёныя плямы на нацельнай і пасьцельнай бялізне.

*Гонорэйнае ўспаленьне маціцы (мэтрыт).* Пры заражэньні гонорэяй вельмі часта паражэецца шыйка маціцы. Знадворны зёў акружаны чырвоным абадком (эрозіяй); з зёву выдзяляецца жоўтавата-зялёны гной; похвавая частка павялічана, ацёчана і поўнакроўна. У выдзяленьнях з шыйкі маціцы лёгка выявіць гонококаў (цэрвіцыт).

Пачатковай сталяй узыходзячай гонорэі лічаць той момант, калі інфэкцыя пачынае распаўсюджвацца вышэй унутранага зёву, г. зн. калі гонококі трапляюць у поласьць маціцы і паражэюць сьлізевую абалонку і цяглічную тканку яе, у выніку чаго атрымліваецца мэтро-эндомэтрыт, які характарызуецца значным павялічэньнем цела маціцы. Звычайна да вострых форм гонорэйнага ўспаленьня маціцы адначасова далучаецца ўспаленьне тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніт).

Сымптомы вострай узыходзячай гонорэі: моцныя болі ў жываце, павышэньне тэмпературы да 39°, найменшы дотык да жывата выклікае болі. Указаныя зьявы звычайна спыняюцца праз 1—2 тыдні.

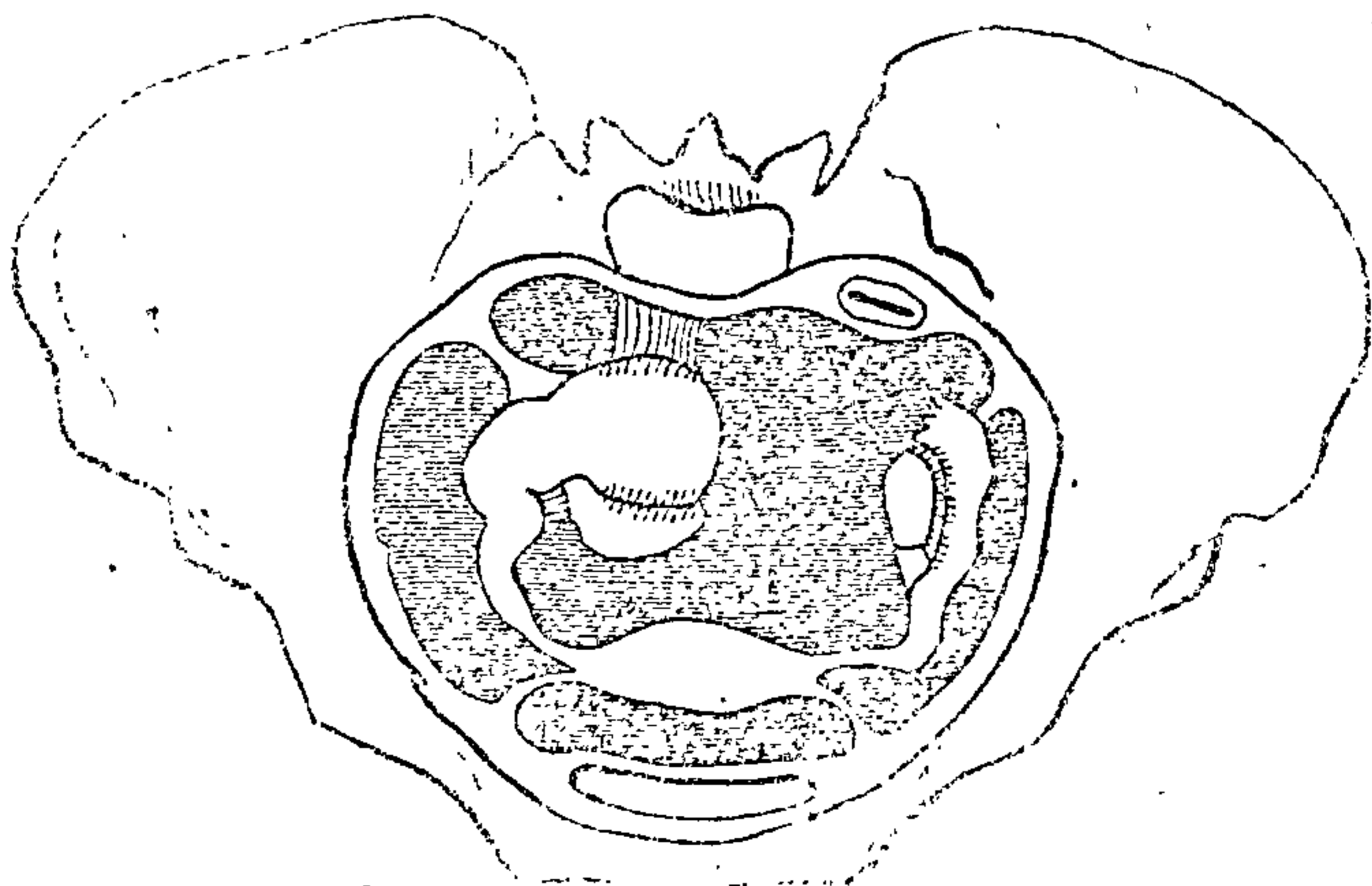
Але процэс узыходжаньня гонорэі можа адбывацца і без бурных сымптомаў, няпрыкметна і павольна—і тады рэзьвіваецца хронічны мэтрыт, а за ім процэс пераходзіць на трубы.

*Гонорэйнае ўспаленьне фалёпіевых труб (сальпінгіт).* Як толькі гонококі трапляюць з поласьці маціцы ў трубу, раптоўна ўзьнікаюць тыя-ж зьявы, як і пры вострым мэтрыце: павышэньне тэмпературы і моцныя болі ўнізе жывата. Пры дасьледваньні труба аказваецца патоўшчанай і навоабмацак адчувальнай. Пад уплывам успаленьня сьлізевой абалонкі і накапленьня гною ў трубе адбываецца склейваньне сьценак і ўтвараюцца вузлаватыя патаўшчэньні (вузлаваты сальпінгіт). У выніку склейваньня і зарастаньня абодвух канцоў трубы (мацічнага і бруш-

нога) гнойныя аддзяленьні, не знаходзячы сабе выхаду, расшыраюць трубу і ператвараюць яе ў закрыты, напоўнены гноем мяшок—піосальпінкс. Пад уплывам зьліплівага ўспаленьня навакольнай брушны гэта мяшотчастая пухліна зрастаецца з яечнікамі і суседнімі органамі і звычайна ляжыць ззаду маціцы (чал. 89).

Адначасова з разьвіцьцём успаляльнага процэсу, з утварэньнем піосальпінксаў, пераходам процэсу на яечнікі нарастаюць клінічныя зьявы: тэмпература ўсё больш павышаецца, пульс пачашчаецца, болі ўзмацняюцца, асабліва пры наступленьні мэструацыі; часамі і мачавыпусканьне бывае балючым, і зьяўляюцца болі ў часе дэфэкацыі (апаражненьне кішочніка). Такі стан можа працягвацца некалькі тыдняў. Потым востры процэс пераходзіць у падвостры: болі крыху зьмяшчаюцца, тэмпература робіцца субфэбрыльнай (вечарамі даходзіць да  $37,5-37,8^\circ$ ) і ўрэшце, процэс пераходзіць у хронічны, часамі абвастраючыся пад уплывам парушэньня дыеты і агульнага рэжыму.

Сальпінгіты з утварэньнем гнойных мяшкоў становяць сабою цяжкае захвораньне. Яны моцна расстройваюць здароўе хворых



Мал. 89. Левабаковы гнойны сальпінгіт і правабаковы гноймяшотчасты сальпінгіт.

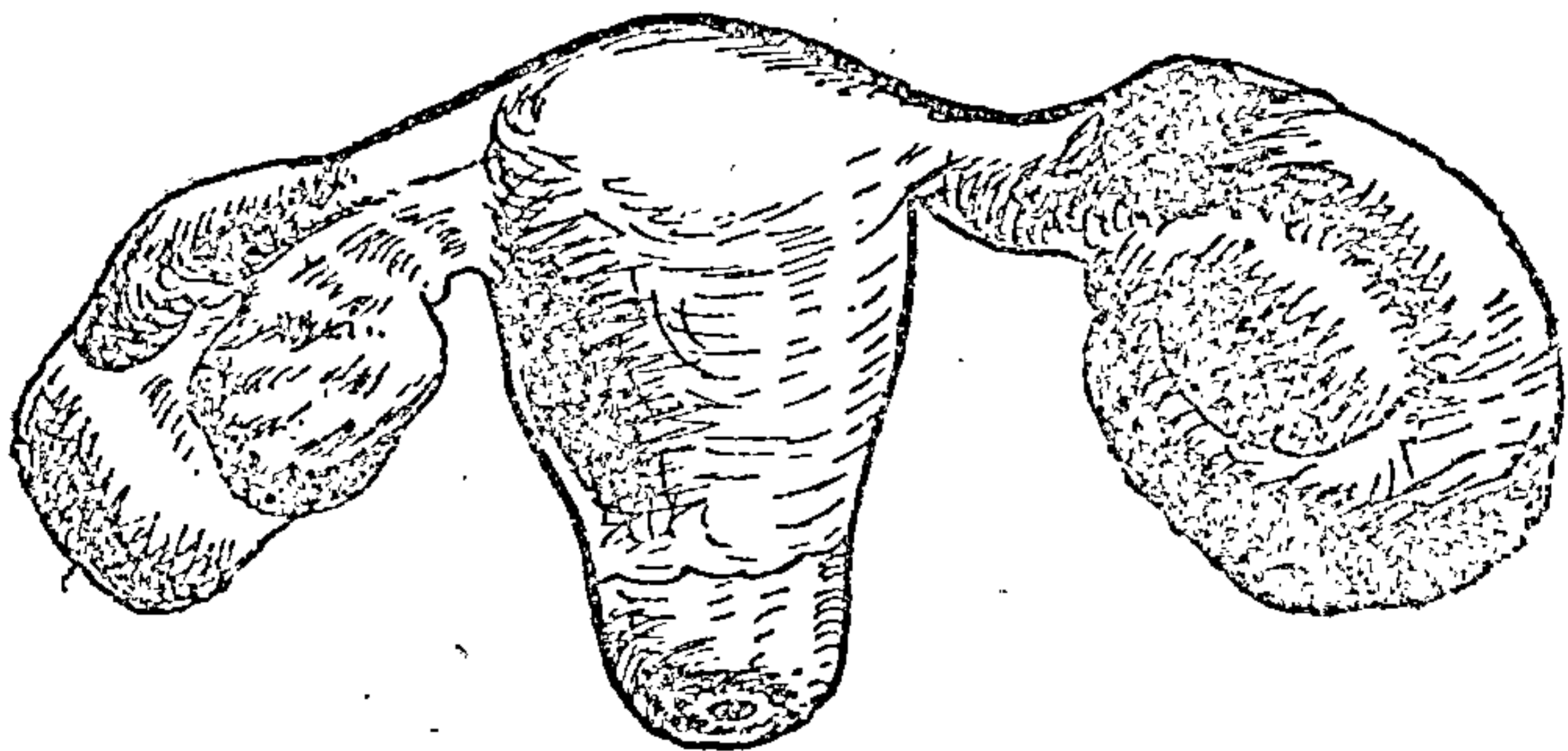
і прыносяць ім шмат пакут. Пастаянныя болі ўнізе жывата, у паясьніцы і ў крыжы, расстройства месячных (з вялікімі крывячачэньнямі, працяглыя і балючыя), бесплоднасьць з прычыны пераходнасьці труб, расстройствы з боку нэрвовай сыстэмы (наўра-



стэнія і гістэрыя), працягласць хваробы, частыя абвастрэньні—усе гэтыя зьявы часта робяць жанчыну непрацаздольнай і інвалідам.

Гонорэйны ўспаляльны процэс не заўсёды даходзіць да ўтварэньня піосальпіксу. Ён можа спыніцца на пэўнай стадыі разьвіцьця, калі інфільтрат рассасваецца, труба робіцца праходнай і наступнае выздараўленьне, а пры нормальным функцыянаваньні яечнікаў наступае і цяжарнасьць. Тое-ж можа здарыцца і пад уплывам лячэньня. Але часта труба застаецца зьвілістай і звужанай у розных мясцох спайкамі, і калі ў такой трубе адбываецца запладненьне, дык заплодненае яйцо ня можа прасоўвацца па трубе і папасьці ў маціцу, яно застаецца ў трубе і там разьвіваецца, г. зн. наступае па-за мацічная цяжарнасьць. Вось гэтае сур'ёзнае захвораньне і зьяўляецца адным з аддаленых вынікаў гонорэйнага сальпінгіту.

*Гонорэйнае ўспаленьне яечнікаў (оофорыт).* Гонорэйныя оофорыты сустракаюцца таксама часта, як і сальпінгіты, бо ўзьнікшы ў трубах успаляльны процэс, якога-б паходжаньня



Мал. 90. Гонорэйны мэтрыт і аднэксіт.

ёп ня быў, захоплівае яечнікі і тазавую брушynu. Ізоляванае ўспаленьне яечніка без папярэдняга ўспаленьня труб і акружаючай іх брушынны амаль не сустракаецца: захвораньні гэтыя так часта злучаюцца, што іх адносяць да адной групы—ўспаленьне прыдаткаў маціцы (аднэксіт) (мал. 90).

Значэньне ўспаленьня яечнікаў неабходна асабліва надкрэсьліць, ведаючы, якую ролю адыгрывае яечнік у біолёгіі жанчыны. Оофорыты, дзякуючы іх працягласьці і схільнасьці да абвастрэньняў, робяць жанчыну бесплоднай, непрацаздольнай, дачасова старэючай і інвалідам.

Сымптомы, цяжэньне, распазнаваньне і лячэньне тыя-ж самыя як і пры ўспаленьні труб.

*Гонорэйнае ўспаленьне тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніт).* Гонорэйнае ўспаленьне прыдаткаў, як вышэй было ўказана, звычайна суправаджаецца ўспаленьнем тазавай брушыны, у выніку чаго можа ўтварыцца эксудат, які вядзе да зьліпаньня суседніх органаў і тым самым абмяжоўваецца ад свабоднай брушной поласьці. Гэты асумкаваны эксудат часамі нагнойваецца і гной накапляецца ў заднім Дуглясе, адкуль ён можа прарвацца ў прамую кішку або ў похву.

Сымптомы пэльвэопэрытоніту выступаюць на першы плян і зусім затушоўваць карціну захвораньня труб і яечнікаў.

Гонорэйны пэльвэопэрытоніт, рассасваючыся самастойна або пры адпаведным лячэньні, выклікае зрашчэньне прыдаткаў маціцы з кішочнымі петлямі і сальнікам і пакідае пасля сябе спайкі і цяжы, якія вядуць да фіксаванага перагібу маціцы.

Гной з фалёпіевых труб можа трапіць у брушную поласьць і выклікаць гонококавы пэрытоніт. Цяжэньне яго больш лёгкае і прогност (прадказаньне) лепшы, чым пры агульным пэрытоніце, які выклікаецца іншымі патогеннымі бактэрыямі.

*Лячэньне гонорэйных ўспаленьняў.* Як пры ўсякім вострым успаленьні якога-небудзь органу, так і пры вострым успаленьні палавага тракту патрэбен спакой, а таму хворым прызначаецца пасьцельнае ўтрыманьне і забараняюцца полавья зносіны. Забараняецца таксама ўжываньне вострай і пернай ежы і сьпіртных напіткаў. Прызначаецца малочная дыэта і шмат піцьця.

Лячэньне вульвіту: абмываньне два разы ў дзень знадворных частак цёплай вадой з мылам; пры балючасьці і пры ацёчнасьці—сьвінцовыя прымочки. Праз некалькі дзён—цёплыя спрынцаваньні сулемой (адна сталовая ложка 1% раствору) або хлёрыстым цынкам (1 чайная ложка 25—50% раствору). Змазваньне адтулін пратокаў Бартолініевых залоз 5% растворам ляпісу або протарголю. Вострыя кондылёмы паўторна прысыпаюцца рэзорцынам у сумесі з борнай кіслатай або змазваюцца *Liquor ferri sesquichlorati*, а ў выпадку вялікіх разрашчэньняў зрэзваюцца нажніцамі. Пры бартолініце—прыкладваньне сьвінцовай прымочки або прымочки з буравай вадкасьці напалам з вадой, а для паскарэньня высьпяваньня абсцэсу—гарачыя паркі. Калі абсцэс сам ня ўскрываецца, то ўскрываюць яго шырокім разрэзам.

Лячэньне ўрэтрыту: унутр sa'ol або urotropin с бэлядонай. Праз некаторы час змазваньні ўрэтры 1—5% рэстворам протарголю (3 разы на тыдзень).

Пры цыстыце тыя-ж парашкі ўнутр, а пры сьціханьні вострых симптомаў—прамываньне мачавога пузыра рэстворам борнай кіслаты і інш.

Лячэньне вагітніту: спрынцаваньні рэстворамі сулемы (1:2000), лізоформу ( $1/2$ —1%), лізолю ( $1/2$ —1% і інш.

Лячэньне цэрвіцыту: эрозіі на шыйцы змазваюцца 10% рэстворам ляпісу або хлёрыстага цынку. Цэрвікальны канал змазваецца тры разы на тыдзень пры дапамозе зонду Плейфэра 5—10% рэстворам ляпісу або протарголю. Для месцавага лячэньня шыйкі карыстаюцца таксама ванначкамі з ачышчанага дрэўнага воцату, які ўліваецца праз цыліндрычнае люстэрка ў такой колькасці, каб уся шыйка маціцы была пагружана ў вадкасць. Працягласць ванначкі—5 мінут.

Лячэньне мэтра-эндомэтрыту: у вострай стадыі—спэскай і лёд на жывот; пры болях—сьвечкі з опіумам, бэлядонай, пантопонам, морфіем і да т. п. Пры хронічным мэтра-эндомэтрыце—цёплыя дэзынфэктуючыя похжавыя спрынцаваньні і іхтыёлё-гліцэрынавыя тампоны або шарыкі.

Лячэньне аднэксітаў: у вострым пэрыодзе—абсалютны спакой, лёд на жывот і наркотычныя сродкі. Пры сьціханьні процэсу і нормальнай тэмпературы пераходзяць на сагравальныя кампрэсы. Пры хронічным аднэксіце—іхтыёлёвыя тампоны або шарыкі, гарачыя спрынцаваньні ( $36$ — $38^{\circ}$ ), мясцовыя электрычныя ванны, сядзячыя саляныя ванны, гразевае лячэньне (у выглядзе сядзячых вані або ляпёшак і гразевых похжавых тампонаў) і дытэрмія. Лячэньне гонококавай вакцынай не знайшло шырокага прымяненьня. У цяжкіх і ўпорных выпадках, якія не паддаюцца ніводнаму з пералічаных спосабаў лячэньня, апэрацыйным шляхам выдаляюць прыдаткі.

Для зьнішчэньня спаек і рубцоў практыкуюць лячэньне пры дапамозе масажу. Лячэньне пры гэтым мэгодзе можна распачаць толькі ў тым выпадку, калі ёсьць поўная ўпэўненасьць у тым, што ў прыдатках маціцы або навокал яе няма ніякага скапленьня гною, бо інакш пад уплывам разьмінаньня і іншых рухаў гной можа прарвацца ў брушную поласьць і выклікаць пэрытоніт.

З прычыны таго, што ўсе гэтыя мэтоды лячэньня, ужываемыя пры гонорэйных успаленьнях прыдаткаў і тазавай брушны,

маюць свае паказаньні і супроцьпаказаньні, то яны павінны прызначацца толькі ўрачом. Акушэрка-ж або мэдычная сястра, якой звычайна даручаецца правядзеньне лекавых процэдур, павінна ведаць, што пры самым малым абстрактэньні ўспаляляльнага процэсу неабходна зараз-жа спыніць прызначаную процэдуру.

*Профіляктыка.* Пры апісаньні симптомаў гонорэі не адзін раз падкрэсьлівалася, што хвароба гэтая мае згубны ўплыў на жаночы арганізм і што яна можа з квітнеючай і працаздольнай жанчыны зрабіць інваліда. А з прычыны таго, што хвароба гэтая вельмі пашыраея як сярод гарадскога, так і сярод сельскага насельніцтва, трэба лічыць яе сацыяльным злом, з якім неабходна змагацца. Барацьба павінна заключацца ў шырокай санітарна-асьветніцкай рабоце, у азнаямленьні насельніцтва з шляхамі пашырэньня гонорэі, з прыметамі захвораньня і з вынікамі для здароўя.

Для барацьбы з гэтым злом неабходна абсьледваньне асоб якія жывуць у інтэрнатах і ў калектыўных гаспадарках, і сустракаючы пазсобныя выпадкі гонорэі, накіроўваць хворых да ўрача для лячэньня.

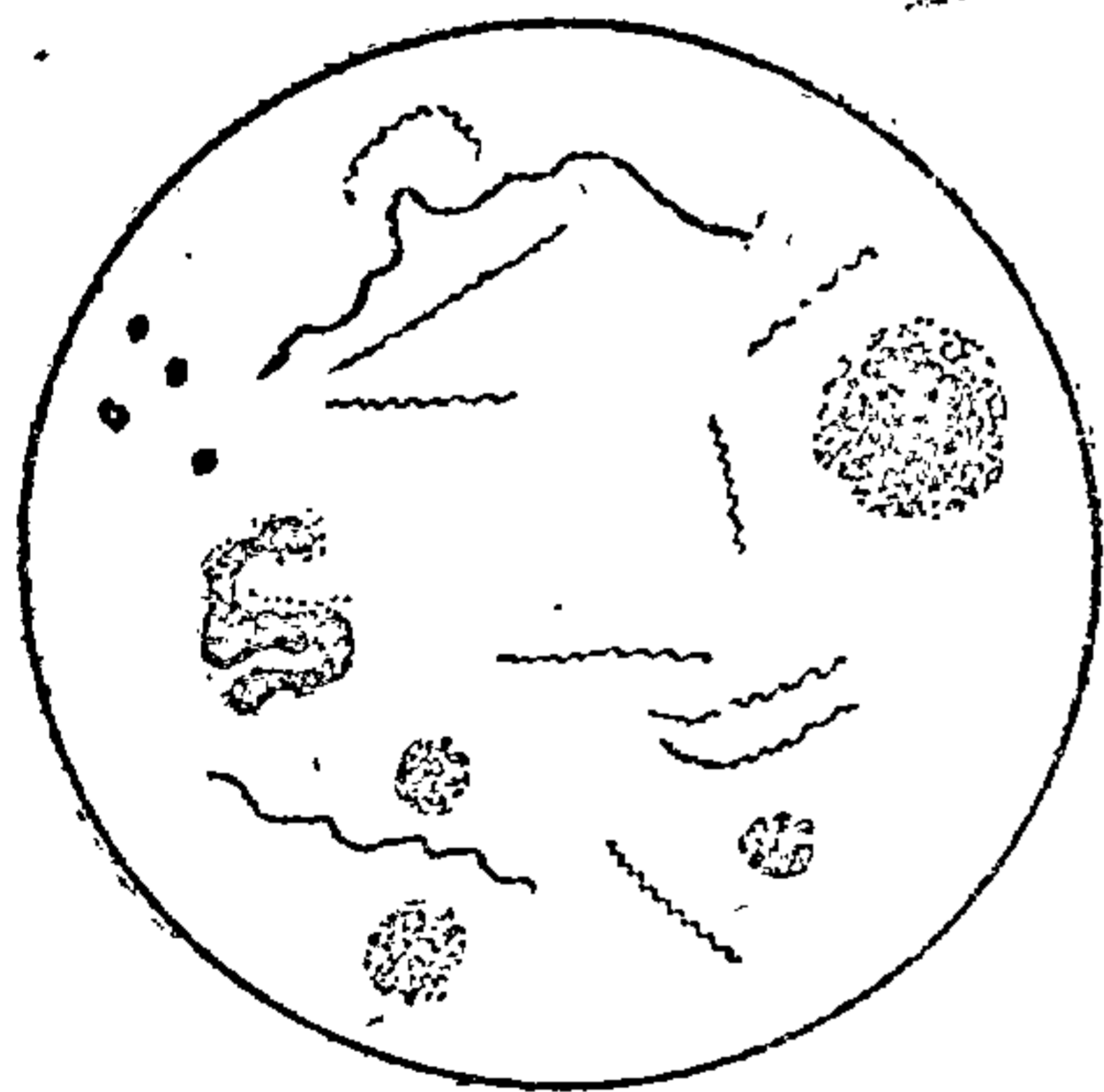
Акушэрка, працуючы на пункце, павінна весьці гутаркі з жанчынамі аб гігіене палавага жыцьця, а дзяўчатам даводзіць неабходнасьць перад замужствам вымагаць ад мужчыны мэдычнага пасьведчаньня аб стане яго здароўя наогул і аб адсутнасьці ў яго вэнэрычнай хваробы ў прыватнасьці. Заражоным гонорэяй жанчынам яна павінна растлумачваць, што праз дакрапаньні да вачэй нячыстымі рукамі яны могуць выклікаць гонорэйнае ўспаленьне вачэй. Гэтых-жа жанчын яна павінна перасьцерагаць ад сумеснага спаньня з дзецьмі і карыстаньня адным ручніком, адной губкай і т. д. Калі цяжарная жанчына хварэе на гонорэю, то яна павінна пераканаць яе у неабходнасьці праяздзеньня родаў у больніцы і, ва ўсякім выпадку, ў прысутнасьці акушэркі. Апошняя зараз-жа пасля родаў ужыве папэраджальныя меры для адхіленьня гонорэйнага захвораньня вачэй у нованароджанца.

2. **Сыфіліс (люэс).** Заражэньне сыфілісам адбываецца падвойным шляхам: палавым і па-за палавым. У першым выпадку сыфілітычная інфэкцыя адбываецца пры палавых зносінах і сыфілітычны яд пранікае ў арганізм праз палавыя органы. Пры па-за палавым заражэньні яд сыфілітыка можа трапіць ва ўсякую частку цела здаровага чалавека пры ядзе з адной пасудзіны, пры пацалунку, пры дакурваньні рэшткі паляросы або

люлькі, пры карыстаньні бялізнаю і іншымі прадметамі, якія судакраналіся з хворым на сыфіліс. Такім шляхам яшчэ ў недалёкім мінулым заражаліся цэлыя вёскі, калі прыяжджаўшы з гораду сыфілітычныя хворы заражаў сваю жонку, дзяцей, а гэтыя заражалі суседнюю сям'ю і т. д. і т. д. (бытавы сыфіліс).

Па-за палавым шляхам часта заражаецца акушэрскі персонал пры дасьледваньні жанчын-сыфілітычак пальцамі, на якіх знаходзяцца драпіны або іншае самае малое паражэньне скуры („сыфіліс нявінных“).

Узбуджальнікам сыфілісу зьяўляецца бледная спірохэта, адкрытая Шоўдзінам (мал. 91); яна можа пранікаць як у знадворныя, так і ўнутраныя палавыя органы праз наяўныя дэфэкты скуры або сьлізевай абалонкі. Месцам першапачатковага заражэньня г. зн. утварэньня цьвёрдага шанкру, часцей за ўсё зьяўляюцца знадворныя палавыя часткі і похвавая частка маціцы. Цьвёрды шанкр становіць сабою язву з празрыстым вы-



Мал. 91. Спірохэта Шоўдзіна.

дзяленьнем і з гладкім, бліскучым дном, з плоскімі і роўнымі краямі і храстковай асновай. Цьвёрды шанкр амаль заўсёды бывае адзіночным, у адрозьненьне ад мяккага шанкру, пры якім бывае некалькі язваў.

У сьценках похвы пяршачная язва сустракаецца надта рэдка. На похвавай частцы маціцы язва лёкалізуецца навакол знадворнага зёву і яе не заўсёды лёгка адрозьніць ад звычайнай эрозіі.

Другачныя праявы сыфілісу, у выглядзе розэол і папул, у жанчын заўважаюцца на знадворных палавых органах і на ўнутраной паверхні бёдраў. Асаблівае значэньне маюць так званыя шырокія мокнучыя кондылёмы, якія разьмяшчаюцца на вялікіх і малых губах, на прамежжы навакол задняга праходу і нават на ўнутраной паверхні бёдраў. Гэтыя мокнучыя папулы, спачатку гладкія і чырвоныя, паступова робяцца шэраватымі, іх адзеліва значна павялічваецца, набывае агідны пах і мае ў сябе вялікую колькасць спірохэт.

У трацьцёвым пэрыодзе сыфіліс выяўляецца ў выглядзе гум, якія становяць сабою вузлы, разьмешчаныя ў падскурнай тлушчавай клеткавіне і падсьлізевай тканцы.

Сыфілітычныя паражэньні ўнутраных палавых органаў па сваіх симптомах не адрозьніваюцца ад іншых захворваньняў гэтых органаў. Дыягноз устаўляецца на аснове наяўнасьці іншых уласьцівых сыфілісу зьяў, дадатнай рэакцыі Васэрмана і мікроскопічнага дасьледваньня.

Клінічная карціна сыфілісу, зьявы, назіраемыя ва ўсіх стадыях яго цяжэньня і лячэньне гэтай хваробы апісаны ў падручніках па вэнэролёгіі.

*Профіляктыка.* Сыфіліс зьяўляецца захворваньнем, з якім неабходна змагацца ў той-жа ступені, як і з гонорэяй. Бытавы сыфіліс, як вышэй гаварылася, можа ахапіць цэлыя вёскі і назіраецца ён звычайна сярод насельніцтва, дзе адсутнічае ўсякая грамадзкая, агульная і санітарная. Таму падняцьце культурнага ўзроўню насельніцтва і ўнядрэньне санітарнай грамадзкасьці зьяўляецца неабходнай умовай для барацьбы з гэтым вялікім сацыяльным злом. Неабходна прышчапіць насельніцтву элемэтарныя правілы гігіены і ў першую чаргу тое, што агульнае карыстаньне прадметамі ўжытку недапушчальна. Апрача таго, неабходна растлумачыць, што сыфіліс, пры сыстэматычным і правільным лячэньні згодна ўказаньняў урача, можа вылячыць.

У мэтах асабістай профіляктыкі жанчыне пасля падазронах палавых зносінаў рэкамендуецца старанна вымыць зьлёным мылам знадворныя палавыя часткі і праспрыццаваць похву растворам сулемы (1:1000).

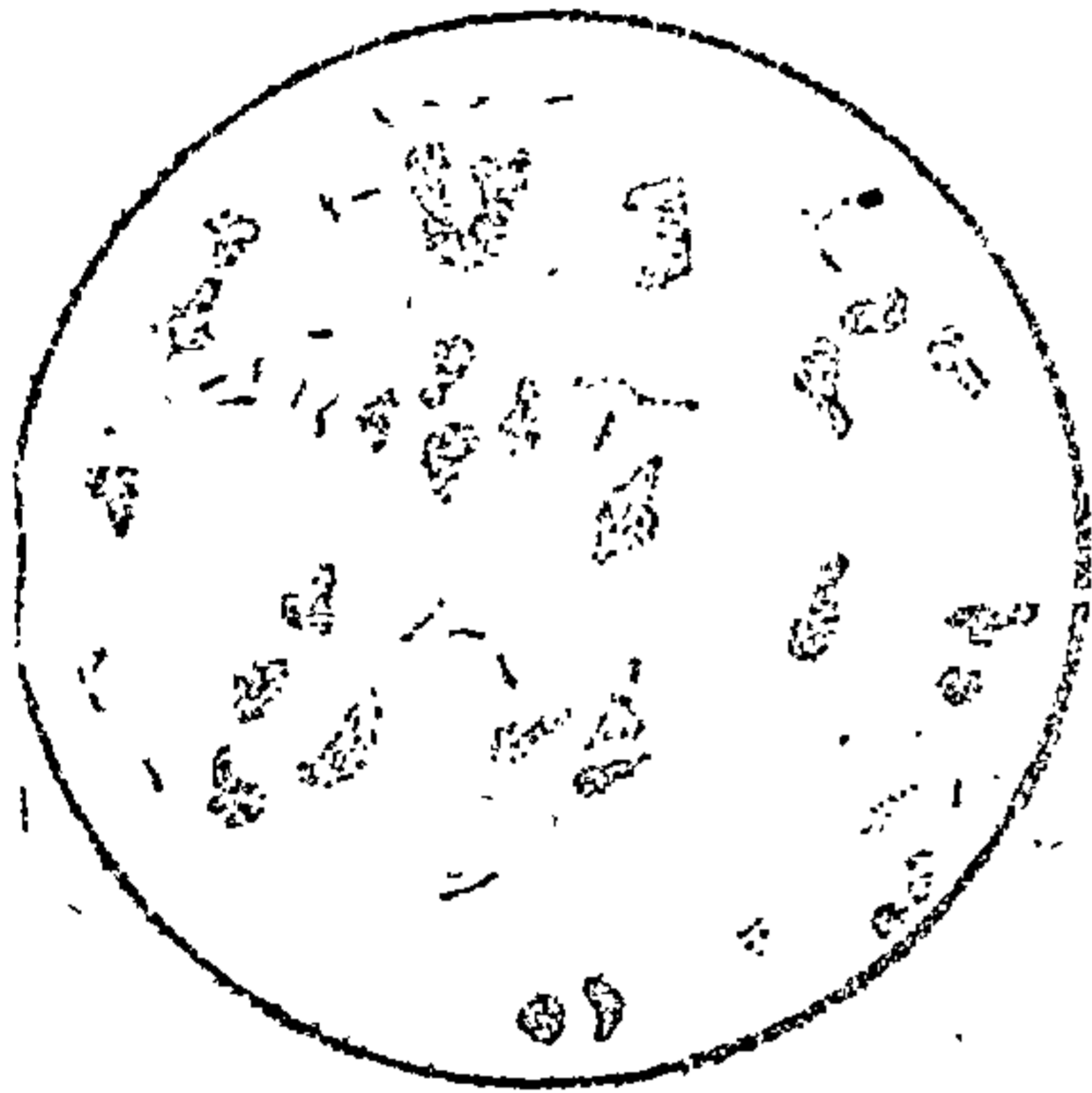
Акушэрка, каб унікнуць заражэньня сыфілісам і магчымасьці перанясеньня інфэкцыі з хворай жанчыны на здаровую, пры неабходнасьці дасьледваць або маніпуляваць у палавым тракце заражонай сыфілісам жанчыны, павінна надзяваць для гэтай мэты пальчаткі.

Якое важнае значэньне мае профіляктыка сыфілісу і іншых вэнэрычных захворваньняў, відаць з таго, што, дзякуючы санітарна-профіляктычнаму напрамку савецкай мэдыцыны, захворвальнасьць на вэнэрычныя хваробы, як паказвае статыстыка, у нашым Саюзе значна зьнізіліся.

3. Тубэркулёз. Тубэркулёзныя захворваньні жаночых палавых органаў, якія выклікаюцца палачкай Коха (мал. 92), у большасьці не зьяўляюцца самастойнымі пяршачнымі паражэньнямі, а становяць сабой другачныя праявы агульнага тубэркулёзу. Тубэркулёз лёгкіх, бронхіальных і брыжэйкавых залоз, кішочніка і брушны зьяўляецца крыніцаю пашырэньня процэсу на палавую

сфэру. З палавых органаў часьцей за ўсё паражуюцца трубы, яечнікі і брушына.

Пры лячэньні тубэркулёзу палавых органаў галоўная ўвага павінна быць зьвернута на агульнае лячэньне, на ўмацаваньне арганізму добрым харчаваньнем, знаходжаньнем на свежым паветры і да т. п. Мясцовае лячэньне нічым не адрозь-



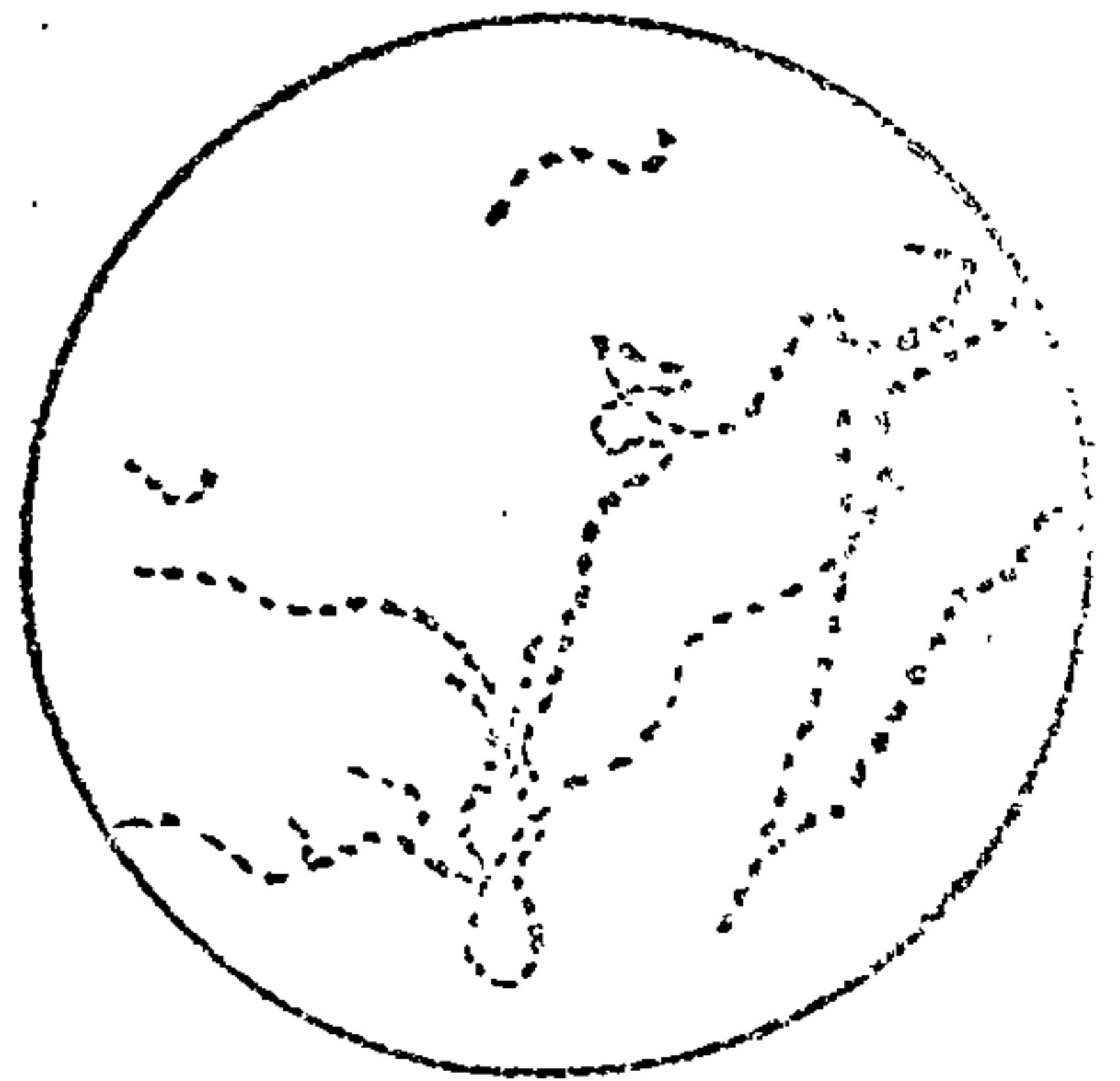
Мал. 92. Тубэркулёзныя палачкі Коха.

ніваецца ад лячэньня вострых успалальных процэсаў іншага паходжанья. Вялікія пухліны прыдаткаў патрабуюць апэрацыйнага ўмяшанья. Добрыя вынікі дае ўскрыцьце брушной поласьці і выпусканьне вадкасьці пры эксудатыўнай форме тубэркулёзнага пэрытоніту. Пры зьліплвай форме спрыяльныя вынікі атрымліваюцца ад рэнтгенотэрапіі.

4. Сэптычныя захворваньні. Пад сэптычнымі захворваньнямі разумеюцца такія успалальныя процэсы, якія выклікаюцца гноероднымі бак-

тэрыямі. Узбуджальнікамі гэтых захворваньняў зьяўляюцца стрэптокок (мал. 93.), радзей—стафілёкок, кішочная палачка, пневмокок, бацылы інфлюэнцы (грыпу) і інш. Названыя бактэры могуць пранікаць у арганізм толькі праз пашкоджаную скуру або сьлізавую абалонку, інакш кажучы, пры наяўнасьці раневай паверхні.

Часьцей за ўсё сэптычныя захворваньні палавых органаў адбываюцца ў часе родаў і пасля родавага пэрыоду і пры ўтварэньні нелегальных абортаў, асабліва калі іх робіць бабка-павітхі. Далей, інфэкцыя можа пранікнуць у палавыя органы ў часе апэрацый на гэтых органах, калі рукі апэратара, інструманты, перавязачныя матэрыялы і матэрыялы для швоў былі недастаткова асэптычныя. Яшчэ больш небясьпечны ў сэнсе заражэньня апэра-



Мал. 93. Стрэптокок.

цыя больш небясьпечны ў сэнсе заражэньня апэра-

цыйныя ўмяшаньні, зьвязаныя з ускрыцьцем брушной поласьці. Інфэкцыя можа быць занесена ў выніку невыкананьня правіл асэптыкі даглядаючым персоналам пры ўнутраным дасьледваньні, пры ўвядзеньні люстэркаў, пры сьпрывцаваньнях, тампонадзе, і да т. п. Разрывы дзявочай плявы і похвы ў часе полавых зносінаў могуць паслужыць варотамі для пранікненьня хваробаўтваральных бактэрыяў ва ўнутраныя полавыя органы і за іх межы. Амярцьвелыя фіброматозныя вузлы ў маціцы, перакручаныя кісты і злаякасныя новаўтварэньні, заражаючыся бактэрыямі, могуць выклікаць сэптычныя захворваньні.

Большасьць выпадкаў заражэньня адбываецца на глебе занісення бактэрыяў з вонку, пры розных маніпуляцыях на полавых органах рукамі мэдычнага персоналу, інструмантамі, перавязачным матэрыялам і да т. п. Але заражэньне можа адбыцца таксама і знутры, г. зн. бактэрыямі, якія ўжо знаходзяцца ў якім-небудзь месцы арганізму („самазаражэньне“). Так, напрыклад, бактэрыі могуць знаходзіцца ў похве, у трубах, у кішочніку і нават у аддаленных органах (мігдаліны, карыёзныя зубы) і адтуль могуць трапіць на ракевую паверхню палавага тракту, якая ўтвараецца ў часе родаў, выкідку і апэрацыі, і выклікаць сэптычнае захворваньне.

У залежнасьці ад межаў распаўсюджаньня інфэкцыі, сэптычныя захворваньні бываюць мясцовыя і агульныя. Калі бактэрыі разьвіваюць свой шкодны ўплыў толькі ў межах палавага тракту і акружаючых яго тазавай брушыны і клеткавіны, то яны выклікаюць толькі месцавыя ўспаляльныя процэсы. Калі-ж бактэрыі, распаўсюджваючыся па лімфатычных і крываносных шляхах, трапляюць за межы малога таза або непасрэдна ў брушную поласьць, то яны вядуць да агульнага заражэньня арганізму.

Апісаньне мясцовых і агульных сэптычных захворваньняў, зьвязаных з родамі і пасляродавым пэрыодам, падрабязна апісаны ў падручніках акушэрства. Але з гэтымі процэсамі прыходзіцца мець справу і ў гінеколёгіі, бо яны назіраюцца і пасля гінеколёгічных апэрацыяў і розных траўматычных пашкоджаньняў ў палавой сфэры. Апрача таго некаторыя пасляродавыя выпадкі сэптычных захворваньняў прымаюць зэцяжны характар і яны з акушэрскіх аддзяленьняў пераходзяць у гінеколёгічныя, дзе праводзіцца пэўнае лячэньне і неабходны догляд.



а) *Мясцовыя сэптычныя процэсы.* Мясцовыя сэптычныя процэсы працякаюць у выглядзе ўспаленьня маціцы (мэтроэндомэтрыту), труб і яечнікаў (сальпінго-оофорыту), тазавай брушыны (пэльвэопэрытоніту або пэрымэтрыту) і клеткавіны (парамэтрыту).

Сымптомы, якімі суправаджаюцца пералічаныя месцавыя процэсы, мала чым адрозьняюцца ад апісаных вышэй зьяў, якія назіраюцца пры гонокавым заражэньні. Пры сэптычным эндомэтрыце—павышэньне тэмпературы, пачашчаны пульс, болі ўнізе жывата і рэзкая балючасць маціцы пры ціску, часамі брудныя смуродныя выдзяленьні. Тыя-ж зьявы пры сальпінга-оофорытах і піосальпінксе.

Звычайна ўспалальныя процэсы ў прыдатках аскладняюцца, як пры ўзыходзячай гонорэі, успаленьнем прылягаючай брушыны, прычым успаленьне гэта можа выяўляцца толькі ў выглядзе зьліплівай формы або ўтварэньня сэроза-гнойнага ці гнойнага эксудату (пэрымэтрыг, пэльвэопэрытоніт). Апошні можа асумкавацца і запоўніць заднюю Дуглясаву прастору, а пры зарастаньні яе ён разьмяшчаецца ў бакавых або пярэднім аддзеле таза. Асумкаваны выпат можа рассасацца, пакінуўшы пасля сябе зрашчэньні паміж брушынай, маціцай, прыдаткамі і сумежнымі органамі; у іншым выпадку гной, які накапляецца, прабівае сябе дарогу вонкі, часьцей за ўсё праз прамую кішку, радзей—праз мочавы пузыр і яшчэ радзей—праз похву. У горшым выпадку гной можа пранікнуць у брушную поласьць і выклікаць агульны разьліты пэрытоніт.

Апрача ўказаных вышэй сымптомаў, пры пэрымэтрыце назіраюцца яшчэ наступныя: затрыманы стул, адчуваньне болю пры мачавыпусканьні, напружанасьць брушной сьценкі, часта нудзеньне і ваніты, якія сьведчаць аб раздражэньні брушыны.

Цяжэньне і вынік усіх гэтых месцавых сэптычных процэсаў залежаць ад ступені атрутнасьці бактэрыі, ступені іх распаўсюджанасьці і супраціўленасьці арганізму. Застаючыся лёкалізаванымі ў поласьці таза, гэтыя процэсы не пагражаюць жыцьцю, але ўсё-ж працякаюць у больш цяжкай форме і прогност пры іх менш спрыяльны, чым пры заражэньні гонорэяй. Стрэптокавая і стафілёкавая інфэкцыя можа пашырацца за межы палавага тракту, і месцавы процэ можа, такім чынам, перайсьці ў агульнае заражэньне арганізму, якое часта вядзе да сьмяротнага выніку.

Тым-жа стрэптококам і стафілёкокам, радзей—кішочнай палачкай, вельмі рэдка —гонококам і тубэркулёзнай палачкай—выклікаецца ўспаленьне тазавай клеткавіны—парамэтрыт. Яно ў большасьці назіраецца пасля родаў. У гінекалёгічнай практыцы парамэтрыты назіраюцца пасля штучнага выкідку і розных гінекалёгічных апэрацый, пры якіх не захоўваліся строга правы асэптыкі. Мікробы могуць пранікнуць таксама ў клеткавіну таза з шыйкі маціцы і похвы хвораі пры розных маніпуляцыях на маціцы.

Захворваньне на парамэтрыт пачынаецца звычайна аднаразовым азнобам, сьледам за якім павышаецца тэмпература да  $39^{\circ}$  і вышэй. К раніцы тэмпература зьніжаецца да  $37,5—38,5^{\circ}$ . Такія пад'ёмы па вечарох і паніжэньні раніцою без азнобаў назіраюцца на працягу вострага пэрыоду хваробы і характэрны для парамэтрыту. Адначасова пачашчаецца пульс, зьяўляюцца болі ўнізе жывата, часьцей з аднаго боку. Пры ўнутраным дасьледваньні збоку ад маціцы, а часамі ззаду або сьпераду адчуваецца невялікая рэзыстэнтнасьць. Праз некалькі дзён ясна прамацаецца інфільтрат, які адхіляе маціцу ў супроцьлеглы бок. У лёгкіх выпадках процэс далей не разьвіваецца і праз 2—3 тыдні інфільтрат рассасваецца, не пакідаючы пасля сябе ніякіх сьлядоў. Адначасова знікаюць усе сымптомы хваробы.

У больш цяжкіх выпадках эксудат пачынае павялічвацца і выпіраць задні, пярэдні і абодва бакавыя зводы і акружае маціцу. З цягам часу ён выходзіць з малога таза і нярэдка даходзіць да узроўню пупка. Контурны маціцы тады не вызначаюцца; яна замуравана з усіх бакоў. Ясна прамацаецца знадворку цьвёрдая, нярухомая пухліна. Агульны стан хвораі значна пагаршаецца, тэмпература ўвесь час павышана, да ранейшых сымптомаў далучаюцца труднасьці і болі пры дэфэкацыі і мачывыпусканьні і хвораі прыкоўваецца да ложка на многа месяцаў. У далейшым і такой велічыні эксудат паступова зморшчваецца, зьмяншаецца і, урэшце, рассасваецца, пакідаючы пасля сябе цяжы і спайкі, якія вядуць да адхіленьняў і перагібаў маціцы. Характарнымі асаблівасьцямі рассасвальнага эксудату зьяўляюцца яго шчыльная консыстэнцыя, няроўная павярхня, нярухомасьць і зрашчэньне са сьценкай таза.

Адначасова з рассасваньнем эксудату, паступова зьніжаецца тэмпература, яна робіцца субфэбрыльнай, потым normalнай, болі сьціхаюць, зьяўляецца апэтыт і хвораі пачынае папраўляцца. Пры гэтым цяжэньні парамэтрыту рэгулы звычайна не зьяў-

ляюцца, а калі і прыходзяць, то суправаджаюцца лёгкім абвастрэньнем процэсу (невялікае павышэньне тэмпературы і болі).

Але перамэтрычны эксудат можа набыць іншае цяжэньне: у пухліне зьяўляецца адзін або некалькі гнойных фокусаў, якія потым зьліваюцца ў адзін гнайнік і ўтвараюць так званы перамэтрычны абсцэс. Пухліна робіцца мяккай і ў некаторых мясцох флюктуючай. Зьмена тэмпературнай крывой і пачашчэньне пульсу адразу ўказвае на абсцэс, які пачынае формаваньне. Тэмпература набывае рэмітыруючы характар; раніцою яна падае да  $37,0^{\circ}$  і ніжэй, а па вечарох паднімаецца да  $39,0^{\circ}$  і вышэй. Пульс—110—130 удараў у мінуту. Агульны стан хворай значна пагаршаецца. Калі абсцэс сваячасова ня будзе ўскрыты, то ён сам знаходзіць дарогу вонкі, прарываючыся праз адзін з наступных шляхоў: праз мачавы пузыр, прамую кішку, похву, праз пярэдняю брушную сьценку над пупартавай зьвязкай і праз сядальную адтуліну. Адначасова з выдзяленьнем збыткоўнай колькасьці гною праз адзін з указаных шляхоў тэмпература спадае амаль да нормы. Хворая адчувае значнае палягчэньне і здарэўе яе аднаўляецца. Вельмі рэдка гнойнік ускрываецца ў брушную поласьць, выклікаючы гнойны пэрытоніт.

Лячэньне мясцовых сэптычных процэсаў мала чым адрозьніваецца ад лячэньня месцавых успаляльных процэсаў гонгрэйнага паходжаньня. У вострай стадыі таксама, як і там, прызначаецца холад на живот і абсалютны спакой. Калі сымптомы вострай стадыі сьціхаюць і тэмпература робіцца normalнай, то пасля двух тыдняў прыступаюць да рассасваючых мэгодаў лячэньня (гідротэрапія, электротэрапія, іхтыёлевыя тампаны і т. д.). Пры ўтварэньні гнойных абсцэсаў, калі яны самі сваячасова не прарываюцца, належыць доўга не чакаючы ўскрываць іх.

Апрача месцавага лячэньня, неабходна ўдзяліць увагу агульнаму стану і харчаваньню хворай (лёгкая пажыўная ежа даецца часта і невялікімі порцыямі). У многіх выпадках прыходзіцца ўжываць і сымптоматычнае лячэньне, а іменна: пры запорах—лёгкія развальняючыя, паслабляючыя мінэральныя воды, клізмы, пры болях—бэлядону, пантолон, пры бяссоньніцы—бромістыя прэпараты і да т. п.

*б. Агульнае сэптычнае заражэньне. Агульны разьліты гнойны пэрытоніт.* На пярэдніх старонках ужэ ўказвалася, што гнойная мяшотчастая пухліна фалёпіевых труб (піосальпікс)

і асумкаваныя гнойныя пэрымэтрычныя і параметрычныя эксудаты могуць ускрыцца ў брушную поласьць і выклікаць агульны разьліты пэрытоніт. Таксама гнойны сакрэт труб, маціцы і похвы, трапіўшы ў брушную поласьць у часе апэрацыі чэравасячэньня, вядзе да разьвіцьця агульнага пэрытоніту. Апошні можа разьвіцца таксама пасля разрыву маціцы ў часе родаў, пасля пэрфарацыі (прабадзеньня) маціцы якім небудзь інструмантам у часе штучнага аборту і т. д.

Агульны пэрытоніт дае наступныя цяжкія характарныя сымптомы: высокая тэмпература, пачашчэньне з кожным днём пульсу (120—140 у 1 мінуту), які ў далейшым робіцца ніцэпадобным, пачашчанае павярхоўнае дыханьне, затрымка газаў, уздуцьце жывата, моцнае напружаньне брушной сьценкі, балючасьць жывата пры самым малым дакрананьні да яго, моцная смага, сухі абкладзены язык, нудзеньне, ванты і часта ікаўка. Характэрны таксама выгляд хвораі: зямлісты колер твару, запалыя вочы, завостраны нос, непакойлівы, трывожны выраз твару. Прадказаньне ў значнай большасьці выпадкаў безнадзейнае.

Хвароба звычайна цягнецца ня больш 7—9 дзён. Але бывае і маланкападобнае цячэньне хваробы, калі бурныя зьявы разьвіваюцца з так ю хуткасьцю, што хвора я праз 1—2 сутак гіне.

Лячэньне. Як толькі пасля гінэколёгічнага чэравасячэньня або іншай апэрацыі зьяўляюцца першыя сымптомы пэрытоніту — то адмяняюцца ўсякія развальняючыя, уводзіцца газаводная трубка, прызначаюцца наркотычныя сродкі (белядона, опій, морфій), лёгі на живот і ўліваньне фізыолёгічнага раствору пад скуру. Калі пэрытонічныя зьявы не спыняюцца на працягу 12—24 гадзін, то трэба рабіць апэрацыю.

*Сэптычныя тромбофлёбіты.* У разьдзеле „Пасьляопэрацыйныя аскладненьні“ было ўказана, што ў ліку іх назіраецца закаркоўваньне тазавых і бядровых вэн (громбоз). Калі апэрацыя аскладняецца сэптычным гнойным працэсам, то інфэкцыя, пашыраючыся па крывяносных шляхох, можа пранікнуць у тазавыя і бядровыя вэны і выклікаць сэптычныя тромбофлёбіты. Паражэньне павярхоўных вэн характарызуецца нязначным павышэньнем тэмпературы, пачашчэньнем пульсу, пачырваненьнем і балючасьцю скуры над паражонай вэнай. Пры адпаведным лячэньні і доглядзе за хвораі (поўны спакой, узвышанае палажэньне канцавін і сагравальныя кампрэсы) усе памянёныя зьявы праз 10—15 дзён зьнікаюць.

Больш сур'езным зьяўляецца тромбофлэбіт глыбокіх вэн таза і бядра. Пры гэтых сэлтычных тромбофлэбітах тэмпература павышаецца да  $39-40^{\circ}$ , пульс пачашчаецца, хворая канцавіна ацякае і павялічваецца ў аб'ёме, скура робіцца падобнай да воску і бліскучай, рухі затrudнены і балючы. Гэта захворваньне надоўга прыкоўвае хворых да ложка.

Небясьпека тромбофлэбітаў у тым, што кавалачкі тромбу могуць адарвацца, крывяным цёкам занесьціся і закаркаваць галінку лёгачнай артэрыі або мозгавую судзіну і выклікаць хуткую сьмерць ад эмболіі пры зьявах цыянозу (сінюхі), задышкі і расстройтва сярдэчнай дзейнасьці.

Лячэньне, як вышэй было ўказана, выяўляецца ў поўным спакоі хворай, у прыпаднятым палажэньні хворай нагі і ў сагравальных кампрэсах. Рухі дазваляюцца не раней, як праз два тыдні пасля зьніжэньня тэмпературы і зьнікненьня балючасьці. Значна пазьней рэкамендуецца лячэньне ваннамі і гразелячэньнем.

*Піэмія.* Пад піэміяй (у літаральным перакладзе—гноекроўе) разумеюць такое сэлтычнае захворваньне, пры якім частачкі гнойнага распаду тромбу разам з бактэрыямі трапляюць у кроў і вядуць да агульнага заражэньня арганізму і да ўтварэньня гнойных фокусаў у аддаленых органах.

Клінічная карціна піэміі падрабязна апісваецца ў падручніках па акушэрству і хірургіі. Тут мы адзначым галоўнейшыя сымптомы. Такімі зьяўляюцца патрасаючыя азнобы, якія часта паўтараюцца і лік якіх на працягу хваробы можа даходзіць да  $50-70$ . Пасля кожнага азнобу тэмпература павышаецца да  $40-41^{\circ}$  і адчуваецца моцная гарачка. Праз некалькі гадзін зьяўляецца збыткоўны пот і тэмпература зьніжаецца да нормы. Частасьць пульсу адпавядае хістаньням тэмпературы. У прамежках паміж прыступамі бывае добрае самапачуцьцё. Наогул-жа карціна піэміі нагадвае карціну перамежыстай ліхарадкі.

Калі гнойныя частачкі тромбаў трапляюць у лёгачную сетку судын, то ўтвараюцца інфаркты і разьвіваецца мэтастатычная пнэўмонія. Да яе можа далучыцца і гнойны плэўрыт. Гэтыя аскладненьні даюць уласьцівыя ім сымптомы: колікі ў грудзях і сьпіне, задышку, крывяхарканьне, выдзяленьне гнойнага харкавіньня і да т. п. Мэтастазы могуць зьявіцца і ў іншых органах (нырках, печані, суставах). Пазьней разьвіваюцца паміжцяглічныя і падскурныя мэтастазы ў выглядзе гнойнікаў на канцавінах і ў скуры сядальнай і крыжавой вобласьці.

Працягласьць хваробы ад 1 да 2 месяцаў.

Сьмяротнасьць—30—40 проц.

*Сэптыцэмія (сэпсіс)*. Пад сэптыцэміяй (літаральны пераклад—заражэньне крыві) разумеюць агульнае заражэньне организму, выклікаемае хуткім і значным размнажэньнем бактэрыяў у крыві і высокай іх вірулентнасьцю (атрутнасьцю).

Клінічныя сымптомы разьвіваюцца хутка і хворыя робяць цяжкае ўражаньне. Тэмпэратура ўвесь час высокая (40—41°) пульс пачашчаны (120—130), дыханьне паскоранае, живот уздуты (мэтэорызм), язык сухі і абкладзены, часта бывае вольнасьць. Даволі рана зацямяецца прытомнасьць і зьяўляецца брэд. Хворыя ўсё робяць пад сябе, зьяўляецца цыаноз (сінюха) і пахаладаньне канцавін. Сьмерць часамі надыходзіць праз некалькі дзён.

Лячэньне агульнай сэптычнай інфэкцыі імкнецца, на першае, да таго, каб увядзеньнем у организм розных хімічных прэпаратаў зьнішчыць трапіўшыя ў яго ядавітыя мікробы, і па-другое, каб павысіць абаронныя сілы организму, яго супраціўляльнасьць і зьнішчыць або паслабіць цяжкія сымптомы.

Для дасягненьня першай мэты, г. зн. для барацьбы з мікробамі прапанавана шмат сродкаў: увядзеньне ўнутрывэнна, падскурна і праз прамую кішку колярголю, электрарголю, рыванолю, хлэрыстага кальцыю, уротропіну, розных сыроватак, фізыялёгічнага раствору солі, алькоголю і інш. Гэтая вялікая колькасьць прапанаваных сродкаў гаворыць за тое, што ніводны з іх няпэўны. І сапраўды, дасягнутыя гэтым шляхам посьпехі нязначныя.

Значна важнейшы другі шлях, на які павінна быць накіравана лячэньне сэпсісу і які заключаецца ў павышэньні жыцьцёвых сіл организму і ва ўзмацненьні яго супраціўляльнасьці мікробным ядам.

Для дасягненьня гэтай мэты неабходны самы пільны догляд сэптычнай хвораі, які заключаецца ў правільным харчаваньні хвораі, ва ўтрыманьні ўсяго цела, канцавін і роту ў чыстаце (штодзённыя абціраньні цёплай вадой з пахучым воцатам, гарэлкай, одэколёнам), у значным увядзеньні цёплай вадкасьці, у назіраньні за функцыяй нырак, кішочніка і да т. п.

Многія гінеколёгі надаюць вялікае значэньне ўжываньню алькоголю пры лячэньні сэптычных процэсаў. Яны прызначаюць яго ўнутр у вялікіх колькасьцях, бачачы ў ім сродак, які ахоўвае организм ад згараньня і распаду бялкоў, узмацняе сардэчную дзейнасьць і часткова зьніжае тэмпэратуру. Але

алькоголь павінен прызначацца ня ў выглядзе розных він, якія маюць у сабе 5—6° сьпірту, а ў выглядзе коньяку або 96 гра-дуснага сьпірту, разведзенага напалам з вадою. Ліхарадзьячыя хворыя, якія ў здаровым стане п'янеюць ад некалькіх чарак він, звычайна лёгка пераносяць вялікія колькасці моцнага сьпірту. Боязь акружаючых і саміх хворых, што алькоголь можа па-высіць і без таго высокую тэмпературу, вядома, беспадстаўная.

Пры доглядзе за септычнай хворай неабходна сачыць за сваячасным адхіленьнем або хаця-б палягчэньнем цяжкіх сим-птомаў. Септычная хворая, такім чынам, патрабуе і септычнага лячэньня (камфара, дыгален, строфніт, кофэін—пры слабой сардэчнай дзейнасьці, бромістыя прэпараты—пры рас-стройстве нэрвовай сыстэмы, адхаркваючыя сродкі супроць кашлю, развальняючыя—супроць загораў, стрымліваючыя—су-проць вольнасьці і да т. п.

Выяўленыя мэтастатычныя падскурныя абсцэсы ўскрываюцца апэрацыйным шляхам.

*Профіляктыка.* Пры ўсіх пошуках сапраўднага сродку супроць сепсісу і пры пэўных посьпехах дасягнутых правільным доглядам, усё-ж у барацьбе з гэтымі грознымі захворваньнямі, якія даюць колёсальны процант сьмяротнасьці, першае месца павінна займаць профіляктыка, г. зн. неабходны мерапры-емствы для забесьпячэньня арганізму жанчыны ад унядрэньня ў яго хваробаўтваральных бактэрый. У ліку гэтых мерапрыем-стваў на першым пляне павінна стаяць правільная пастаноўка справы дапамогі пры родах, пры якой жанчына магла-б право-дзіць свае роды і пасляродавы пэрыод у гігіенічнай абстаноўцы, з мінімальнаю рызыкаю для яе здароўя. Савецкая мэдыцына і галоўны яе аддзел—ахова мацярыства і маладзёнства,—зрабілі многае ў гэтых адносінах для гораду. Вёска-ж у справе дапамогі пры родах яшчэ значна адстае і не паспявае за бурным ростам не гаспадаркі і кадраў працоўных жанчын.

У вёсцы і часткова ў горадзе трэба яшчэ змагацца са зла-чыннымі абортамі, якія ўносяць у магілу многа афяр септычных захворваньняў.

Ня менш, чым пры родах, неабходна самае строгае заха-ваньне правіл асэптыкі і пры апэрацыйных умяшаньнях.

Вялізарнае значэньне ў сэнсе аховы жанчыны ад занясеьня інфекцыі або ад далейшага яе пашырэньня мае правільны догляд у пасляродавым і пасляопэрацыйным пэрыодах.

Усе гэтыя профіляктычныя меры могуць значна зьнізіць і ў апошні час, дзякуючы профіляктычнаму напрамку савецкай мэдыцыны, значна зьнізілі захворвальнасьць на сэлсіс і сьмяротнасьць ад яго.

І якраз у гэтай галіне роля акушэркі вельмі значная, адказная і разам з тым вельмі ўдзячная. Адказная яна таму, што пры самым малым ухіленьні ў асэптычным вядзеньні родаў, пры нязначнай пагрэшнасьці ў пасьляродавым пэрыодзе яна можа нарабіць шмат бяды. Залішняе ўнутранае дасьледваньне ў часе родаў, абмываньне знадворных палавых частак негатаванай вадой, ужываньне нячыстага наканцоўніка, падкладаньне бруднай подсьцілкі, дрэнна прастэрылізаванай ваты і марлі, неахайны догляд за швамі—усё гэта можа зрабіць жанчыне неспраўную шкоду. Акушэрка павінна памятаць, што ўсякае параненьне ў часе родаў, у выглядзе раны, трэшчыны, а тым больш разрыву праежжа, похвы, шыйкі маціцы і сьцэльная рана, якую становіць сабою ўнутраная паверхня маціцы пасьля родаў, зьяўляюцца ўваходнымі варотамі для хваробаўтваральных бактэрый.

Акушэрка, апрача таго, пасье вялікую адказнасьць у якасьці апэрацыйнай сястры. Колькі зла яна можа зрабіць апэруемай жанчыне, калі яна ў часе апэрацыі падасьць апэратуру недастаткова прастэрылізаваны інструмант або марлевы тампон!

А разам з тым, як многа можа зрабіць акушэрка для радзіўшай ці для апэраванай жанчыны або нават для захварэўшай жанчыны сваімі ўважлівымі адносінамі і добрасумленным доглядам, сваімі клопатамі аб спакоі і аб правільным харчаваньні. У барацьбе з пагражаючым сэлсісам перамога будзе за ёю—і тады роля акушэркі будзе не толькі значнай, але і сапраўды ўдзячнай.



## РАЗЪДЗЕЛ ДЗЕВЯТЫ

### ПУХЛІНЫ

Пухліны сустракаюцца ў полавым апарате жанчыны або ў выглядзе рэтэнцыйных кіст, або ў выглядзе новаўтварэнняў. Рэтэнцыйная кіста—гэта пухліна, якая ўтвараецца з прычыны затрымкі выдзяленняў якой-небудзь залозы або ў выніку скаплення вадкасці (сыраватка, гной, кроў, сьлізь) у якой-небудзь замкнутай поласці. Новаўтварэнне—гэта пухліна, якая развіваецца ў якім-небудзь органе з прычыны размнажэння і росту яго тканкавых элементаў.

#### 1. РЭТЭНЦЫЙНЫЯ КІСТЫ

*Кісты Бартолііевых залоз.* Рэтэнцыйныя кісты часцей за ўсё ўтвараюцца на глебе ўспалальнага процэсу, які вядзе да закаркоўвання выводных пратокаў залозы і да ўтварэння мяшка, напоўненага вадкасьцю. Такім шляхам утвараюцца кісты Бартолііевых залоз у выніку пераважна гонокавага ўспалення. Гэтыя кісты вялікіх размераў не дасягаюць і ніякіх сымптомаў не даюць; яны могуць зьяўляцца толькі некаторай перашкодай да полавых зносін.

*Кісты похвы.* Радзей сустракаюцца кісты похвы, якія сядзяць звычайна на пярэдняй або бакавой сьценцы і выяўляюцца пры похвавым дасьледваньні. Яны, як і кісты Бартолііевых залоз, бязбольныя.

Лячэньне тых і другіх кіст зводзіцца да вылушчэння іх.

На похвавай частцы шыікі часта ўтвараюцца певялічкія кісты ў выглядзе пухыркоў велічынёю з прасяное зерне або гарошыну. Яныносяць назву *Ovula Nabothi*. Звычайна іх бывае некалькі.

Лячэньне іх зводзіцца да апаражнення пузыркоў шляхам скарыфікацыі (гл. вышэй), прычым з іх выдзяляецца сьлізавае або гнойна-сьлізавае зьмесьціва.

*Кісты Фалёпьевых труб.* Нам ужо вядома, што пры гонорэйным успаленьні трубы ў ёй накапляецца гной, пад уплывам якога атрымліваецца зліплівае ўспаленьне брушыны навокал трубы і заростаньне абодзых канцоў яе. Гной, які скапляецца пры гэтым, не знаходзячы выхаду, расьцягвае трубу і атрымліваецца мяшотчастая пухліна, напоўненая гноем—піосальпінкс. Калі зьмесьціва трубы будзе сэрозным, то такая кіста называецца гідросальпінксам, а калі ў ёй ёсьць кроў, то яна носіць назву гэматосальпінксу. Апошні від рэтэнцыйнай кісты часьцей за ўсё ўзьнікае на глебе парушанай па-за мацічнай цяжарнасьці, або калі мэнструальная кроў, накопленая ў поласьці маціцы (гэмомэтра) з прычыны заростаньня шыйкі маціцы або лохвы, ня мае адцёку вонкі.

Указаныя пухліны труб маюць кілбасападобную форму і бываюць велічынёю часам з кулак. Консыстэнцыя іх элястычная і пры абмацваньні адчуваецца флюктуацыя (зыбаньне). Контуры іх звычайна лёгка вызначаюцца, бо ў адрозьненне ад парэпэримэтрычных эксудатаў, ня зліваюцца са сьценкамі таза.

Сымптомы і лячэньне залежыць ад прычын іх узьнікненьня.

*Кісты яечнікаў.* У яечніках рэтэнцыйныя кісты ўтвараюцца з граафавых пузыркоў (фолікулярныя кісты). Як вядома, у нормальных умовах сьпелы граафаў пузырок лопаецца і разам з фолікулярнай вадкасьцю, якая выліваецца адтуль, яйцо трапляе ў поласьць брушыны. Але калі пад уплывам успаляльных процэсаў абалонка яечніка ўшчыльняецца, то дасьпеўшы граафаў пузырок ня ў стане разарваць абалонку і сваячасова ўскрыцца. Тады яйцовая клетка, што знаходзіцца ў ім, гіне і граафаў пузырок ператвараецца ў маленькую рэтэнцыйную кісту. У далейшым кіста павялічваецца ў выніку трансудацыі вадкасьці з навакольных судзін у яе поласьць і ператвараецца ў вялікую аднакамерную рэтэнцыйную кісту, якая павольна расьце і можа дасягнуць разьмеру кулака. Калі ў адным яечніку развіваецца некалькі кіст, то атрымліваецца многакамерная кіста. Рост гэтых пухлін адбываецца выключна за кошт павялічэньня колькасьці вадкасьці, якая зьмяшчаецца ў іх.

Клінічныя сымптомы, аскладненьні і лячэньне (гл. ніжэй) (пухліны яечнікаў).

## II. НОВАЎТВАРЭНЬНІ

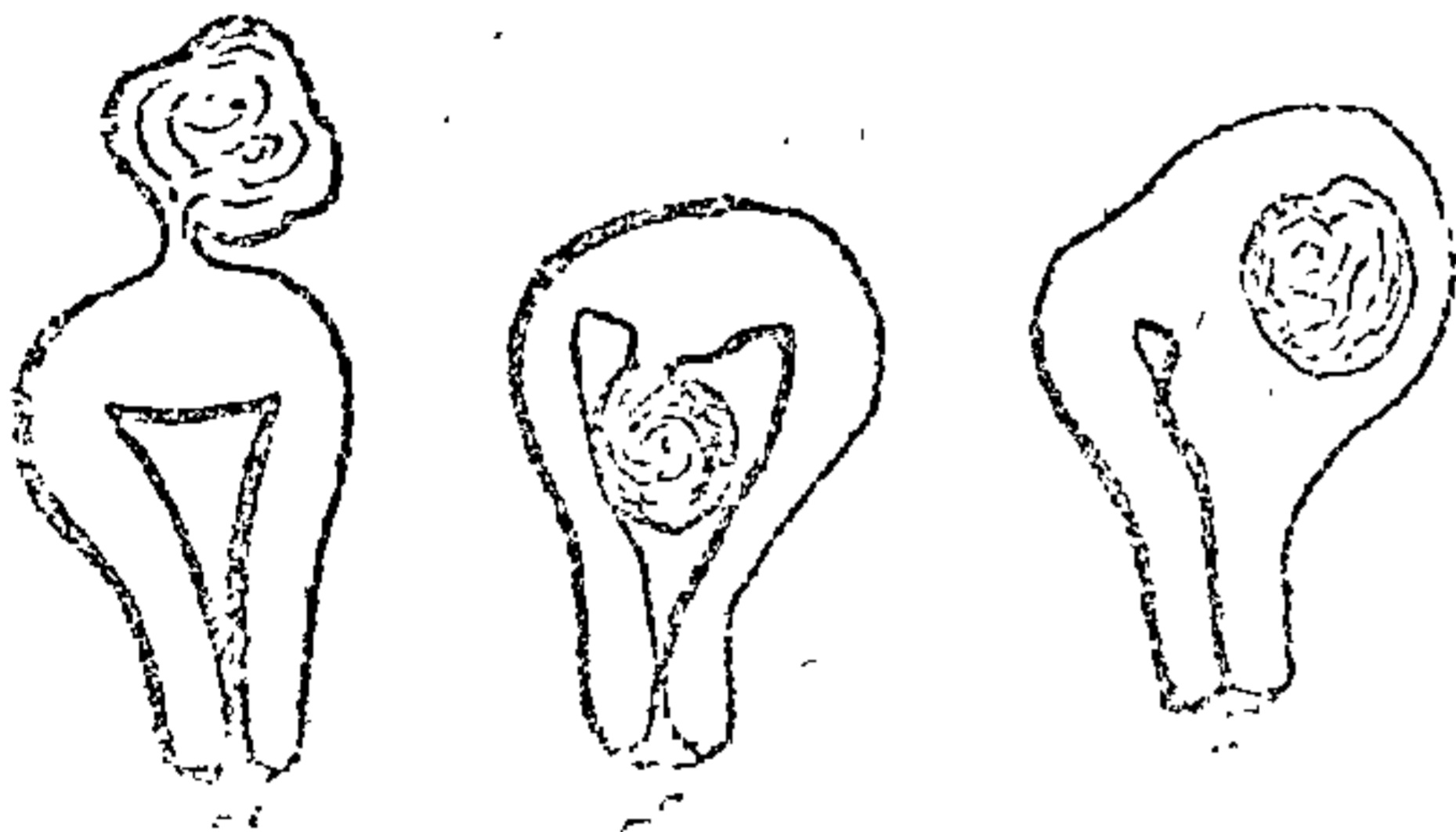
Як вышэй было ўказана, да новаўтварэньняў жаночых паявых органаў належаць тыя пухліны, якія нарастаюць за кошт росту тканкі. Прычыны паходжаньня такіх пухлін да гэтага часу яшчэ ня высьветлены, хоць наокуп гэтага ёсьць многа тэорый.

Адрозьніваюць новаўтварэньні добракасныя і злаякасныя.

Да добракасных пухлін належаць тыя, якія маюць мясцовы характар, на іншыя органы або тканкі не пераходзяць і пры адсутнасці аскладненьняў на агульны стан організму рэзка ня дзейнічаюць.

Да злаякасных пухлін належаць тыя, якія прарастаюць у навакольныя тканкі і іх руйнуюць, даюць мэтастазы і рэцыдывы пасля выдаленьня і вырацоўваюць атрутныя матэрыі, якімі атручваюць організм.

I. Добракасныя новаўтварэньні. Да добракасных новаўтварэньняў належаць фібромы і міомы (часьцей злучэньне абедзьвюх—фіброміомы), а таксама кістомы розных відаў.



Мал. 94. (Схэматычна) а) субсэрозная фіброміома, б) субмукозная фіброміома, в) інтэрстыцыяльная фіброміома.

**Фіброміомы.** Фіброміомамі называюцца тыя пухліны, якія складаюцца са злучальнай і цяглічвай тканкі. Калі ў пухліне пераважае злучальная тканка, то яна называецца фібромай, а пры пераважаьні

цяглічвай тканкі, яна носіць назву міомы.

Фіброміомы часьцей за ўсё сустракаюцца ў маціцы, але яны назіраюцца таксама ў похве, трубах і мацічных зьвязках. Фіброміомы маціцы сустракаюцца так часта, што па думцы многіх аўтароў амаль кожная дзесятая жанчына мае па адной або па некалькі такіх пухлін у маціцы.

Фіброміомы маціцы па месцы разьмяшчэньня падзяляюцца на падбрушныя (субсэрозныя), унутрысьценачныя або міжцяглічныя (інтэрстыцыяльныя) і па ісьлізьнічныя (субмукозныя). апошнія маюць часамі выгляд поліпаў, злучаных пры дапамозе ножкі з мацічнай сьценкай або дном (мал. 94).

Субсэрозныя фіброміомы разьвіваюцца ў маціцы пад брушынным пакрыцьцём яе ў выглядзе паасобных невялікіх вузлоў, а пры далейшым росьце яны могуць дасягнуць такіх разьмераў, што запаўняюць усю брушную поласьць (мал. 95, 96).

Пры наяўнасьці множных фіброматозных вузлоў, якія сядзяць на маціцы шырокаю асноваю, паверхня маціцы здаецца няроўнай і бугрыстай. Консыстэнцыя гэтых пухлін цьвёрдая, шчыльная.



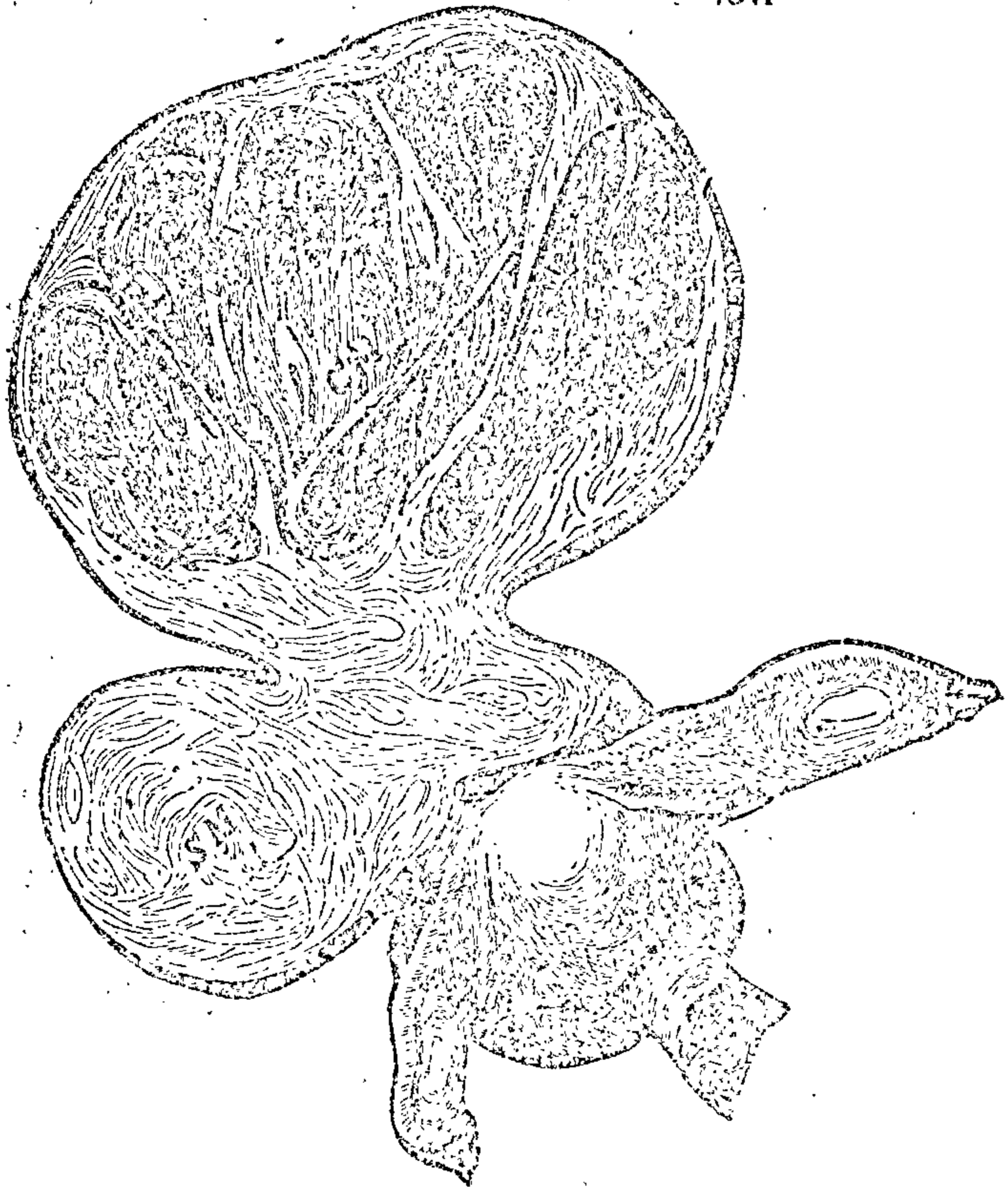
Мал. 95. Велічыня жывата пры фіброміоме, опэраванай д-рам Кузьнецкім.

Субсэрозныя фіброміомы рэдка выклікаюць якія-небудзь сымптомы і скаргі з боку хворых. Пры нязначнай велічыні пухліны жанчына нават не падазрае аб яе існаваньні. Але пухліна, дасягаючая значнай велічыні, можа выклікаць хваравітыя зьявы сваім ціскам на нервы і суседнія органы. Крывячэньні пры субсэрозных фіброміомах амаль не назіраюцца.

Інтэрстыцыяльныя фіброміомы змяшчаюцца ў тоўшчы маіцы, у яе цяглічым пласьце і надаюць ёй шарападобную форму (мал. 97).

З сымптомаў, назіраемых пры гэтай катэгорыі фіброміом, належыць адзначыць працяглыя мэнструацыі са значнымі вы-

107



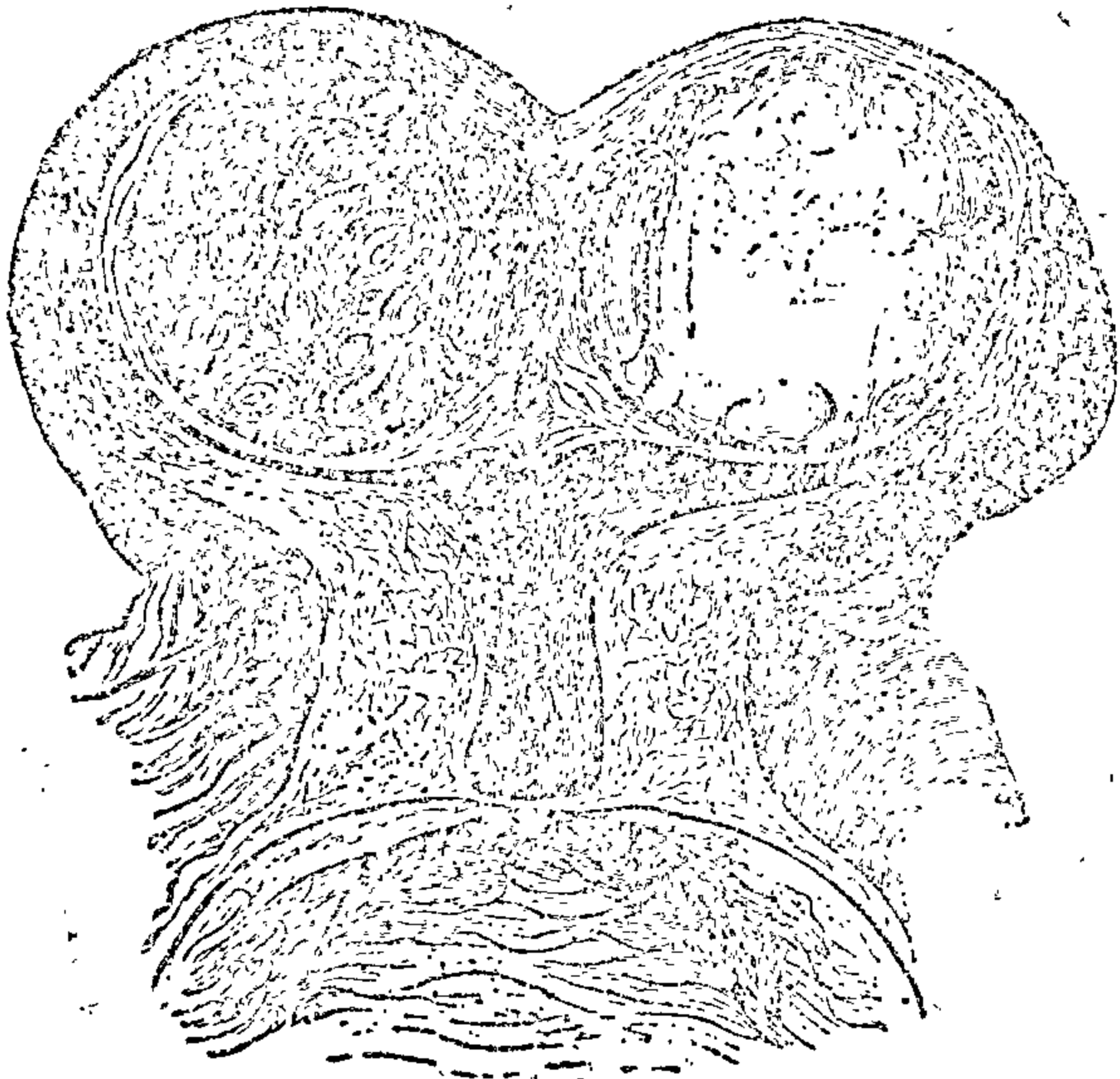
Мал. 96. Субсэрозныя міомы.

дзяленьямі крыві (мэнорагіі), болі ўнізе жывата і ў паясьніцы, расстройтва мачавыпусканьня і інш.

Падсьлізьнічныя фіброміомы, разьвіваючыся ў напярэдак да поласьці маіцы, павялічваючы і расцягваючы яе, суправаджаюцца вялікімі, амаль заўсёды крывяцятэньямі, якія могуць давесці хворую да высокай ступені анэміі і—пры адсутнасьці дапамогі—нават да сьмерці (мал. 98).

Падсьлізьнічны поліп, сядзячы на ножцы, пры далейшым росьце выклікае, падобна ўсякаму іншароднаму цела ў маціцы, мацічныя скарачэньні, дзякуючы якім ён выпіхваецца з поласьці маціцы ў похву. Гэтэ „нараджэньне“ поліпу суправаджаецца схваткападобнымі болямі і выдзяленьнем крыві.

Уплыў фіброміом на цяжарнасьць і роды выяўляецца ў наступным. Часта фіброміомы зьяўляюцца перашкодаю для зачацьця і таму яны часта суправаджаюцца бесплоднасьцю. Калі-ж цяжарнасьць наступае, то пры субсэрозных фіброміомах цяжарнасьць і роды могуць працякаць зусім нормальна, а пры

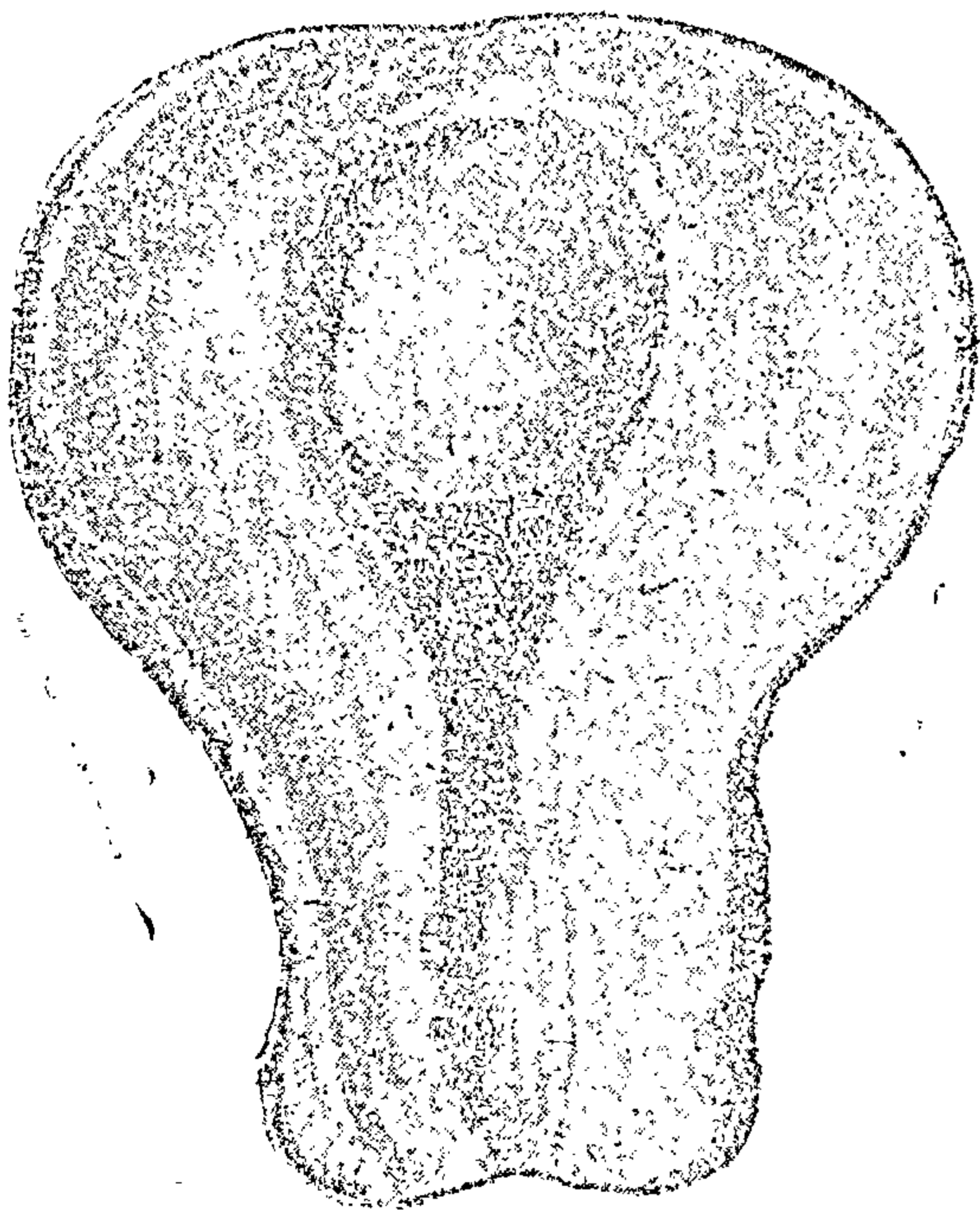


Мал. 97. Інтэрстыцыяльная фіброміом.

інтэрстыцыяльных і субмукозных цяжарнасьць звычайна канчаецца выкідкам або дачасовымі родамі. Калі цяжарнасьць даходзіць да канца, то пухліна можа зьявіцца перашкодаю для правільнага палажэньня плода і нормальнага родавага акту. У пасляродавым пэрыодзе часамі назіраецца дрэннае скарачэньне маціцы.

Хоць фіброміомы лічацца добракаснымі новаўтварэньнямі, тым ня менш яны тояць у сабе многа сур'ёзных і небясьпечных момантаў, бо з імі могуць адбывацца розныя зьмены. Субсэрозныя фіброміомы на доўгай і тонкай ножцы могуць перакруч-

вацца і выклікаць востры ўспалальны процэс. Падсільзінічная фіброміома на ножцы можа падлегчы частковаму або поўнаму амярцьвевеньню і гнілотнаму разлажэньню. І вось гэтыя процэсы нагнаення і разлажэньня могуць давесці да сьпісу. Урэшце што зьяўляецца найбольш сур'ёзным і небясьпечным момантам—гэта магчымасьць злоякаснага перараджэньня пухліны. Спачатку навольна растуца і абмежаваная фіброміома можа атрымаць хуткі рост і перарадзіцца ў саркому з усімі сумнымі вынікамі.



Мал. 98. Маціца з падсільзінічнай міомай, якая ўдаецца ў поласьць маціцы ў выглядзе поліпу.

Адсюль выцякае, што хвора, у якой ёсьць фіброміома маціцы, павінна быць пад наглядам урача, каб пры зьяўленьні паказаньня сваячасова распачаць лячэньне.

Лячэньне. Фіброміомы, якія не выклікаюць ніякіх сымптомоў і скарг з боку хвора, не патрабуюць ніякага лячэньня, асабліва ў жанчын клімактычнага ўзросту, бо ў гэтым узросьце пухліны гэтыя разам з маціцай, якая атрофіруецца, зьмяншаюцца ў аб'ёме аж да зьнікненьня. Пака-

заньнямі да лячэньня фіброміом зьяўляюцца велічыня пухліны і сымптомы, выклікаемыя ёю,—сярод іх, галоўным чынам крывяцязьненні, далей—зьявы перакручваньня ножкі падбрушынных фіброміом, нараджэньне падсільзінічнай міомы і, бязумоўна, перш за ўсё зьявы пачатку злоякаснага перараджэньня (хуткі рост і болі).

Што датычыць спосабаў лячэньня, то іх ёсьць два: операцыя і рэнтгенотэрапія. Як палітыў, ужываюцца часамі пры крывяцязьненьнях крывяспыняючыя сродкі, гарачыя

спрынцаваньні і нават выскабленьні. Але ім ня варта надаваць вялікага значэньня: яны звычайна ніякіх вынікаў не дзюць і траціць час на іх прымяненне бескарысна, бо рана ці позна прыходзіцца зварачацца да нажа. Што датычыць рэнтгенотэрапіі, то ў гэтым пытаньні ня існуе ў гінеколёгаў адзінадушной думкі. Адно аддаюць перавагу апэрацыйнаму лячэньню перад рэнтгенам, пакідаючы за апошнім лячэньне толькі тых фіброміом, на якія хварэюць жанчыны ў клімактэрычным пэрыодзе. Другія ўжываюць выключна рэнтгенотэрапію і толькі тады, калі яна не дае пажаданых вынікаў, робяць апэрацыю. Але праў проф. Выдрын. які мірыць абодвы погляды, кажучы, што „трэба лячыць ня міому, а хворую на міому, і таму кожны гінеколёг павінен выбіраць той спосаб лячэньня, які індывідуальна падыходзіць да яго хворай“. Але ў наш час пытаньне стаіць так, што большасьць гінеколёгаў, прымаючы пад увагу некаторыя адмоўныя бакі рэнтгену, зварачаецца да апэрацыйнага ўмяшаньня.

Апрача мацічных фіброміом, сустракаюцца яшчэ (надта рэдка) чыстыя фібромы яечнікаў. Яны маюць шарападобную або яйцападобную форму, шчыльную консыстэнцыю, сядзяць на ножцы і ўладаюць вялікаю рухомасьцю.

*Кістомы яечнікаў.* Апрача рэтэнцыйных кіст яечніка, аб якім гутарка была вышэй, адно з першых месц сярод іншых добракасных новаўтварэньняў жаночых палавых органаў займаюць так званыя сапраўдныя пухліны яечніка. Да іх належыць кістоадэномы і дэрмоіды.

Кістоадэномы маюць залозістую будову і падзяляюцца на залозістыя і сыскаватыя кістомы. Кісты гэтыя бываюць аднакамерныя і многакамерныя. Большасьць з іх мае ножку рознай даўжыні і таму вызначаюцца вялікай рухомасьцю. Апроч гэтых рухомах пухлін на ножцы, назіраюцца кісты, якія разьвіваюцца паміж лісткамі шырокай зьвязкі (інтралігамэнтарныя кісты).

Залозістыя кістомы хутка растуць і часам дасягаюць вялізарных разьмераў і вагі ў 50 і больш кілё. Яны напоўнены сьлізавай цягучай масай (мал. 99). Сыскаватыя кісты растуць навольна, значнай велічыні не дасягаюць і зьмяшчаюць у сабе сэрозную вадкасьць.

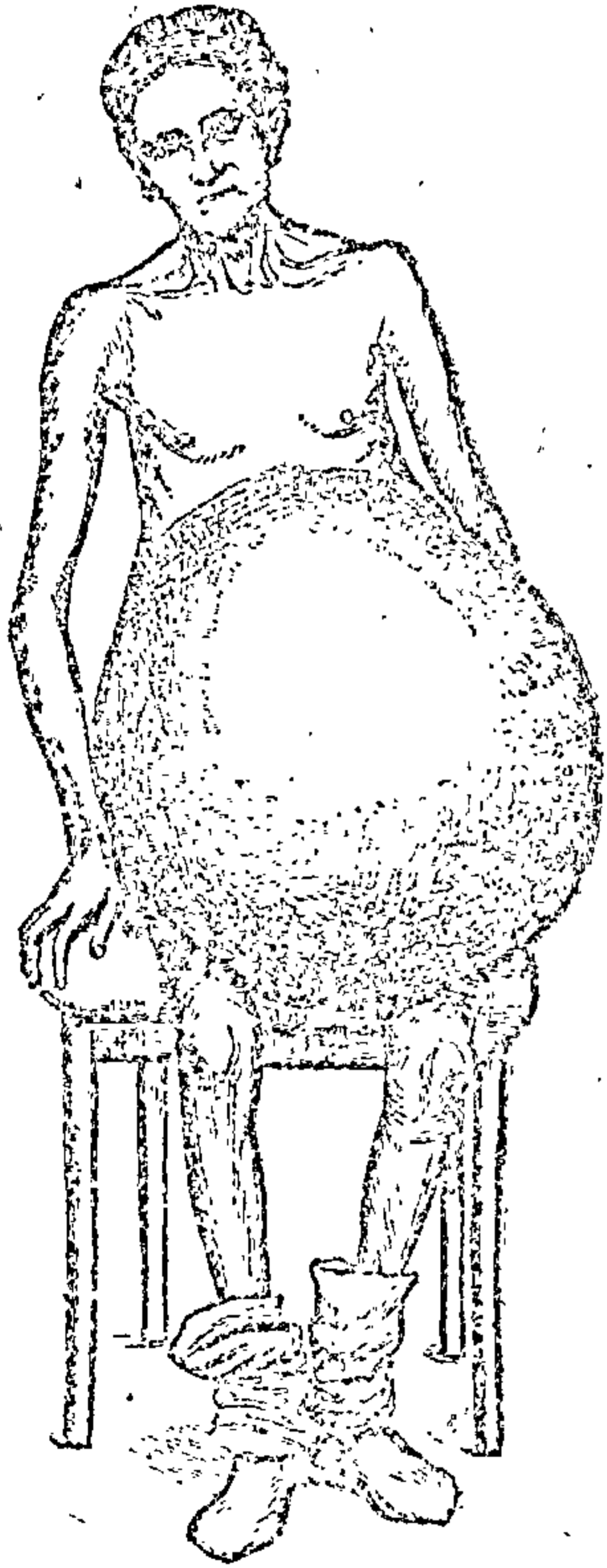
Дэрмоіды — гэта кісты, якія даволі часта сустракаюцца і ў поласьці якіх знаходзіцца сала, косьцевыя пласьцінкі, зубы, валасы, часткі скуры, нэрвовая тканка і да т. п. Яны растуць



павольна, сядзяць на ножцы, добра рухомыя і звычайна змяшчаюцца сьпераду маціцы. Яны маюць шарападобную форму і рэдка дасягаюць значнай велічыні.

Усе памянёныя пухліны яечнікаў, як і фіброміомы маціцы, часта не даюць ніякіх сымптомаў і выяўляюцца толькі пры дасьледваньні жанчыны з якога-небудзь іншага поваду. Але, дасягаючы вялікіх разьмераў, яны таксама, як і фіброміомы, могуць выклікаць розныя расстройствы з боку суседніх органаў. Апрача таго, яшчэ часьцей, чым фіброміомы, пухліны яечнікаў могуць суправаджацца рознымі аскладненьнямі вельмі сур'ёзнага характару.

Адным з даволі частых і сур'ёзных



Мал. 99. Хворая з вялізарнай кістомай.



Мал. 100. Перакручваньне ножкі кісты.

аскладненьняў зьяўляецца перакручваньне ножкі пухліны (мал. 100).

Некаторыя кісты маюць такую доўгую ножку, што іх можна прасоўваць у падраброўе, або іх там знаходзяць, і чым даўжэй ножка, тым яна часьцей перакручваецца. Раптоўнае перакручваньне ножкі суправаджаецца надзвычайна бурнымі зьявамі,

якія нагадваюць зьяву ўшчэпленай грыжы (рэзкія болі, нудзеньне, ваніты, мэтэорызм, часты і малы пульс і іншыя зьявы раздражненьня брушны). Калі сваячасова ня будзе падана апэрацыйная дапамога, то перакручаная кіста робіцца амярцьвелаў, пачынаецца нагнаеньне і гнілотнае разлажэньне.

Але і бяз перакручваньня ножкі ў кісьце можа зьявіцца нагнаеньне з прычыны ўнядрэньня ў яе бактэрыў праз лімфатычныя і крывяносныя судзіны, або з прычыны інфэкцыі з кішочніка. Такое аскладненьне можа дзесьці да сьмяротнага пэрытоніту.

Сур'ёзнейшым аскладненьнем зьяўляецца яшчэ злоякаснае перараджэньне кісты.

2. Злоякасныя новаўтварэньні. Да злоякасных новаўтварэньняў у жаночай палавай сфэры належаць: рак, саркома і хорыён-эпітэліома.

*Рак (карцынома, канцэр)* — сустракаецца на знадворных ползвых частках, у похве, на маціцы і на яечніках.

*Рак знадворных палавых органаў і похвы.* Рак знадворных палавых органаў (вульвы) і похвы сустракаецца значна радзей, чым рак унутраных палавых органаў. Хварэюць на яго звычайна жанчыны ў пажылым узросьце. Месцам утварэньня раку вульвы зьяўляецца палавыя губы, вобласць клітора і ўрэтры. Рак похвы звычайна разьмяшчаецца на задняй сьценцы каля заднага зводу.

Рак вульвы можа быць пяршачным, г. зн. ён можа разьвіцца самастойна, або другачным — у выніку пераходу ракавага процэсу з суседняга органу (мачавога пузыра, маціцы). Рак похвы звычайна бывае другачным.

Зьяўляючыся спачатку ў выглядзе невялікага вузляка, ён не дае ніякіх сымптомаў. Потым вузлялок распадаецца і робіцца язваю з крывяністымі і смуроднымі выдзяленьнямі, якія маюць выгляд мясных памыяў. Апрача язвеннай формы рак можа разьвіцца і ў выглядзе разрашчэньняў, нагадваючых кьвятную капусту, або ў выглядзе шчыльнага інфільтрату, які разьмяшчаецца ў тоўшчы тканкі.

Цячэньне, сымптомы і вынік рака знадворных палавых частак і похвы такія-ж самыя, як і ўсякіх злоякасных новаўтварэньняў усякага органу. Ракавы процэс пашыраецца на суседнія залозы, на клеткавіну і дае мэтастазы (пераносы) у недалёка ляжачыя і аддаленыя органы. Сымптомы, апрача ўказа-

ных вышэй крывяністых і смуродных выдзяленьняў,—нясьцерп-  
ныя болі, пачуцьцё пякучасьці і сьвербу ў полавых частках.  
Да іх потым далучаюцца рэзкае малакроўе, кахексія, упадак  
жыўленьня, страта ў вазе і іншыя зьявы атручаньня организму,  
якія, нарэшце, вядуць да гібелі хворых.

Вылячэньне магчыма толькі шляхам сваячасова зробленай  
опэрацыі. Калі-ж з опэрацыяй спазьніліся, то некаторыя надзеі  
падае лячэньне радыем і рэнтгенам.

*Рак маціцы.* Рак полавых органаў, галоўным чынам маціцы,  
сапраўды лічыцца бічом жанчыны. Ад гэтай хваробы штогадова  
паміраюць тысячы жанчын. Статыстыка капіталістычных краін  
гаворыць аб тым, што рак маціцы паражэе пераважна тыя слаі  
насельніцтва, якія знаходзяцца ў няспрыяльных соцыяльных  
умовах, і што ў апошнія гады ў гэтых краінах рак значна рас-  
паўсюдзіўся ў сувязі са зьніжэньнем эаанамічнага ўзроўню  
працоўных.

Этыолёгія раку наогул і ў прыватнасьці раку маціцы, за-  
стаецца пакуль што нявысьветленай.

Рак паражэе жанчыну пераважна ва ўзросьце ад 40 да 60 год.  
Аднак, апісаны выпадкі захворваньня ракам малдых дзяўчын  
і вельмі старых жанчын.

Бывае рак шыйкі і рак цела маціцы; яны адрозьніваюцца  
адзін ад аднаго сваёй частасьцю, цяжэньнем і злоякаснасьцю. Шыйка  
маціцы часьцей паражэецца ракам, чым цела яе і цяжэньне гэтага  
раку больш хуткае і больш злоякаснае.

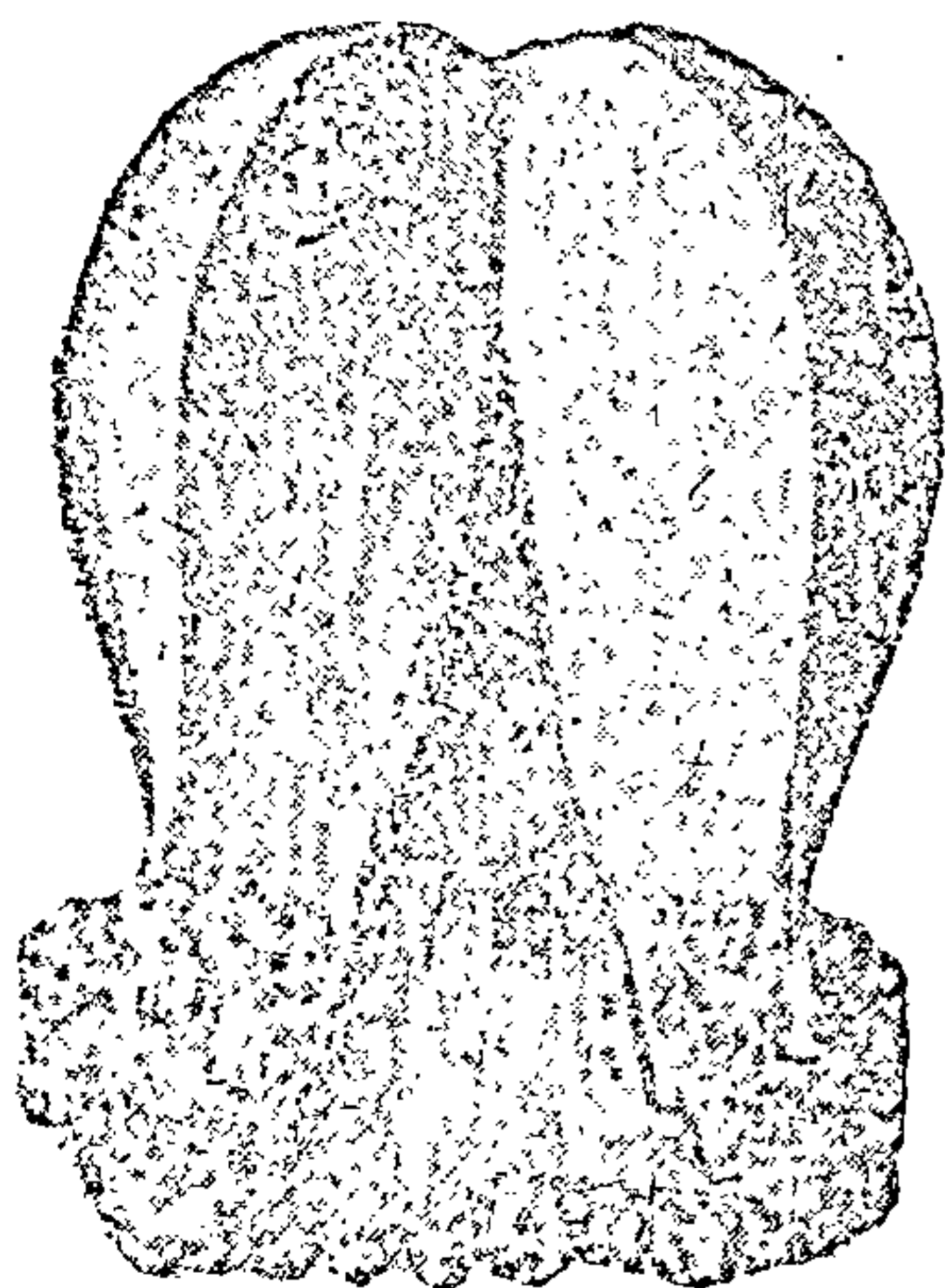
*Рак шыйкі маціцы.* Рак шыйкі маціцы разьвіваецца або  
ў форме вялікіх разрастаньняў на паверхні похвавай часткі, на-  
гадваючых галоўку цьвятнай капусты, або ў форме зьязаваньня  
падобнага да звычайнай эрозіі. Пры першай форме рак распаў-  
сюджваецца па паверхні, а пры другой язва павялічваецца па  
акружыне і ў глыбіню, паступова разьяздае ўсю похваваю частку  
і ўтварае крывяточачную і кратэрападобную язву. У далейшым  
пры той і другой форме ракавы процес пераходзіць на канал  
шыйкі маціцы, на зводы похвы, клеткавіну і залозы (мал. 101, 102)

*Сымптомы.* Нажаль, спачатку захворваньня хворыя не ад-  
чуваюць нічога такога, што прымусіла б іх шукаць мэдычнай  
дапамогі. Калі ў іх зьяўляюцца белі або ўзмацняюцца выдзя-  
леньні, то яны не надаюць ім ніякага значэньня. Толькі калі белі  
набываюць бураватую афарбоўку або выгляд мясных памыяў  
і няпрыемны пах, ці калі ў прамежках паміж рэгуламі зьяўляюцца

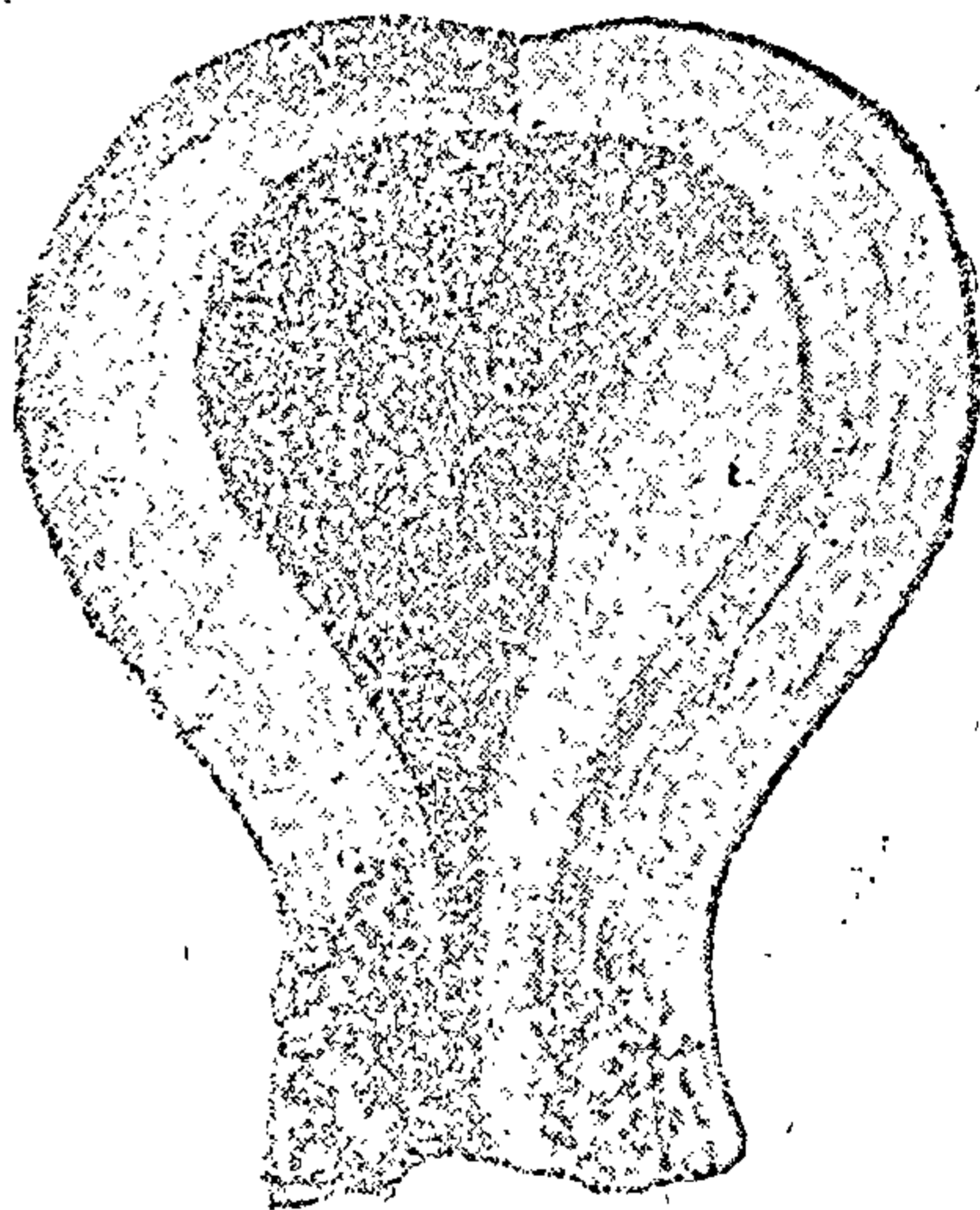
крывяністыя выдзяленьні пасьяла полавых зносін або пасьяла спрынцаваньняў і да т. п.—тады толькі хвора я зварачаецца за мэдычнай парадаю. А між тым гэтыя два сымптомы (смуродныя белі і крывяністыя выдзяленьні) зьяўляюцца ўжо позьнімі прызнакамі раку, якія сьведчаць аб распадзе пухліны.

Пры далейшым разьвіцьці процэсу, калі рак шыйкі пераходзіць за межы маціцы ў клеткавіну, даходзіць да сьценак таза і сьціскае нэрвы, хвора я адчувае рэзкія болі.

У наступнай стадыі рак пашыраецца на суседнія органы (мачавы пузыр, мачаточнік, прамую кішку), дае мэтастазы ў аддаленыя органы ўсяго цела (печань, лёгкія, ныркі, косьці)



Мал. 101. Рак похвавай часткі.



Мал. 102. Цэрвікальны рак.

і выклікае цэлы рад пакутных зьяў і атручаньне организму прадуктамі распаду, пасьяла чаго надыходзіць сьмерць. Працягласьць жыцьця пры раку шыйкі маціцы роўна ад  $1\frac{1}{2}$  да  $2\frac{1}{2}$  год.

Распазнаваньне (дыягностыка) раку шыйкі маціцы грунтуецца на клінічнай карціне гэтага захворваньня і на старым дасьледваньні хвора я. Раньняе распазнаваньне мае вялікае значэньне ў сэнсе сваячасовага апэрацыйнага ўмяшаньня. Скаргі хвора я на зьяўленьне кропель крыві пасьяла полавых зносін, на ўзмацненьне беляй з дамешкаю крыві і на дрэнны пах гэтых выдзяленьняў павінны выклікаць ва ўрача і ў кожнай акушэркі думку аб разьвіцьці ў гэтай хвора я раку. Падазрэньне на рак

павінна яшчэ больш узмацніцца, калі жанчына, якая знаходзіцца ў клімактерычным перыядзе, прыходзіць са скаргаю на тое, што пасля доўгай паўзы „рэгулы зноў вярнуліся“ да яе. Урач такую хворую павінен старанна даследваць, а акушэрка абавязана зараз-жа накіраваць яе ў адпаведную лекавую ўстанову. У тых выпадках, дзе ёсць ужо разрашчэньні, крагэрападобная язва і распад, дыягноз ясны. Але калі ёсць толькі эрозія, крывяточачая пры дакрананьні пальцам або зондам, то яна павінна лічыцца падазронай, і для высвятленьня характару яе патрэбна пробная эксцызія для мікроскопічнага даследваньня.

Але аднаго распазнавання рака шыйкі маткі яшчэ мала; неабходна яшчэ вырашыць пытаньне, ці надлягае даны выпадак апэрацыі, або апошняя не дасягне мэты. Трэба ўстанавіць, як далёка зайшоў процэс або абмяжоўваецца ён адной маціцай, ці ўжо выходзіць за межы яе; ці маціца рухомая або, будучы акружана інфільтратам або спаяна з суседнімі органамі, яна абмежавана ў сваёй рухомасьці. Ад гэтых даных залежыць вырашэньне пытаньня аб магчымасьці апэрацыйнага ўмяшаньня.

Лячэньне. Пры выяўленьні рака шыйкі маціцы, калі выпадак незпусчаны, трэба зараз-жа зрабіць радыкальную апэрацыю. У запушчаных выпадках, дзе апэрацыя немагчыма, удаецца часта выратаваць хворую, або ва ўсякім разе, дасягнуць вялікіх посьпехаў прымяненнем прамяністай энэргіі, г. зн. праменьняў рэнтгену і радыю. Радыётэрапія дае значныя паляпшэньні, ачышчае язвы ад распаду, залечвае іх і зьнішчае цяжкія сымптомы.

Нажаль, ня ўсякая хворая па той або іншай прычыне мае магчымасьць карыстацца радыётэрапіяй і не заўсёды апэрацыя або лячэньне радыем дае стойкае вылячэньне; нярэдка пасля гэтых спосабаў лячэньня назіраюцца рэцыдывы<sup>1)</sup>—тады няшчасным хворым прыходзіцца аказваць апошнюю дапамогу, каб яны пры павольным паміраньні не адчувалі неймаверных пакут. Для зьнішчэньня смуроднага паху ад выдзяленьняў з палавых органаў прызначаюцца спрынцаваньні растворам марганцава-кіслага калію, пры значных крывячачэньнях робяць выскабленьне або прыпальваньне пакеленам, а для палягчэньня боляў ня трэба шкадаваць морфію. Пры ўсім гэтым на долю сярэдняга мэдпэрсоналу прыпадае цяжкі абавязак догляду такіх хворых.

<sup>1)</sup> Зварот хваробы.

*Рак цела маціцы.* Рак цела маціцы сустракаецца радзей, чым рак шыйкі, працякае больш павольна і бывае менш злоякасным. Назіраецца ён амаль выключна ў жанчын ва ўзросьце 50—60 год і вышэй (мал. 103).

Сымптомы: зьяўленьне беляй, спачатку вадзяністых, а затым збыткоўных і густых, да якіх потым дамешваецца сукравіца з дрэнным пахам і часта значныя крывацячэньні з дамешкаю крышак. Калі ня ўжываецца ніякіх мер, то далучаюцца симптомы далейшага распаўсюджаньня процэсу на суседнія органы.

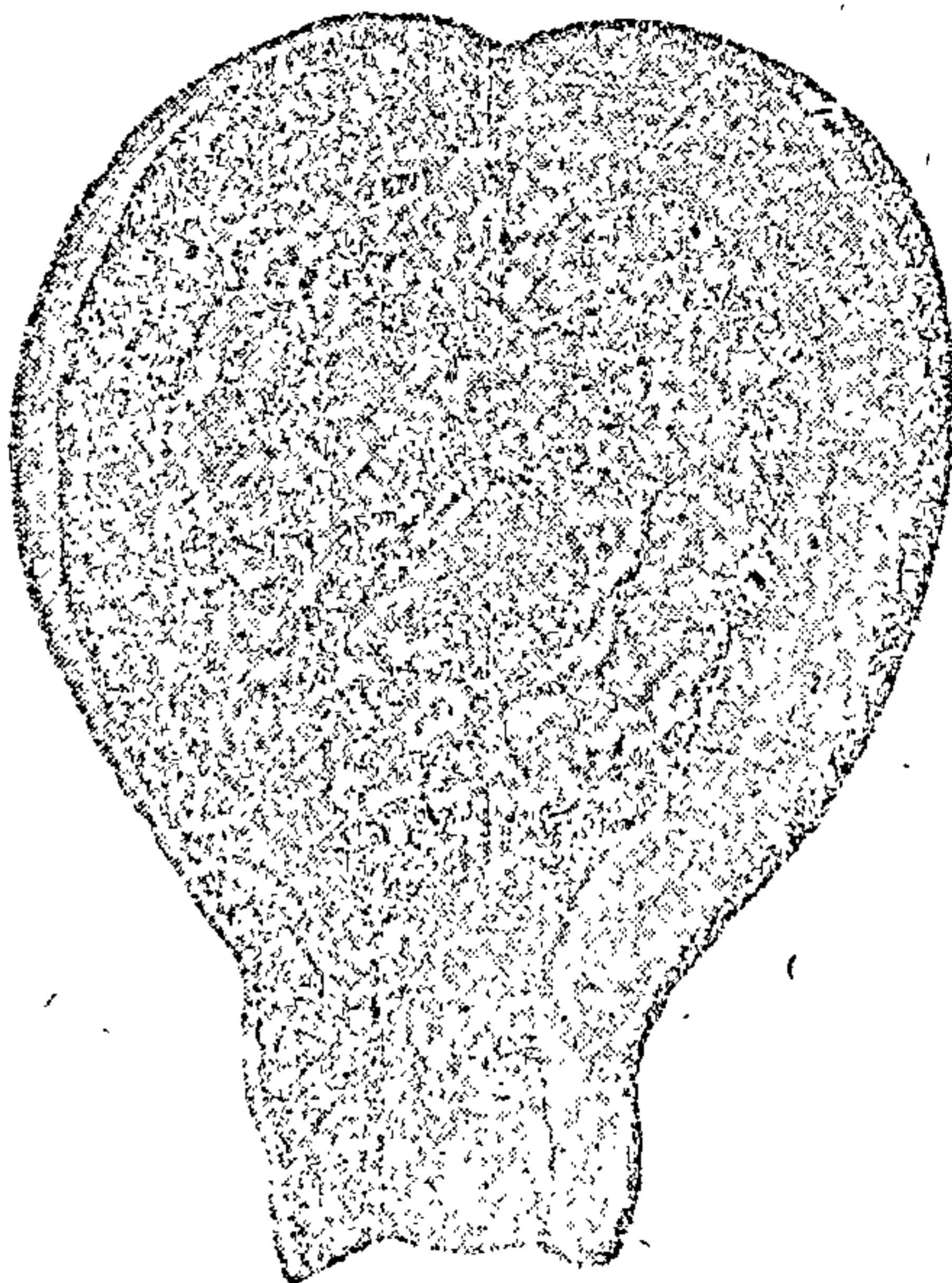
Сваячасова распазнаны і опэраваны рак цела маціцы дае лепшае прадказаньне, чым рак шыйкі, у сэнсе меншай магчымасьці рэцыдываў.

Для пастаноўкі дыягнозу ў няясных выпадках неабходна зрабіць пробнае выскабленьне і саскэб мікроскопічна дасьледваць.

Што датычыцца лячэньня, то яно можа быць толькі опэрацыйным.

*Профіляктыка.* З прычыны таго, што посьпех лячэньня раку залежыць ад раньняга распазнаваньня яго, ад сваячаснага звароту за лекавай дапамогай і ад сваячасовай опэрацыі, то, зразумела, што неабходна, каб само насельніцтва было знаёма з раньнімі прызнакамі гэтага захворваньня, каб яно ведала, якую небяспеку нясе гэта хвароба, і каб яно сваячасна зварачалася за мэдычнай дапамогай.

У гэтых адносінах можа многа зрабіць санітарная асьвета. З другога боку, неабходна організацыя шырокай сеткі такіх устаноў, куды накіроўваліся б хворыя, у якіх падазраецца захворваньне на рак. Недарма нашы органы аховы здароўя, будучы заклапочанымі пытаньнем барацьбы з гэтым грамадзкім ворагам, арганізавалі і арганізуюць



Мал. 103. Рак цела маціцы.

ваюць навукова-дасьледчыя інстытуты і лябораторыі, склікаюць зьезды для вывучэння гэтага пытання і адкрываюць лекава-профіляктычныя ўстановы для выяўленьня выпадкаў захворваньня і для аказаньня захварэўшым неабходнай дапамогі.

Роля акушэркі ў гэтых адносінах вельмі значная. Апрача санітарна-асьветнай работы, якую яна можа і павінна праводзіць на сваім пасту, яна павінна сярод жанчын, што зварачаюцца да яе—выяўляць такіх, якія па сваіх скаргах зьяўляюцца падазронымі ў сэнсе пачатку ў іх захворваньня на рак. Такіх хворых акушэрка абавязана безадкладна накіроўваць да спэцыяліста для дакладнага ўстанаўленьня дыягнозу і для адпаведнага лячэньня. Каб не зрабіць дрэннага псыхічнага ўплыву на хворую яна павінна ў асьцярожнай форме, толькі намякаючы або нават нічога не гаворачы аб прадпалагаемым захворваньні, пераканаць хворую ў неабходнасьці тэрміновага звароту да ўрача. Сапраўдны стан рэчаў акушэрка можа адкрыць толькі акружаючым хворую з тым, каб яны ўжылі неабходныя меры да раньняга ўрачэбнага ўмяшаньня. Можа аказацца, што ў некаторых выпадках падазрэньні акушэркі будуць неабаснаванымі, але калі з дзесяці выпадкаў адна хворая, дзякуючы яе парадзе і настойваньням будзе сваячасна опэравана і такім чынам выратавана ад няўхільнай гібелі, то задача акушэркі будзе выканана.

*Рак яечнікаў.* Рак яечніка сустракаецца нячаста і рэдка бывае пяршачным, а звычайна разьвіваецца на глебе перараджэньня кістомы або мэтастазу з іншых органаў.

Сымптомы тыя-ж самыя, як і пры раку маціцы. Часта назіраецца асцыт (накапленне вадкасці ў брушной поласьці).

Лячэньне опэрацыйнае.

*Саркома.* У жаночнай палавай сфэры саркома сустракаецца ў маціцы і ў яечніках.

*Саркома маціцы.* Саркома маціцы ў процілегласьць раку, паражае часцей цела, чым шыйку маціцы. Яна можа разьвівацца самастойна, пяршачна або ў выніку перараджэньня фіброміомы. Саркомы назіраюцца, галоўным чынам, у маладых жанчын, часта ў нераджаўшых і нават ня жыўшых палавым жыцьцём, але сустракаюцца і ў нажылым узросьце. Яны вызначаюцца хуткім ростам, злоякаснасьцю і раннім зьяўленьнем мэтастазаў.

**Сы м п т о м ы:** вадзяністыя выдзяленьні, крывячэньні, болі, асцыт, кахексія.

Лячэнне—тэрміновая і радыкальная операцыя. У многіх выпадках прыносіць карысць і лячэнне рэнтгенам.

*Саркома яечнікаў.* Сустракаецца яна рэдка і назіраецца таксама, як і фіброма яечніка, ва ўсякім, нават у дзіцячым узросце.

Сымптомы і лячэнне як і пры раку яечніка.

*Хорыонэпітэліома*—рэдкае злокаснае новаўтварэнне якое па характары і цяжыні блізка падыходзіць да рака цела маціцы і развіваецца пераважна з пухлінага заносу шляхам яго перараджэння. Пухліна гэта хутка расце, надзвычайна злокасная і вызначаецца крывацёчнасцю, якая даводзіць хворую да высокай ступені анэміі.

Лячэнне—выдаленне пухліны операцыйным шляхам разам з маціцай.

---



## РАЗЪДЕЛ ДЕСЯТЫ

### ПАШКОДЖАНЬНІ ЖАНОЧНЫХ ПОЛАВЫХ ОРГАНАЎ

Боьшасьць пашкоджаньяў жаночых полавых органаў адбывецца ў часе родавага акту, а імяна: разрывы прамежжа, похвы, шыйкі, а часамі і маціцы. Гэтыя пашкоджаньні апісваюцца ў падручніках па акушэрству.

Іншага роду пашкоджаньні назіраюцца пры выпадковых вытненьнях і паданьні на цьвёрдыя і вострыя прадметы, прычым на знадворных полавых частках утвараюцца падскурныя крывязьліцьці (гэматы), а часамі і розныя раны. Далей, часта атрымліваюцца глыбокія разрывы дзявочай плявы пры першых полавых зносінах, якія суправаджаюцца вялікім крывячэньнем і патрабуюць тэрміновай дапамогі. Пры бурных полавых зносінах можа адбыцца таксама разрыў похвы, пераважна ў заднім зводзе. Пашкоджанья часткі могуць інфэктавацца і нагнойвацца.

Лячэньне: пры невялікіх сьвежых параненьнях дастаткова прымочак з буравай вадкасьці або сьвінцовай вады і ўтрыманьня ран у абсалютнай чыстаце. Пры значным крывячэньні неабходна шчыльна затампонаваць крывяточачыя месцы (асабліва пры разрыве похвы і ў вобласьці клітара) і зараз-жа накіраваць хворую ў больніцу для накладаньня швоў. У інфэктаваных выпадках лячэньне вядзецца па агульных правілах хірургіі.

У сэнсе профіляктыкі неабходна зноў падкрэсьліць, што ўсякая рана можа служыць уваходам для пранікненьня бактэрыі і таму з боку даглядаючага пэрсоналу патрабуецца ўважлівы догляд за ранай.

Самым сур'ёзным і небясьпечным для жыцьця пашкаджэньнем зьяўляецца прабадзеньне (пэрфарацыя) маціцы. Яно назіраецца пры плодавыгнаньні, якое робіцца нелегальна бабкамі і іншымі неасьвечанымі асобамі. Гэтыя „опэратары“

звычайна ўжываюць для абарту такія прадметы, як катэтары, бужы, шпількі, вязальныя пруткі, гусіныя пер'і, цвікі і да т. п. Спосаб утварэньне абарту такімі „Інструмантамі“, ды яшчэ бруднымі рукамі ў самай антысанітарнай абстаноўцы, амаль заўсёды вядзе да сьмяротнага выніку ад пэрытозіту і агульнага заражэньня организму.

Пэрфорация маціцы часамі назіраецца пры штучным аборце, які ўтвараецца нават вопытным урачом у больнічнай абстаноўцы. Такая сграшная траўма наносіцца звычайна пры неасьцярожным карыстаньні зондам, расшыральнікамі, корнцангам і кюрэткамі. Але такія выпадкі пэраўнаўча рэдкія і, дзякуючы магчымасьці аказаньня хуткай дапамогі, у большасьці сваёй канчаюцца шчасьліва. Адпаведны дэкрэт савецкай улады даў вынікі: ён даў магчымасьць працоўным жанчынам пазбавіцца ад непажаданай цяжарнасьці з мінімальнай рызыкай для іх здароўя, і выпадкі прабадзеньня маціцы з грознымі вынікамі сталі адносна рэдкімі.

У гэтых выпадках роля акушэркі ясная: яна ўсякімі мерамі павінна на сваім вучастку змагацца з нелегальнымі абортамі, растлумачваючы жанчынам, што, давяраючыся бабкам і шаптухам, яны на толькі рызыкуюць сваім здароўем, але і жыцьцём, і што зрабіўшы аборт у лекавай установе, яны могуць быць застрахаваны ад сур'ёзных аскладненьняў. Яна яшчэ большую паслугу зробіць жанчыне, калі ёй пашанцуе ўгаварыць яе зусім адмовіцца ад гэтай думкі і застацца цяжарнай, бо штучны аборт усё-ж такі сур'ёзная апэрацыя нават і тады, калі ён праводзіцца пры самых спрыяльных умовах.

## І. ІНШАРОДНЫЯ ЦЕЛЫ Ў ПОХВЕ І МАЦІЦЫ

Жанчыны часта зварачаюцца да ўрача або акушэркі з просьбаю выдаліць з похвы іншароднае цела, якое было ўведзена з тою або іншаю мэтай і якое яны з якой-небудзь прычыны ня могуць выдаліць. У похве можна выявіць мацічныя колцы, тампаны, кавалкі ваты, адломкі наканцоўнікаў пасля спрынцаваньняў. Прадметы гэтыя былі ўведзены з тэрапэўтычнай мэтай. Часамі знаходзяць там коркі, шпулькі, памадныя банкі, мячкі і да т. п. уведзеныя самою хвораю ў мэтах мастурбацыі (омавізму). Вышэй было ўказана, што для перапыненьня цяжарнасьці ўводзяцца шпількі, бужы, катэтары, гусіныя пер'і ды інш.

Усе гэтыя іншародныя целы могуць знаходзіцца ў похве даволі доўгі час, не выклікаючы ніякіх сымптомаў і скарг з боку хворых. У іншых выпадках яны выклікаюць успаленьні похвы, гнойныя смуродныя выдзяленьні, крывацязьні і язвы аж да ўтварэньня сьвішчоў.

Назіраюцца выпадкі знаходжаньня іншародных цел у маціцы, або праніканьня іх з маціцы ў мачавы пузыр і нават у брушную поласьць. Такія выпадкі часта канчаюцца пэрытонітам.

Апісаны таксама выпадкі, калі ў часе апэрацыі чэравасячэньня па няўважлівасьці або неахайнасьці ў брушной поласьці пакідаецца марлевы тампон або заціскальнік і да т. п. Будучы стэрыльнымі, яны доўгі час могуць бяз шкоды заставацца ў брушной поласьці, але нарэшце яны даюць сябе адчуваць.

Лячэньне заключаецца ў выдаленьні іншароднага цела. Мацічныя колцы часамі так унядраюцца ў тканкі похвы, што прыходзіцца папярэдне расьпілоўваць іх дрогавай пілою або пераломваць касьцявымі нажніцамі. Іншародныя целы, трапіўшы ў брушную поласьць, павінны быць выдалены шляхам чэравасячэньня.

Для папярэджаньня аскладненьняў, выклікаемых доўгім насьленьнем мацічнага колца, неабходна, як гэта ўжо ў іншым месцы было ўказана, каб носьбітка колца было ўвесь час пад урачэбным кантролем і каб хворая акуратна спрыцывалася ў мэтах утрыманьня колца ў чыстаце.

Было таксама ўжо ўказана, што ў часе апэрацыі чэравасячэньня асобы, якія прымаюць удзел у апэрацыі, павінны весьці дакладны ўлік тампонаў і інструмантаў і перад зашываньнем брушной раны пераканацца, што ніводзін з іх не пакінуты ў брушной поласьці.

## II. СЬВІШЧЫ

Сьвішчамі называюцца ненормальныя ходы, якія ўтвараюцца паміж похвай і маціцай, з аднаго боку, і мачавым пузыром і кішочнікамі — з другога. Адрозьніваюць урэтральна-похвавныя, пузырна-шыйкавыя і похвава-кішочныя сьвішчы. Сьвішчавая адтуліна бывае рознай велічыні, ад ледзь праходнай для тонкага зонду адтуліны да поўнага зруйнаваньня перагародкі паміж органамі.

У большасьці выпадкаў сьвішчы ўтвараюцца ў часе родаў ў выніку доўгага прыцісканьня мяккіх тканак паміж галоўкай

плода і задняй паверхняй лоннай дугі, што звычайна бывае пры неадпаведнасці паміж галоўкай плада і разьмерамі таза. Такое доўгае прыцісканьне вядзе да амарцьвення тканак і да ўтварэння струпа; пасля адпазнення струпа ўтвараецца сьвішч.

Пашкоджаньне тканак, якое вядзе да ўтварэння сьвішчоў, можа адбыцца ў часе родаў пасля трудных шчыпцоў, пры прымяненні вялікай сілы, а таксама пасля гінэколёгічных операцый гнойных процесаў і пры запушчаных злоякасных новаўтварэннях.

Хворыя скардзяцца галоўным чынам на адвольнае і бесьперапыннае выдзяленьне мачы праз похву, на распаўсюджаньне навокала сябе няпрыемнага паху мачы (пры мачаполавых сьвішчах), на выдаленьне калу і адыход газаў праз похву (пры похвавакішочных сьвішчах). Дакладны дыягност устанаўляецца аглядам зондаваннем, цыстоскопіяй і іншымі мэгодамі дасьледваньня. Сьвішчы выклікаюць яшчэ розныя аскладненьні з боку мачавога пузыра і нырак, похвы і іншых суседніх органаў.

Лячэньне. Нязначныя па разьмеры пузырна-похлавыя сьвішчы часта загойваюцца бяз усякага ўмяшаньня. Неабходна толькі ўвесці ў мачавы пузыр пастаянны катэтэр. Лёгка загойваюцца таксама калавыя сьвішчы пры ахайным утрыманьні похвы.

У іншых выпадках робяць прыпадваньне ляпісам, электрычнасьцю і да т. п. Калі ўсімі гэтымі сродкамі не ўдаецца дабіцца зарубцаваньня сьвішча, або калі велічыня сьвішча з самага пачатку не гарантуе посьпеху ад гэтых сродкаў, то прыходзіцца зварацца да хірургічнага лячэньня.

З прычыны таго, што большасьць назіраемых сьвішчоў адбываецца на глебе родавага акту, то профіляктыка перш за ўсё зводзіцца да забесьпячэньня насельніцтва кваліфікаванай акушэрскай дапамогаю. І сапраўды, у апошні час, дзякуючы расшырэньню сеткі радзільных дамоў і прытулкаў, колькасць сьвішчоў значна паменшылася.

Для папярэджаньня аскладненьняў даглядаючы персонал пазінен у пасляоперацыйным пэрыодзе сачыць за правільным палжэньнем уведзенага пастаяннага катэтэра, апушчанага ў мачапрыёмнік з дэзынфэктуючым растворам, і за выконваньнем хворай прадпісаньяў урача.

## РАЗЪДЗЕЛ АДЗІНАЦЦАТЫ

### БЯСПЛОДНАСЬЦЬ

Часта жанчына, звараचाючыся за гінэколёгічнай дапамогай, на першы пляв высоўвае якіясьці малаважныя скаргі, між тым як пры далейшым апытаньні выяўляецца, што галоўны мотыў, які прымусіў яе звярнуцца да ўрача, заключаецца ў пытаньні аб бесплоднасьці і аб сродках яе вылячэньня.

Статыстыкай устаноўлена, што ў сярэднім 10 проц. усіх шлюбаў бываюць бесплоднымі. Бесплоднасьць ня ёсьць самастойная хвароба, а толькі сымптом цэлага раду захворваньняў жаночнай палавой сфэры, або вынік якога-небудзь агульнага захворваньня жаночага арганізму.

Але не заўсёды прычыну бесплоднасьці трэба шукаць у жанчыны, бо часта вінавайцай бесплоднага браку зьяўляецца мужчына. Жанчына заўсёды схільна сваю няздольнасьць нараджаць дзяцей тлумачыць наяўнасьцю ў сябе якой-небудзь гінэклёгічнай хваробы, а мужа лічыць фізычна-здаровым, зьмешчаючы здольнасьць да палавога жыцьця са здольнасьцю да запладненьня. Між тым статыстыка паказвае, што ў 30 проц. выпадкаў бесплоднасьці віна падае на мужа, дзякуючы патолёгічнаму стану яго семя (спэрмы). Семя лічыцца няпрыдатным для запладненьня, калі ў ім няма семянных віцьяй (спэрматозоідаў), або калі апошнія наяўны ў малой колькасьці, ці калі яны нярухомы. Запладненьне, вядома, ня можа адбыцца і ў тым выпадку, калі семя пры палавых зносінах зусім не выкідаецца. Усе гэтыя віды патолёгічнага стану семя ў пераважнай колькасьці выпадкаў бываюць на глебе перанесенай мужам гонорэі, якая аскладнілася ўспаленьнем абедзьвюх палавых залоз.

Адсюль вывад: перш чым лячыць жанчыну ад бесплоднасьці, неабходна дасьледваць семя мужа. Аналіз семя павінен быць зроблены нават у тым выпадку, калі і ў жаны констатуецца якія-небудзь зьмены ў палавой сфэры.

Адрозніваюць жаночую бесплодность пяршачную і другачную, абсолютную і адносную.

Пяршачная—гэта тая, калі цяжарнасць па тых або іншых прычынах наогул не наступае. Яна можа быць і абсолютнай, г. зн. такою, калі зачацьце ні ў якім выпадку немагчыма; яна можа быць адноснаю, г. зн. калі зачацьце ня выключана, але цяжарнасць усё-ж не наступае.

Другачнай бесплодностью лічыцца такая, калі пасля быўшай ужо цяжарнасці наступная не наступае на працягу доўгага тэрміну. Такая бесплодность зьяўляецца, вядома, разам з тым і адноснаю.

Прычыны жаночай бесплодності. Для зачацьця з боку жанчыны неабходны наступныя ўмовы: 1) нормальная овуляцыя; 2) магчымасць праходжання яйца праз філіпіеву трубу ў поласць маціцы; 3) здаровая сьлізевая абалонка маціцы, не перашкаджаючая прымацязанню запладненага яйца; 4) адсутнасць перашкод для пранікання сперматозоідаў у полавы канал і 5) жыццёвая дзейнасць сперматозоідаў. Адсутнасць адной з гэтых умоў вядзе да бесплодності. Таму мы жаночую бесплодность назіраем у наступных выпадках.

1) Пры прыроджанай адсутнасці або недаразьвітасці яечнікаў і маціцы, або пры выдаленні іх операцыйным шляхам, калі, зразумела, адначасова бывае і поўная адсутнасць мэнструацый.

2) Пры прыроджаным зарашчэнні і непраходнасці похвы.

3) Пры ўспалальных процэсах, пераважна гоноройнага характару і пухлінах абодвух яечнікаў, дзе наяўна зруйнаванне або кістознае перараджэнне ўсёй яечнікавай тканкі і фолікулярнага апарата. Ва ўсіх гэтых выпадках бесплодность будзе абсолютнай і, дзякуючы таму, што ўсе гэтыя прычыны неадхільныя, на наступленне цяжарнасці спадзявацца нельга.

Прычыны адноснай бесплодності наступныя:

1) Зарашчэнне дзявочай плавы;

2) Вагінізм;

3) Раззьяўленасць полавой шчыліны і разрывы прамежка, дзякуючы якім семя выцякае назад з похвы;

4) Прыроджаныя або набытыя пасля энэргічных прыпальваньняў стэнозы шыйкі, поліпы, якія закрываюць знадворную адтуліну або канал шыйкі;

5) Ненормальнае палажэнне маціцы (патолёгічная антэфлексія і рэтрофлексія).



Усе гэтыя пералічаныя моманты зьяўляюцца механічнымі перашкодамі да пранікнення семя ў поласьць маціцы.

6) Успаляльныя процэсы маціцы (эндомэтрыты, мэтрыты), падсьлізьнічныя міомы, перашкаджаючыя прымацаваньню яйца;

7) Успаляльныя процэсы труб і пакрываючай іх брушыны, якія вядуць да перагібаў, патоўшчаньняў і склейваньня іх сьцеінак і робяць іх не пераходнымі для яйца;

8) Успаленьне яечнікаў і акружаючай іх тканкі, кістознае перараджэньне іх пры ўмове наяўнасьці рэштак здаровай тканкі;

9) Занадта кіслыя похавыя выдзяленьні, якія забіваюць спэрматозоідаў і робяць іх нярухомымі.

Апрача мясцовых прычын, ёсьць яшчэ моманты агульнага характару, вядучыя да бесплоднасьці. Так, напрыклад, бесплоднасьць назіраецца пры тубэркулёзе, дыабэце, базэдавай хваробе, хлёрозе, атлусьценні, псыхічных хваробах, морфінізьме і інш.

Некаторыя лічаць адсутнасьць палавага імкненьня і пачуцьця сласноты адной з прычын бесплоднасьці. Але выпадкі зачацьця пры знасіваньні і ў часе наркозу павінны абвяргнуць гэты погляд.

Ёсьць, урэшце, выпадкі бесплоднасьці, калі ні з боку мужа, ні з боку жаны няма ніякіх аб'ектыўных прычын, якімі можна было-б вытлумачыць іх бесплодны шлюб. Цікава пры гэтым наступная зьява: яны разводзяцца, муж уступае ў шлюб з другою жанчынаю, жана выходзіць за другога—і ў абодвух атрымліваецца жаданае і доўгачаканае патомства.

Прадказаньне і лячэньне бесплоднасьці. З прычыны таго, што бесплоднасьць зьяўляецца сымптомам рознастайных хвароб, то лячэньне зводзіцца да адхіленьня той або іншай хваробы, якая выклікае бесплоднасьць. Перш чым распачаць лячэньне жанчай бесплоднасьці, трэба раней устанавіць, як вышэй было ўказана, што вінавайцай бесплоднасьці не зьяўляецца муж. Што датычыцца прадказаньня, то яно залежыць ад формы і характару асноўнай хваробы. Відавочна, што змагацца з абсалютнай бесплоднасьцю мы бясьсільны, бо такія прычыны, як адсутнасьць або недаразьвіцьцё маціцы і яечнікаў і іншыя парокі разьвіцьця, неадхільныя. Ніякага эфэctu ў сэнсе зьнішчэньня бесплоднасьці ня можа таксама даваць лячэньне ўспаляльных процэсаў, зьнішчэйшых фолікулярную тканку яечнікаў. Некаторага посьпеху можна дасягнуць упартым і адпаведным лячэньнем тых успаляльных процэсаў яечнікаў, дзе ёсьць яшчэ рэшткі здаровай тканкі.

Тое-ж супроцьуспаляльнае лячэньне ўжываецца ў выпадках паражэньня фалёпіевых труб. Праходнасьць іх правяраецца мэтодам прадуваньня труб. Ён заключаецца ў тым, што пры дапамозе асобнага прыбору ў поласьць маціцы нагнятаецца паветра, якое з маціцы, пры праходнасьці труб, праз іх трапляе ў брушную поласьць. Праходжаньне паветра па трубе выслухоўваецца, як дуючы шум, стэтоскопам, прыкладзеным да брушной сьценкі над унутраным краем пупартавай зьвязкі.

Карыстаньне гэтым мэтодам супрацьпаказана пры гнойных выдзяленьнях з поласьці маціцы, пры хронічных, часта абвастраючыхся, успаляльных процэсах прыдаткаў і пры інфільтратах у тазавай вобласьці.

Аб бясплоднасьці, што выклікаецца мэханічнымі перашкодамі, можна пазбавіцца апэрацыйным шляхам.

Калі прычынаю бясплоднасьці зьяўляецца занадта кіслая рэакцыя похвавых выдзяленьняў, то нярэдка прыносяць карысьць похвавыя спрыцаваньні растворам соды (1 сталовая ложка соды на кружку вады перад сном).

У заключэньне трэба адзначыць, што ня гледзячы на дрэннае прадаказаньне, якое даюць многія выпадкі адноснай бясплоднасьці, ня трэба, аднак, пазбаўляць жанчыну надзеі на магчымасьць зрабіцца маткаю. Ня трэба гэтага рабіць, па-першае, таму, што пры тым або іншым спосабе лячэньня цяжарнасьць можа ўсё-такі, звыш чаканьняў, наступіць і, па-другое, таму, што бясплоднасьць і без таго прыгнятае нэрвовую сыстэму жанчыны, а безнадзейнасьць на вылячэньне можа зрабіць яшчэ горшы ўплыў на яе нэрвы і псыхіку.



## РАЗЪДЗЕЛ ДВАНАЦАТЫ

### ГІГІЕНА ЖАНЧЫНЫ

Гігіена пэрыоду полавага разьвіцьця. Дзяўчынка ўжо з дня нараджэньня мае патрэбу ў правільным доглядзе і ў ахоўваньні яе палавых органаў ад пранікненьня інфэкцыі. Гігіенічныя прадпісаньні, якія павінны выконвацца ў адносінах да нованароджаных, а таксама да дзяўчынак груднога ўзросту, апісаны ў адпаведных падручніках.

Але жаночы полавы апарат разьвіваецца і ў далейшым разам з ростам і разьвіцьцём усяго арганізму аж да наступленьня полавай сьпеласьці. І вось у гэтым пэрыодзе парушэньне гігіенічных правіл можа зрабіць згубны ўплыў ня толькі на агульны стан арганізму дзяўчыны, але і на нормальнае разьвіцьцё палавых органаў.

Мы вышэй ужо бачылі, што дзяўчынка ў самым раньнім дзіцячым узросьце можа заразіцца гонорэяй ад маткі або нянькі праз агульнае ложка, бялізну, губку і да т. п. Таму неабходна змагацца з прывычкай дарослых спаць з дзецьмі ў адным ложку. Варта таксама ўказваць маткам, што дакрананьне нячыстымі рукамі да знадворных палавых частак дзіцяці можа пацягнуць за сабою сур'ёзныя вынікі.

Хуткі рост арганізму і пералом, які адбываецца ў ім у пэрыодзе полавага дасьпяваньня, выклікае ў многіх дзяўчынак-падлеткаў розныя агульныя расстройствы. У параўнаньні з юнакамі, дзяўчынкамі, нажаль, усё яшчэ вельмі часта вядуць сядзячае жыцьцё, робяць менш рухаў на чыстым паветры, частаносяць негігіенічнае адзеньне і абутак і т. д. У выніку ўсіх гэтых фактараў мы часта чуем ад дзяўчынак школьнага ўзросту скаргі на галоўны боль, галавакружэньне, сэрцабіцьце, поцяг да сну, адсутнасьць апэтыту, запоры і іншыя зьявы малакроўя. У гэтым пэрыодзе, пры адсутнасьці правільнага нагляду за здароўем дзяўчынкамі

можа пацярапець ня толькі агульны стан яе організму, але і развіццё палавага апарата пойдзе ненормальным шляхам і ў пэрыодзе палавай сьпеласьці ён будзе няправільна функцыянаваць.

Адсюль вынікае, што для аховы здароўя дзяўчынкі-падлетка неабходна яшчэ з дзяцінства яе клапаціцца аб правільным харчаваньні, аб доглядзе за яе целам і нормальным фізычным развіццём. Захоўваньне чыстаты і іншых гігіенічных правіл, лёгкая гімнастыка, гульні на сьвежым паветры, рытмічныя рухі, купаньне, абціраньне цела—усё гэта дапамагае ўмацаваньню мускулатуры, узмацненьню апэтыту, адхіленьню запораў, правільнаму дыханьню і крывязвароту. Ніякія лякарствы, ніякія „железныя кроплі“, пілюлі і т. д. ня могуць большага зрабіць для здароўя і для папярэджаньня малакроўя, як сонца, чыстае паветра, чыстае цела і разумныя рухі ў выглядзе гімнастыкі і лёгкіх гульняў.

Няма чаго гаварыць аб тым, што цяжкая дзіцячая работа ў пэрыодзе палавага развіцця дзяўчынкі недапушчальна. Савецкі закон ахоўвае дзяцей і падлеткаў ад падобнай работы на фабрыках, заводах і іншых прадпрыемствах.

Гігієна пэрыоду палавай сьпеласьці. З часу зьяўленьня першых рэгул пачынаецца другі пэрыод у жыцьці жанчыны—пэрыод палавай сьпеласьці. Трэба, каб кожная матка перадачакемым зьяўленьнем першых рэгул папярэдзіла і азнаёміла сваю дачку з гэтай натуральнай зьявай, каб яна не захпіла яе зьнянацку, не перапалохала і не навяла страху.

Хоць мэнуацыя зьяўляюцца фізыялёгічным процэсам, тым ня менш яны ў многіх дзяўчынак і жанчым выклікаюць некаторыя, праўда, нязначныя расстройствы, а іменна: набраканьне грудзей, цяжкасьць у жываце або цягнучыя болі ў крыжы, пэўную стамляльнасьць, асабліва пры разумовай працы, і дрэннае агульнае самапачуцьце. Жаночы организм, як паказваюць назіраньні, у мэнуаальны пэрыод больш успрымальны да інфэкцыі і да розных захворваньняў. З прычыны гэтага кожная дзяўчына і кожная жанчына павіны ў часе месячных ахоўваць сябе ад розных шкоднасьцяў і выконваць наступныя гігіенічныя правілы.

1) Не ператамляцца цяжкаю фізычнаю працай, не паднімаць вялікіх цяжараў, не рабіць доўгіх падарожжаў пешшу, ня езьдзіць на вэлясыпэдзе, верхам на кані, не займацца спортам, ня прымаць удзелу ў стамляльных гульнях, тавцах і да т. п. Усе такія ўзмоцненыя рухі выклікаюць прыліў крыві да тазавых органаў і могуць шкодна адбіцца на іх функцыі.

Узмоцненыя заняткі разумоваю працаю ў часе мэнструацыі шкодна ўплываюць на нэрвовую сыстэму.

2) Полавыя зносіны ў часе месячных зусім не дапушчальны. Апрача таго, што яны выклікаюць гіпэрэмію полавых органаў, яны могуць быць прычынай утварэння ўспаленых процэсаў у полавай сфэры.

3) Трымаць знадворныя полавыя органы ў чыстаце. Для гэтага трэба 2—3 разы ў дзень змываць кроў цёплай вадой з мылам, інакш кроў на бялізне і валасах засыхае, разлагаецца, набывае дрэнны пах і можа выклікаць успаленне полавых органаў. Многія жанчыны, асабліва ў вёсках, лічаць, што ў часе рэгул нельга мяняць бялізну, што зьмена бялізны да сканчэння рэгул можа выклікаць вялікае крывяцязьненне. Гэта, вядома, поўны абсурд і з гэтымі забабонамі неабходна змагацца. Наадварот, у часе рэгул трэба часцей мяняць бялізну. Усякія похавыя спрынцаваньні забараняюцца. Для аховы полавых органаў ад забруджаньня мэнструальнай кроўю, апрача абмываньняў, рэкомэндуецца падвязаць падушачкі з ваты, абверчанай марляй (такія падушкі прадаюцца ва ўсіх аптэках і каштуюць нядорага). Падушачкі трэба мяняць кожны дзень і пасля ўжываньня спальваць іх, але ні ў якім выпадку не ўжываць іх зноў пасля мыцьця.

Рэкомэндуецца таксама насіць у часе рэгул закрытыя панталоны для аховы полавых органаў ад забруджаньня пылам і іншымі шкоднымі матэрыямі. Аднак, нашэньне закрытых панталон рэкомэндуецца ня толькі ў часе рэгул, але і ўвесь час.

4) Асьцерагацца прастуды, асабліва ахаладжваньня ног і жывата. Таму ў часе месячных нельга купацца, а ногі і живот трэба трымаць у цяпле.

Апрача выкананьня гігіенічных правіл у часе мэнструацыі кожная дзяўчына павінна з асаблівай строгасьцю выконваць агульна-гігіенічны рэжым ў пэрыод полавай сьпеласьці. Умацаваньне агульнага стану арганізму ў гэтым узросьце мае асаблівае значэньне.

Агульнагігіенічны рэжым зводзіцца да наступнага:

1) Вэсьці правільнае жыцьцё, чаргаваць работу з адпачынкам, умацоўваць і загартоўваць свой арганізм нестамляльнымі спортыўнымі і фізыч-

нымі практыкаваннямі. Спорт на лыжах, каньках, язда на вэлёсыпэдзе, плаваньне, веславаньне, гульні ў тэніс, баскетбол і т. д., пры правільным карыстаньні імі ў мернай колькасці добра ўплываюць ня толькі на фізычнае разьвіцьцё дзяўчыны, але і на псыхічны стан яе. Фізкакультура, не даходзячая да ператамленьня, ня толькі садзейнічае разьвіцьцю мускулаў, хуткаму абмену матэрыі і загартоўваньню ўсяго арганізму, але і разьвівае ў дзяўчыны смеласьць, стойкасьць і жыцьцярадасны настрой. Савецкая ўлада, бачачы ў фізкакультуры адзін з вельмі важных фактараў у сэнсе аздаравленьня падростаючага маладога пакаленьня, надае ёй вялікае значэньне і пашырае сярод жанчыны розныя віды спорту.

2) Сачыць за гігіенай скуры. Для ачышчэньня скуры ад усякіх забруджаньняў неабходна часта мыць рукі, кожны тыдзень мыцца ў ваньне або лазьні, ня менш аднаго разу ў тыдзень мяняць бялізну. Вялікую карысьць прыносяць штодзённыя (раніцою) халодныя абціраньні ўсяго цела. Яны загартоўваюць арганізм і ўмацоўваюць нэрвовую сыстэму. У гэтым-жа сэнсе карысна купаньне ў рацэ або ў моры ў летні час (толькі не адразу пасля яды).

3) Ежа павінна складацца з пажыўных і добра ператраўляемых матэрыяў. Апрача бялкоў, тлушчаў, вугляводаў, соляў і вады ў склад павінны ўваходзіць таксама вітаміны, якія ёсьць у гародніне і фруктах. Ніколі ня варта пачынаць работу нашча. Ня варта перапаўняць страўнік вялікай колькасцю ежы і вадкасці. Трэба ўнікаць перных і занадта вострых матэрыяў (гарчыца, хрэн, воцат і інш.) Надзвычайна шкодна ўплываюць, асабліва на малады арганізм, сьпіртныя напіткі, курэньне тытуну.

4) Неабходна змагацца з запорамі, бо яны выклікаюць болі і вядуць да няправільнага палажэньня маціцы і да зьяўленьня хваразітых сымптомаў. Ад запораў можна пазбавіцца цялеснымі рухамі і спортам, а таксама ўжываньнем у ежу чорнага хлеба, сыравіны, гародніны і фруктаў. Неабходна таксама сваячасова апаражняць мачавы пузыр, бо перапоўнены пузыр таксама садзейнічае зьмяшчэньню маціцы.

5) Неабходна насіць гігіенічнае адзеньне і абутак. Гігіенічным адзеньнем і абуткам лічацца тыя, якія не перашкаджаюць рухам і ня робяць ціску на паасобныя часткі цела. Шкодны таму цесныя ліфчыкі (гарсэты, на шчасьце, вышлі з

моды), тугсе завязваньне спадніц паясамі, круглыя тугія падвязкі на нагах, цесны абутак з вузкімі наскамі на высокіх абсацах. Такое адзеньне і абутак сьціскаюць органы жывата, вядуць да вэнознага застою ў канцавінах, да парушэньня правільнага дыханьня і крывязвароту, да вяласьці кішочніка, да малакроўя і іншых захворваньняў.

б) У наш час мільёны жанчыны уцягнуты і ўцягваюцца ў прамысловы, грамадзкі і політычны жыцьцё краіны. Няма такой галіны працы, у якой жанчына ня прымала-б удзелу; у некаторых з іх нават займае віднае месца. Але пры адсутнасьці мер папярэджаньня профшкоднасьцяй, як гэта бывае пры капіталістычных формах вытворчасьці, некаторыя профэсіі шкодна адбіваюцца на функцыі яе палавай сфэры, дзякуючы асаблівасьцям будовы жаночых палавых органаў. Таму, побач з падняцьцем эканамічнага, культурнага і політычнага ўзроўню жанчыны, у нас аздараўлены быт і ўмовы жаночай працы. У адносінах быту жанчына ўсё больш і больш вызваляецца ад кухні і разгружаецца ад іншых сямейных і хатніх клопот і турбот. Вядома, што работа на вытворчасьці, дае ў нас карыстаюцца жаночай працай, лягчэй чым праца ў хатнім быце. У той-жа час працоўнай жанчыне прыходзяць на дапамогу органы аховы працы і аховы здароўя, ужываючы ўсякія меры, каб ахаваць яе ад профшкоднасьцяй і каб работа яе на вытворчасьці працякала ў такіх умовах, якія не рабілі-б шкоды яе здароўю і не адбіліся-б на яе мацярынскай функцыі. З гэтай мэтай на прадпрыемствах уведзены розныя тэхнічныя і мэханічныя прыстасаваньні для адхіленьня ўсякіх шкоднасьцяй (вэнтыляцыя, абясшкоджаньне атрутных матэрыялаў і да т. п.), працуючым на шкодных вытворчасьцях даецца ў выпадку неабходнасьці больш доўгі адпачынак, іх праводзяць на больш лёгкую работу, клапацяцца аб арганізацыі для іх разумных забаў, аб уцягненьні іх у спортыўныя і фізкультурныя гурткі і ўжываюцца іншыя меры для ўмацаваньня арганізму працоўнай жанчыны.

Апрача таго праца ў нашых умовах ня толькі ня цяжкая, але, наадварот, яна зьяўляецца лёгкім і прыемным заняткам, і некаторыя формы яе ня толькі ня супярэчаць біолёгічным асаблівасьцям жанчыны, але нават дапамагаюць умацаваньню арганізму.

Пры захоўваньні ўсіх вышэйказаных гігіенічных прадпісаньняў у асабістым жыцьці, па меры набліжэньня да соцыялістычнага ладу, працоўная дзяўчына будзе правільна разьвівацца,

умацоўваць свой організм, здаровай уступіць у шлюб і дасць здаровае патомства.

Гігіена шлюбу і полавага жыцця. З часу ўступлення ў шлюб або ў полавую сувязь пачынаецца новы пэрыод ў жыцці жанчыны. Гэты пэрыод звязан з цэлым радам складаных фізіялёгічных процэсаў, пры якіх жыццядзейнасьць і работа палавага апарата асабліва інтэнсыўна. Тут мы будзем гаварыць толькі аб гігіене шлюбнага або палавага жыцця, бо гігіена цяжарнасьці, родаў, пасляродавага пэрыоду і кармленьне грудзьмі зьяўляецца прадметам акушэрства.

Яшчэ да ўступленьня ў шлюб або ў полавую сувязь дзяўчына павінна быць азнаёмлена з наступнымі двума патрабаваньнямі гігіены і, галоўным чынам, эўгенікі\*): а) з пытаньнем аб узросьце, у якім уступаюць у шлюб і б) з хваробамі, якія зьяўляюцца перашкодай да ўступленьня ў шлюб.

1) З пункту погляду гігіены і эўгенікі найбольш падыходзячым узростам для ўступленьня ў шлюб раней лічылі для дзяўчыны 20—22 гады, а для мужчыны 23—25 год. У апошні час фізіялёгічна абгрунтавана, што ў ўступленьне ў шлюб у 18-летнім узросьце ня шкодзіць здароўю дзяўчыны і юнака. Таму савецкі закон дазваляе для абодвух уступаць у шлюб ва ўзросьце 18 год. Палавае жыццё ў больш раннім узросьце, згодна даных адпаведных назіраньняў, зьніжае працаздольнасьць і дрэнна ўплывае на нэрвовую сыстэму. Апрача таго, у надта маладых дзяўчынах роды бываюць цяжкія і дзеці нараджаюцца слабымі і хваравітымі.

2) Да хвароб, пры якіх належыць устрымлівацца ўступленьня ў шлюб, належаць наступныя: нявылечныя сифіліс і гонорэя, псыхічныя захворваньні і цяжкія нэрвовыя хваробы (эпілепсія), сухоты ў актыўнай стадыі, цяжкія парокі сэрца, успаленьне нырак, цукровая хвароба і да т. п. Пры наўнасьці ў жаны або мужа такіх хвароб, як сифіліс, гонорэя і тубэркулёз, магчыма заражэньне адным аднаго. Далей, некаторыя з гэтых хвароб (тубэркулёз, успаленьне нырак, цукровая хвароба) могуць значна пагоршыцца і нават могуць быць небясьпечнымі для жыцця пры цяжарнасьці, у часе родаў і ў пасляродавым пэрыодзе. Урэшце, ад бацькоў, хворых на сифіліс, тубэркулёз, псыхічныя хваробы, эпілепсію, ад бацькоў-

\*) Эўгеніка—гэта асобная навуковая дысцыпліна, якая ўказвае шляхі і сродкі да палепшаньня і ўдасканаленьня чалавечай пароды.

алькоголікаў і морфіністаў, нараджаюцца хваравітыя, цяжыцьця-здольныя і дэфэктыўныя дзеці.

Мы ўжо ведаем, што пры першых полавых зносінах дзявочая плява падрываецца ў адным або некалькіх мясцох, і што пры гэтым жанчына адчувае нязначны боль і ў яе зьяўляецца невялікае крывячэньне. Гэтыя невялікія надрывы і ранкі могуць зьяўляцца прычынаю заражэньня, калі яны падпадаюць далейшай траўматазацыі або калі яны ня ўтрымліваюцца ў належнай чыстаце. Апрача таго, у жанчын з павышанай узбуджальнасцю нэрвовай сыстэмы гэтыя надрывы, трэшчыны і ранкі могуць выклікаць пры наступных зносінах такія моцныя болі, што далейшыя спробы мужчыны зрабіць полавы акт канчаюцца няўдачай і выклікаюць яшчэ большае раздражненьне і ўспаленне знадворных полавых частак. Да такіх-жа вынікаў можа пацягнуць і першы полавы акт, зроблены ў грубай форме (гл. вагінізм).

Прымаючы пад увагу гэтыя акалічнасьці, трэба, каб першыя полавыя зносіны адбываліся асьцярожна, без насільля і каб пасля ўстрымліваліся ад зносінаў на працягу некалькіх дзён, да поўнага загаеньня надрываў і ранак.

Што датычыцца частасьці полавых зносінаў, то большасьць аўтараў лічыць за норму 3—4 разы ў тыдзень. Аднак, вырашэньне гэтага пытаньня залежыць ад узросту, агульнага стану арганізму, індывідуальных асаблівасьцяў і іншых умоў. Вядома толькі, што занадта частыя полавыя зносіны вядуць да ператамленьня і зьмяншэньня полавай здольнасьці. Павышаная полавая ўзбуджанасьць перамагаецца фізычнаю і разумоваю працаю, грамадзкай работай і зацікаўленасьцю акружаючым.

Мы ўжо некалькі раз падкрэсьлівалі, што полавыя зносіны ў часе мэнуацыйнага пераходу павінны быць недапушчальныя.

Таксама належыць устрымлівацца ад полавых зносінаў у апошнія два месяцы цяжарнасьці і ў першыя шэсьць тыдняў пасля родаў.

Недапушчальныя полавыя зносіны і ў п'яным выглядзе, бо назіраньні паказваюць, што дзеці, зачатыя п'янымі бацькамі, нараджаюцца калекамі, ідыётамі і з іншымі фізычнымі дэфэктамі.

Даволі часта сустракаюцца жанчыны, якія, будучы зусім здаровымі, скардзяцца на тое, што яны не адчуваюць ніякага полавага імкненьня і сьласноты пры полавым акце. Ня глядзячы на прыхільнасьць і пачуцьцё каханьня да мужа, яны застаюцца аб'ектамі і „халоднымі“ ў полавым жыцьці. Заўважана, аднак

што гэта абьяксыць і халоднасыць праходзіць сама сабой пасля першых або другіх родаў.

Адно з частых патрабаваньняў, прад'яўляемых жанчынай урачу,—гэта ўказаньне сродкаў для папярэджаньня цяжарнасьці. Такое патрабаваньне жанчыны зусім законнае і грунтоўнае, калі на самай справе, дзякуючы тым або іншым умовам, цяжарнасьць непажадана або недапушчальна (мэдычныя паказаньні, частыя роды, соцыяльныя і бытавыя ўмовы). Але мы ўжо ва ўступе да гэтага падручніка ўказалі, што акушэрка па сваёй уласнай ініцыятыве павінна прапагандаваць і агітаваць сярод жанчын карыстаньне супроцьзачатачнымі сродкамі, каб ім непатрэбна было рабіць аборт. Яна павінна растлумачваць жанчынам, што аборт, зроблены нават у бальнічнай абстаноўцы, пры самых спрыяючых умовах і вопытнай рукой, усё-ж можна нанесць шкоду жаночаму арганізму. Карыстаньне супроцьзачатачнымі сродкамі хоць і не заўсёды дасягае мэты, усё-ж зьяўляецца адным са спосабаў барацьбы з абаротам.

(Аб супроцьзачатачных сродках гл. дадатак № 1).

Гігіена клімактерычнага пэрыоду. Клімактерычны пэрыод надыходзіць ва ўзросьце 45—52 гады і характарызуецца тым, што ў полавай сфэры жанчыны пачынаюць згасаць фізыялёгічныя процэсы: у яечніку спыняецца паспяваньне ячак, маціца і іншыя палавыя органы пачынаюць атрафіроўвацца і ўвесь арганізм пачынае паступова зьвядаць. Галоўным прызнакам надыходзячага клімактерыю зьяўляецца спыненне мэнструацый. Спачатку паміж імі павялічваюцца прамежкі, г. зн. зьяўляюцца яны раз у 2—3 месяцы, а потым зусім спыняюцца.

У адных жанчын гэты пераходны пэрыод да старасьці працякае без усякіх хваравітых зьяў, у іншых ён суправаджаецца цэлым радам сымптомаў, вядомых пад назвай „зьяў выпаданьня“, якія залежаць ад спынення функцый яечніка. Да іх адносяцца прылівы крыві да галавы, кіданьне ў гарачку, патлівасьць, галоўныя болі (мігрэнь), бяссоньніца, сэрцабіцьце, болі ў крыжы, сухасьць, сьверб і цякучасьць у палавых частках і розныя нэрвовыя зьявы. У некаторых жанчын назіраецца схільнасьць да атлусьцення, разьвіваецца агульная слабасьць. Сядзячае жыцьцё, якое вядуць жанчыны ў гэтым пэрыодзе, дапамагае разьвіцьцю хронічных запораў.

Усе гэтыя зьявы з часам паступова праходзяць. Аднак, іх можна папярэдзіць або па меншай меры палегчыць пры выка-



наньні пэўных гігієнічных прадпісаньляў: правільны распарадак жыцьця, хаджэньне па сьвежым паветры, мерныя цялесныя рухі (прагулкі, лёгкая гімнастыка), халодныя абціраньні, сядзячыя ванны, дыэтычнае харчаваньне (больш расьліннай ежы, менш мяса, ня піць сьпіртных напіткаў, моцнага чаю і кавы), лёгкія развальняючыя, мінеральныя воды, часамі клізмы—усе гэтыя меры часта прыносяць палёжку жанчыне, якая ў гэтыя гады часамі перажывае даволі цяжкія пакуты, асабліва ад прыліваў крыві да галавы. У гэтым сэнсе часамі дае карысьць прызначэньне оварыну або овакрызу і іншых органатэрапэўтычных прэпаратаў.

Але самае горшае, апрача вышэйазначаных зьяў, якія так або інакш з часам праходзяць, гэта тое, што ў клімактэрычным пэрыодзе ёсьць небясьпека разьвіцьця злыхасных нозаўгварэньняў (раку) маціцы і іншых палавых органаў. Рак маціцы, як мы ўжо ведаем, у пачатковай стадыі, нажаль, не дае ніякіх сымптомаў. Але трэба памятаць, што зьяўленьне крывяцяненьня або нязначных крывяністых выдзяленьняў праз даволі доўгі прамежак часу пасля спыненьня рэгул павінна зьяўляцца грознаю перасьцарогаю для жанчыны, і яна павінна безадкладна зьзярнуцца да ўрача для высьвятленьня прычын гэтага крывяцяненьня.

Аднак, ня ўсякае зьяўленьне крыві ў клімактэрычным пэрыодзе ўказвае на ўтварэньне раку. І пры іншых захворваньнях назіраецца крывяцяненьне (пры поліпах шыйкі маціцы, пры старэчым катары маціцы). Апрача таго, у многіх жанчын у пачатковай стадыі клімактэрычнага пэрыоду, як мы вышэй указалі, месячныя прыходзяць з вялікімі спазьненьнямі (праз 2—3 месяцы), часта суправаджаюцца значнымі крывявыліцьцямі і вызначаюцца сваёй працягласьцю—гэта так званая клімактэрычныя крывяцяненьні. Яны часам бываюць так збыткоўны, што, апрача прызначэньня ўсякіх крывяспыняючых формаколёгічных сродкаў і гарачых спрынцаваньняў, прыходзяцца рабіць тампонізацыю похвы і нават маціцы.

Ва ўсякім разе, пры малейшым адхіленьні ад звычайных рэгул, і зьяўленьні крывяністых выдзяленьняў пасля даволі доўгага перапынку, неабходна высьвятліць характар захворваньня, каб не прапусьціць моманту, калі яшчэ можна выратаваць жыцьцё жанчыны.

## СУПРОЦЬЗАЧАТАЧНЫЯ СРОДКІ

Органы аховы здароўя, у тым ліку і ахова мацярынства і маладзенства, а таксама аўтарытэтныя навуковыя сілы, з прычыны шырокага распаўсюджаньня абортаў і шкодных вынікаў ад іх, высунулі пытаньне аб шырокай прапагандзе супроцьзачатных сродкаў, прымаючы пад увагу, што для здароўя жанчыны яны менш шкодны, чым аборт. Але сродкі гэтыя павінны задавальняць наступным патрабаваньням: 1) каб сродак быў бяшкодны для абодвух супругаў; 2) каб ён быў пэўным, надзейным, г. зн. такім, які выключыў-бы магчымасьць зачацьця; 3) каб ім можна было без асаблівай цяжкасьці і зручна карыстацца і 4) каб ён быў даступным па цене.

Усе супроцьзачатныя сродкі могуць быць падзелены на дзьве галоўныя групы: 1) мэханічныя сродкі, якія маюць на мэце перашкаджаць праніканьню спэрматоідаў у поласьць маціцы і 2) хімічныя сродкі, якія забіваюць спэрматоідаў і робяць іх няздольнымі да запладненьня яйца.

Неабходна загада агаварыцца, што ніводзін сродак як мэханічны, так і хімічны, які будзе ніжэй пералічаны, ня можа лічыцца абсалютна надзейным, г. зн. не гарантуе ад цяжарнасьці.

Мэханічныя супроцьзачатныя сродкі. Да іх адносяцца: 1) Мужчынскі прэзерватыў (кондом), які вырабляецца з тонкай гумы або рыб'яга пузыра. Ён лічыцца амаль няшкодным сродкам, але, нажаль, мала надзейным: прэзерватывы гэтыя часта рвуцца; апрача таго яны параўнаўча дарагія па цене. Дадатны бок іх у тым, што яны забяспечваюць ад заражэньня вэнэрычнымі хваробамі.

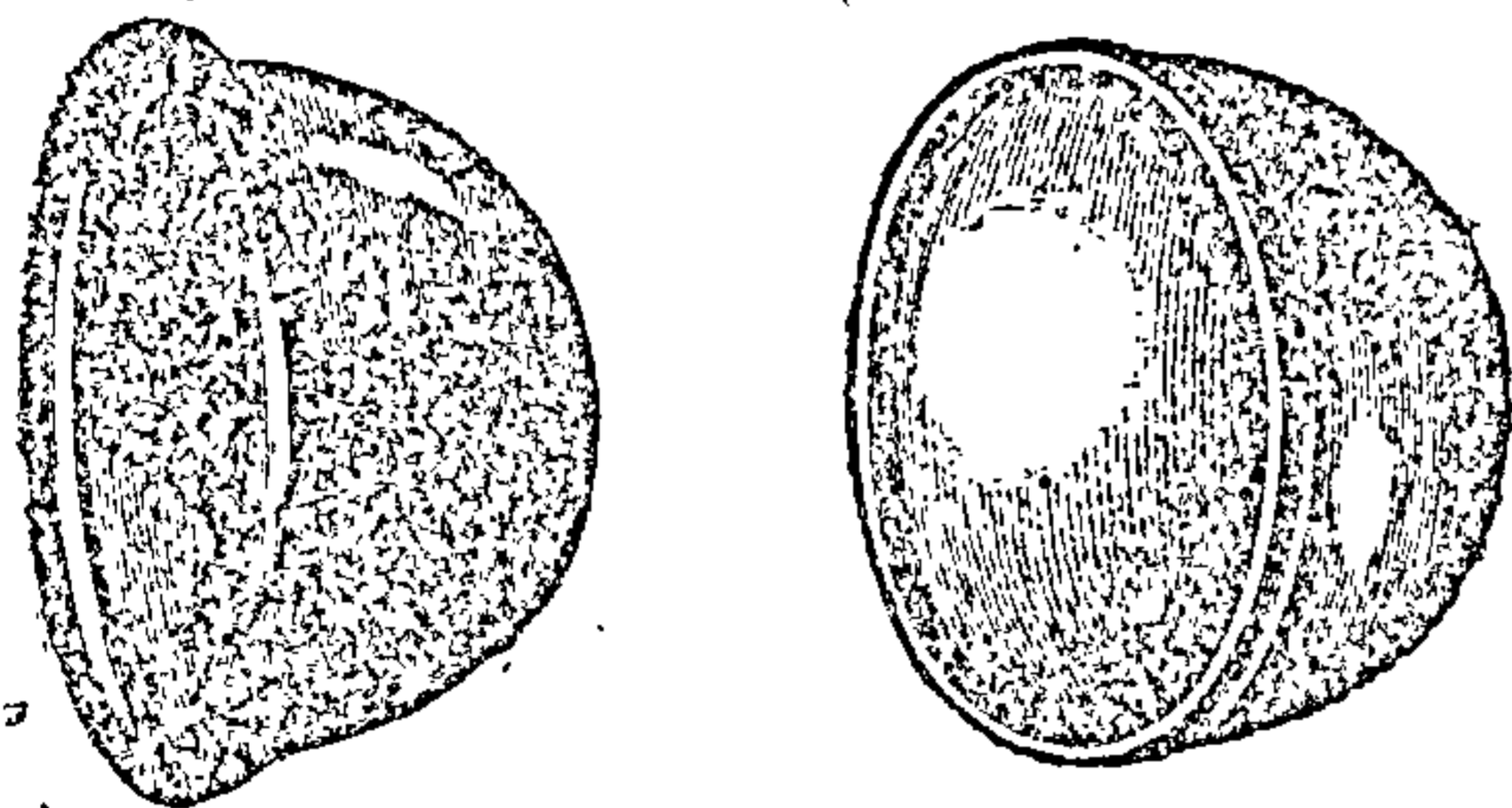
2) Жаночыя прэзерватывы ў выглядзе гумовых, алюмініевых і каўчукавых каўпачкоў, якія надзяюцца на шыйку

маціцы. Яны маюцца ў продажы ў розных модэлях і розных разьмерах. Найбольш пашыраны нумары 40, 45, 50, 55 і 60. Нумар каўпачка выбіраецца па велічыні шыйкі і шырыні похвы. Пры прызначэньні каўпачка неабходна навучыць жанчыну, як яго трэба надзяваць і вымаць. Яна павінна навучыцца знаходзіць шыйку маціцы, каб яна магла праверыць, ці правільна ляжыць каўпачок і ці закрывае ён шыйку. Апрача таго, жанчына павінна сачыць за ўтрыманьнем каўпачка ў чыстаце і яна павінна ўводзіць яго ў похву чыста вымытымі рукамі. Нашэньне каўпачка на працягу цэлага месяца, ад канца рэгул да пачатку іх, як гэта робяць некаторыя жанчыны, бязумоўна шкодна (мал. 104 і 104-а).

Карыстацца каўпачком можна толькі па прызначэньні ўрача. Урач можа вызначыць падыходзячы нумар каўпачка і ўстанавіць прыдатнасьць гэтага сродку ў кожным даным выпадку. Пры наяўнасьці ўспаляльных, нават загложлых процэсаў, значных беляй, а тым больш эрозій на шыйцы, а таксама пры няправіль-

ным палажэньні маціцы нашэньне каўпачка супроцьпаказана.

3) *Унутрымацічныя штыфты* (стэрылеты) у выглядзе грыбка, якія вырабляюцца з золата, срэбра і сланёвай косьці і ўводзяцца ў канал шыйкі.



Мал. 104 і 104-а. Каўпачкі.

Гэтыя прэзэрватывы трэба лічыць абсалютна шкоднымі: яны выклікаюць катары шыйкі і зьязваньні. Апрача таго, іх нельга ўводзіць і выдаліць без дапамогі ўрача. Апрача шкоды, якую яны могуць прынесці, і неабходнасьці звароту да ўрача спэцыяліста, яны яшчэ дорага абыходзяцца і даступны нямногім.

4) Да гэтай групы трэба аднесці самы пашыраны спосаб папярэджаньня цяжнасьці—*перапыненныя зносіны* (няскончаны полавы акт), пры якім семя выкідваецца па-за похвай. Гэты спосаб большасьць аўтарытэтных гінеколёгаў лічаць шкодным сродкам. Перапыненыя зносіны, па іх думцы, шкодна ўплываюць на нэрвовую сыстэму жанчыны, вядуць да полавай нэўрастэніі і, апрача таго, зьяўляючыся крыніцай працяглай гіпэрэміі ў тазе, выклікаюць болі ў паясьніцы і крыжы і іншыя зьявы застоўнай гіпэрэміі (мэтро-эндомэтрыт).

На падставе шматлікіх назіраньняў устаноўлена, што перапыненныя зносіны шкодна ўплываюць таксама і на мужчыну, асабліва на нэўрастэнікаў.

Урэшце, гэты спосаб не заўсёды надзейны, бо семя трапляючы на знадворныя полавныя часткі, можа ўсё такі пранікнуць у маціцу, як гэта бывае ў дзяўчын пры ненормальных полавых зносінах, у якіх цяжарнасьць надыходзіць, ня глядзячы на цэласць дзявочай плявы.

Хімічныя супроцьзачаточныя сродкі. Да хімічных супроцьзачаточных сродкаў, якія маюць на мэце зьмярцьвеньне спэрматозоідаў, належаць:

1) *Похвавыя спрынцаваньні хімічнымі растворамі.* З прычыны таго што спэрматозоіды гінуць у кіслым асяродзьдзі, для похвавых спрынцаваньняў карыстаюцца воцатнай кіслатай, малочнай кіслатай (2 чайных лыжкі на кружку вады борнай кіслатай (1 сталовая лыжка на кружку). Некаторыя рэкомэндуюць спрынцаваньні марганцава-кіслым каліем і сулемой. Сулема зьяўляецца моцнай агрутай для спэрматозоідаў, але яна разам з тым пры частым карыстаньні ёю атручвае і арганізм, а таму працяглыя спрынцаваньні сулемой недапушчальны.

Похвавыя спрынцаваньні, ня глядзячы на некаторыя свае вартасьці (няшкоднасьць, даступнасьць па кошту і адносная надзейнасьць), маюць той недахоп, што яны зьвязаны з клопатамі і нявыгодамі, а іменна: а) неабходна іх рабіць зараз-жа пасля полавых зносін; б) неабходна нарыхтоўваць цёплую ваду (халодныя спрынцаваньні шкодны); в) рабіць іх неабходна над бідэ або над вядром, бо ў ляжачым палажэньні семя не вымываецца са зводаў похвы, і г) спрынцаваньні павінны рабіцца з кружкі Эсмарха. Не рэкомэндуецца карыстацца гумавымі балёнамі, бо яго нельга трымаць у чыстаце.

2) *Похвавыя шарыкі.* Найбольш пашыраны шарыкі, якія нарыхтоўваюцца з хініну і борнай кіслаты (рэцэпт гл. дадатак № 2). Шарык ўводзіцца за 5—8 мінут да полавага акту глыбока ў похву, дзе ён павінен расцаць. Раніцою неабходна праспынцавацца.

Шарыкі больш або менш няшкодны, зручны пры ўжываньні, але мала надзейны і дорага каштуюць.

3) *Таблеткі „Контрацэптын“* ужываюцца як шарыкі.

4) *Паста „Прэконсоль“.* Яна знаходзіцца ў трубцы, на адзін капец якой надзяецца наканцоўнік, які ўводзіцца ў задні звод.

На процілеглы канал трубка надзяецца ключ. Паваротам ключа паста выціскаецца і закрывае зёў шыйкі маціцы. Наступнае спрыскаваньне непатрэбна. Гэты сродак мае, такім чынам, падвойнае дзейнічаньне: хімічнае і мэханічнае. Ён па сваім саставе хімічна забівае спэрматозоідаў і мэханічна перашкаджае пранікненьню семя ў поласьць маціцы. Таму ўжываньне пасты „Прэконсоль“ шырока рэкомэндуецца.

5) Такое-ж падвойнае дзейнічаньне маюць губкі і тампоны, насычаныя хімічнымі растворамі. Аднак, губак лепш ня ўжываць, бо яны забруджваюцца і да паўгорнага ўжываньня няпрыдатны. Лепш за ўсё ўжываць невялікія тампоны з ваты, перавязаныя ніткамі і змочаныя слабым раствором-воцату (хатнім воцатам). Такі тампон уводзіцца за некалькі мінут да полазых зносін і праз некалькі мінут пасьля іх выдаляецца за нітку і выкідваецца.

Для большай гаранты некаторыя раяць ужываньне хімічных сродкаў у злучэньні з каўпачкамі. Для гэтага ў каўпачок перад увядзеньнем яго ў похву ўкладваецца крыху борнай кіслаты або хініну ці пасты „Прэконсоль“.

6) *Унутрымацічныя змазваньні, або ўпырскваньні ёду*, якія робяцца сыстэматычна кожны месяц пасьля сканчэньня мэнструацыі.

У разьдзеле аб агульнай тэрапіі гінэколёгічных захворваньняў было ўжо ўказана і падкрэсьлена, што гэтыя ўнутрымацічныя маніпуляцыі ня толькі шкодны, але і небясьпечны. Небесьпека заключаецца ў магчымасьці занясьня інфэкцыі ў поласьць маціцы, трапленьня ёду ў трубы і нават у поласьць брушны і зьяўленьняў шоку. Апрача таго, гэтыя маніпуляцыі цягнуць за сабою і аддаленыя вынікі.

З усіх пералічаных супроцьзачатачных сродкаў розныя навуковыя арганізацыі і іншыя аўтарытэтныя сілы рэкомэндуюць каўпачкі, похавыя шарыкі, пасту „Прэконсоль“, тампончыкі, змочаныя звычайным хатнім воцатам, і похавыя спрыскаваньні—як сродкі больш або менш бясшкодныя, агульнадаступныя ў многіх выпадках надзейныя на працягу некалькіх год. Выбар таго або іншага сродку павінен быць прадстаўлены толькі ўрачу спецыялісту, бо пры прызначэньні супроцьзачатачнага сродку патрэбна строга індывідуалізацыя ў залежнасьці ад цэлага раду ўмоў.

Абсалютна шкоднымі сродкамі, супроць якіх неабходна змагацца, трэба лічыць унутрымацічныя ўпырскваньні

і змазавыні ёдам, унутрымацічныя штыфты і перапыненыя полавыя зносіны.

Прызнаючы той або іншы супроцьзачатачны сродак, неабходна ўказаць жанчыне, па-першае, што ніводзін з сродкаў нельга лічыць верным і надзейным, і па-другое, што ўсякі сродак, пры працяглым карыстаньні, робіцца шкодным.

Прымаючы пад увагу ўказаныя акалічнасьці, у апошні час ідуць пошукі больш вернага і бяшкяднага сродку, які мог-бы выклікаць часовую бясплоднасьць. І такі сродак бачыць у рэнтгенаізацыі яечнікаў, бо назіраньні паказваюць, што пад уплывам рэнтгенаўскіх праменьняў у яечніках адбываюцца такія зьмены, якія вядуць да бясплоднасьці, і што пасля спынення дзеяньня гэтых праменьняў яечнікі зноў начынаюць функцыянаваць. Нажаль, гэты спосаб яшчэ мала вывучаны ў сэнсе дозіроўкі праменьняў. Дасьледваньні, зробленыя ў гэтым напрамку, паказалі, што малыя дозы не дасягаюць мэты, а вялікія дозы могуць выклікаць бясплоднасьць, але ў той-жа час могуць зрабіць жанчыну дачасовым інвалідам, і наогул невядома яшчэ аддаленае дзеяньне рэнтгенаўскіх праменьняў на арганізм.

У стадыі распрацоўкі і вывучэньня знаходзіцца яшчэ другі спосаб, якім імкнуцца выклікаць стэрылізацыю жанчыны. Робіцца спроба шляхам упырскваньня сываткі, нарыхтаванай са спэрматозойдаў, зрабіць жанчыну бясплоднай. Досьледы, праведзеныя на жывёлах, далі станоўчыя вынікі і таму гэты біялёгічны спосаб пачалі ўжываць на жанчыне, але колькасьць назіраньняў настолькі нязначная, што лічыць яго пэўным, надзейным, бяшкядным спосабам яшчэ рана.

У тых выпадках, калі неабходна зрабіць жанчыну абсалютна бясплоднай, г. зн. гарантаваць яе ад цяжарнасьці на працягу ўсяго яе дзетароднага пэрыяду, прыходзіцца ўжываць апэрацыйны спосаб—стэрылізацыю—перавязку труб, а часамі нават выдаленьне яечнікаў. Звычайна гэта апэрацыя робіцца адначасова з ускрыцьцём брушной поласьці з якой-небудзь іншай прычыны.

Мы ўжо не адзін раз указвалі, што неабходна шырока прапагандаваць сярод жанчын ужываньне супроцьзачатачных сродкаў з тою мэтою, каб жанчыне ня трэба было рабіць абарту. Хоць усе супроцьзачатачныя сродкі не абсалютна бяшкядныя, але тым ня менш з двух ліхаў трэба выбіраць меншае. Апрача

таго, савецкая ўлада, выдаўшы дэкрэт аб легалізацыі абарту і агітуючы за ўжываньне супроцьзачатачных сродкаў, лічыць гэтыя меры часовымі. Савецкая ўлада ўлічвае, што забарона абарту і ўжываньне рэпрэсыўных мер, як гэта было ў царскай Расіі і як гэта мае месца і зараз у капіталістычных краінах, і забарона вырабу і продажу супроцьзачатачных сродкаў у некаторых з гэтых краін—такія меры прыносяць больш шкоды жанчыне і дзяржаве.

Але мы зараз жывём у такі час, калі наша краіна пакрываецца радзільнымі дамамі маткі і дзіцяці, ясьлямі, пляцоўкамі дзіцячымі дамамі, грамадзкімі кухнямі, сталоўкамі, грамадзкімі пральнямі і інш., калі жанчына вызваляецца ад усякіх хатніх і сямейных клопатаў, калі прымаюцца ўсе меры да аздараўленьня арганізму, быту і ўмоў жаночай працы і для забесьпячэньня дзіцяці прытулкам, наглядам і выхаваньнем.

Мы зараз уступілі у пэрыод соцыялізму, і падобна да таго як трактар выцесьніў саху, а машына—станок, так і профіляктыка, гігіена і санітарыя зьнішчаюць усе соцыяльныя хваробы і разам з тым розныя перамаганькі жанчыны, зьвязаныя з яе біялёгічнымі асаблівасьцямі.

Адначасова соцыялізм вядзе да таго, што „праца з ганебнага і цяжкага ярма, якім яна лічылася раней, ператвараецца ў справу гонару, у справу славы, адвагі і геройства“ (Сталін) і робіцца справай лёгкай і прыемнай.

Усе гэтыя фактары ўзятыя разам—вызваленьне жанчыны ад сямейных і хатніх клопатаў, аздараўленьне яе арганізму, лёгкая і прыемная праца, плюс высокі матэрыяльны добрастан і высокі культурны ўзровень—усё гэта дасць соцыялізм і павядзе яно да таго, што зьнікнуць і аборт, і супроцьзачатачныя сродкі і дзеці будуць для бацькоў не цяжарам, не ярмом, а шчасьцем і радасьцю жыцьця.

## РЕЦЕПТУРНЫЯ ФОРМУЛЫ НАЙБОЛЬШ УЖЫВАЕМЫХ ЛЕКАВЫХ СРОДКАЎ

### I. КРІВЯСПЫНЯЮЧЫЯ

- 1) Infus. secalis cornuti 8,0 : 200,0.  
DS. Праз 3—4 гадзіны па 1 сталовай  
ложцы (узбоўтваць перад ужы-  
ваньнем).

---

- 2) Infus. secal. cornuti 8,0 : 200,0  
Elixir acid. Halleri 2,0  
MDS. Праз 3—4 гадзіны па 1 ста-  
ловай ложцы.

---

- 3) Pulveris secal. cornuti 0,5  
D. t. dos № 12  
S. 3—4 разы на дзень па 1 па-  
рашку.

---

- 4) Extracti fluidi secal. corn. 20,0  
DS. 3 разы на дзень па 20 — 25  
кропель.

---

- 5) Ergotini Bonjeant 3,0  
Extr. et pulv. liquorit. q. s. ut f.  
pilulae № 30  
DS. 3 разы на дзень па 1 пілюлі.

---

- 6) T—rae ergotini 10,0  
T—rae cinnamomi 15,0  
MDS. 3 разы на дзень па 30 кро-  
пель.

---

- 7) Secacornini 15,0  
DS. 3 разы на дзень па 8—10  
кропель.

---

- 8) Extracti fluidi Hydrastis canadensis  
10,0  
DS. 3 разы на дзень па 30 кропель.

---

- 9) Extracti fluidi viburni prunifolii 15,0  
DS. 3 разы на дзень па 30 кропель  
(пры пачатку выкідку).

---

- 10) Extr. fluid. polygoni hydropipe-  
ris 30,0  
DS. 3 разы на дзень па 40  
кропель.

---

- 11) Extr. fluid. gossipii herbacei 60,0  
DS. 3 разы на дзень па 1 чайнай  
ложцы.

---

- 12) Stypticin in tabletis ä 0,05  
D. t. dos. № 20  
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы  
(пры крывяцязеннях, якія су-  
правяджаюцца болямі ў жы-  
ваце).

---

- 13) Styptol. in tabletis ä 0,05  
D. t. dos. № 20  
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы.

---

- 14) Mammint in tabletis ä 0,3  
D. t. dos № 20  
S. 3 разы на дзень па 1 таблетцы.



## II. СПЫНЯЮЧЫЯ БОЛІ І СНАТЭОРНЫЯ

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) Morphii mur. 0,015<br/>Butyri cacao 2,0<br/>M. f. suppositorium<br/>D. t. dos. № 6<br/>S. 2 свечкі на дзень.</p> <hr/> <p>2) Morfil muriatici 0,1<br/>Aquaе laurocerasi 15,0<br/>MDS. 3 разы на дзень на 15<br/>кропель.</p> <hr/> <p>3) Extracti opii 0,02<br/>Butyri cacao 2,0<br/>M. f. supposit. D. t. dos № 6<br/>S. 2 свечы на дзень.</p> <hr/> <p>4) T—rae opii 5,0<br/>DS. 3 разы на дзень на 8—10 кро-<br/>пель.</p> <hr/> <p>5) Pantopon 0,02<br/>Butyri cacao 2,0<br/>M. f. supposit D. t. dos № 6<br/>S. 2 свечкі на дзень.</p> <hr/> <p>6) Extr. belladonae 0,02<br/>Butyri cacao 2,0<br/>M. f. supposit D. t. dos № 6<br/>S. 2 свечкі на дзень.</p> | <p>7) T—rae cannabis indicae 10,0<br/>DS. 3 разы на дзень на 8—10<br/>кропель.</p> <hr/> <p>8) T—rae cannabis indic. 10,0<br/>T—rae castorei canad. 10,0<br/>MDS. 3 разы на дзень на 20<br/>кропель.</p> <hr/> <p>9) Natr. bromati 8,0<br/>Aquaе destillatae 200,0<br/>MDS. 3 разы на дзень на 1 ста-<br/>ловай лыжцы.</p> <hr/> <p>10) Salipyrin 0,5<br/>D. t. dos № 6<br/>S. 2—3 парашкі на дзень (пры<br/>дысменорэі).</p> <hr/> <p>11) Veronal 0,3<br/>D. t. dos № 5<br/>S. 1 парашок на ноч.</p> |
|---|---|

## III. СРОДКІ, ДЭЗЫНФЭКТУЮЧЫЯ МАЧАВЫЯ ШЛЯХІ

- |   |  |
|---|--|
| <p>1) Urotropini 0,5<br/>D. t. dos № 12<br/>S. 3 разы на дзень на 1 парашку.</p> <hr/> <p>2) Saloli 0,5<br/>D. t. dos № 12<br/>S. 3 разы на дзень на 1 парашку.</p> | <p>3) Urotropini 0,3<br/>Saloli 0,3<br/>M. f. pulv.<br/>D. t. dos № 12<br/>S. 3 парашкі на дзень.</p> <hr/> <p>4) Fol. uvae ursi 60,0<br/>DS. Заварваць як чай 1 сталовую<br/>лыжку на шклянку вады.</p> |
|---|--|

## IV. РАЗВАЛЬНЯЮЧЫЯ СРОДКІ

1) Species st. german 50,0  
DS. 1 чайную ложку заварыць на кубак.

2) Pulv. liquoritlae compositae 50,0  
DS. 1—2 чайныя лыжкі на ноч.

3) Extr. fluid. cascarae sagradae 50,0  
DS. 1 чайную ложку на ноч.

4) Pulv. Botkini 30,0  
DS. 1 чайную ложку на ноч.

## V. МЕСЯЧНАГОННЫЯ

1) Ovarin (або ovarikrin) у табл. 0,3  
D. t. dos № 20  
S. 3 разы на дзень на 1 таблетцы (пры амэнорэі і ў клімактерыч. перыодзе).

2) Kalii hypermanganici 1,0  
Argillae albae q. s. ut f. pilul. № 20.  
DS. 3 разы на дзень па 1 піюлі.

## VI. СРОДКІ ДЛЯ СПРЫНЦАВАНЬНЯ ПОХВЫ

1) Hydrargyri bichlorati corrosivi ў пасьцілках а 0,5  
D. t. dos № 15  
S. Развесці 1 пасьціяку на кружку вады.

2) Acidi lactici 200,0  
DS. 1 чайная ложка на кружку вады.

3) Lysogon 200,0  
DS. 1 чайная ложка на кружку вады.

4) Lysol 200,0  
DS. 1/2 чайнай лыжкі на кружку вады.

5) Aceti pyrolignosi crudi 300,0  
DS. 2—3 сталовых лыжкі на кружку вады (пры эрозіях шыйкі).

6) Ziinci chlorati  
Aquae destillatae aa 75,0  
MDS. 1 чайная ложка на кружку вады.

7) Kalii hypermanganici 3,0  
DS. Растварыць некалькі крышталікаў у кружцы вады да зьяўленьня малянавага колеру.

8) T—rae jodi 50,0  
DS. чайная ложка на кружку вады.

Для спрынцаваньня прызначаюцца яшчэ квасцы, танин, сода, спажыўная соль (па 2 чайныя лыжкі на кружку вады).

## VII. РАССАСВАЮЧЫЯ

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) Ichthyol 0,3<br/>Butyr. cacao (яшчэ лепш pastaе glycerinosae *)<br/>q. s. ut f. globul. vaginal.<br/>D. t. dos № 10<br/>S. Уводзіць па 1 шарыку на ноч.</p> | <p>2) Ichthyol (або Thigenol) 10,0<br/>Glycerini 75,0<br/>DS. Для тампонаў.</p> |
| <p>3) Tannin 15,0<br/>Glycerin 85,0<br/>DS. Для тампонаў.</p>   |   |

## VIII. МАЗІ

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) Unguenti hydrargyri cinerei 20,0<br/>DS. Уціраньне (пры пляшчыцах).</p>           | <p>3) Menthol 0,3<br/>Cocain muriat. 0,5<br/>Salol 2,0<br/>Ol. Olivarii 5,0<br/>Lanolin 40,0<br/>M. f. unguentum<br/>DS. Мазь (пры сьвербе ў знадворных палавых частках).</p> |
| <p>2) Unguenti hydrargyri praecipitati albi 20,0<br/>DS. Уціраньне (пры пляшчыцах).</p> |   |

## IX. ПРЫМОЧКІ

- |   |   |              |
|---|---|--------------|
| <p>1) Сьвінцовая вада 100,0<br/>2) Буравая вадкасць 100,0</p> | } | пры вульвіце |
|---|---|--------------|

## X. СУПРОЦЬЗАЧАТАЧНЫЯ

- |  |   |
|--|---|
| <p>1) Chinin. sulfurici 0,5<br/>Acidi borici 0,3<br/>Butyr. cacao q. s. ut f. globuli vaginal.<br/>D. t. dos № 10<br/>S. Вядома.</p> | <p>2) Таблеткі „Контрацэптын“.<br/>3) Супроцьзачаточная мазь „Прэкон-соль“.</p> |
|--|---|

\*) Pasta glycerinosa (1,5—2,0) складаецца з гліцэрыну (95%) і стэарынавай кіслаты (5%).