

В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин, А.П. Кирющенко

Акушерство

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
В11

В11 **В.И. Бодяжина**
Акушерство / В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин, А.П. Кирющенко – М.: Книга по Требованию, 2023. – 490 с.

ISBN 978-5-458-39509-0

В третьем издании учебника (второе вышло в 1979 г.) на современном научном уровне освещены основы организации акушерской помощи, вопросы физиологии и ведения беременности, родов и послеродового периода, физиологии и патологии плода и новорожденного ребенка, профилактики акушерской и перинатальной патологии. Большое внимание уделено важнейшим осложнениям беременности, родов и послеродового периода. Освещены проблемы перинатологии. Учебник соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначен для студентов медицинских институтов.

ISBN 978-5-458-39509-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

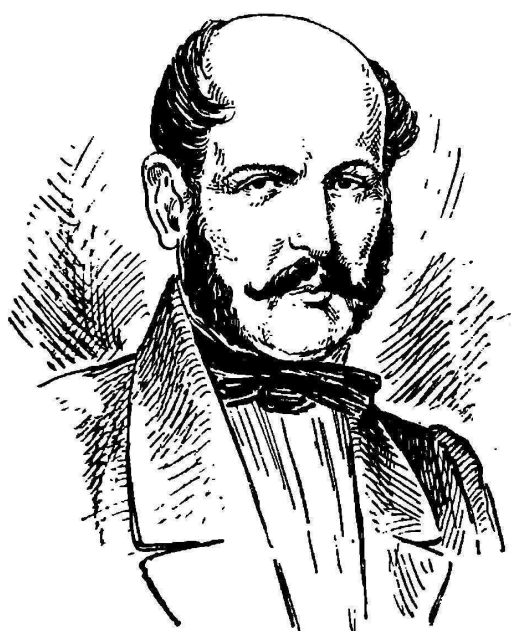
Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Н. М. МАКСИМОВИЧ-АМБОДИК.



И. Ф. ЗЕММЕЛЬВЕЙС.

акушерской школы в конце XVIII — начале XIX века был Юнгманн (1775—1854).

Среди выдающихся акушеров XVIII века видное место занимал Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744—1812), которого справедливо называют «отцом русского акушерства». Н. М. Максимович-Амбодик — широко образованный ученый-энциклопедист, автор первого крупного оригинального русского труда по акушерству (в 6 частях) «Искусство повивания, или наука о бабьем деле» (1784—1786). Он был горячим патриотом своей родины, впервые ввел преподавание акушерства на русском языке, обучал учениц не только теоретически и на фантоме, но и в клинике, впервые в Петербурге наложил акушерские щипцы. При ведении родов Н. М. Максимович-Амбодик рекомендовал осторожность, отказ от поспешного применения акушерских операций. Необходимо отметить, что условия, в которых работал Н. М. Максимович-Амбодик, были очень трудными: его прогрессивные предложения встречались враждебно, преимущество отдавали иностранцам, главным образом немцам, независимо от их квалификации.

Большое значение для развития акушерской науки имело открытие в ряде городов (Страсбург, 1728; Берлин, 1751; Москва, 1761; Прага, 1770; Петербург, 1771; Париж, 1797) родильных домов. Однако вскоре после их организации врачи встретились с тяжелым, часто смертельным осложнением — «родильной горячкой», т. е. послеродовым сепсисом. Пандемии этой «горячки» были бичом родильных домов и в первой половине XIX века.

Летальность от послеродового сепсиса колебалась в отдельные периоды XVIII — первой половины XIX века от 10 до 40—80%. Огромное значение в борьбе с послеродовым сепсисом имели труды венгерского акушера Игнаца Филиппа Земмельвейса (1818—1865).

Большой вклад в развитие отечественного акушерства в XIX веке внесли А. Я. Крассовский, И. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов. А. Я. Крассовский (1821—1898) был профессором Петербургской медико-хирургической академии, а затем директором Петербургского родовспомогательного заведения (ныне родильный дом имени В. Ф. Снегирева). Он разработал учение о меха-

низме родов и узком тазе, впервые в России ввел антисептику и асептику в акушерстве, способствовал успеху овариотомии в России, написал классическое руководство «Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза» (1865), основал Петербургское общество акушеров-гинекологов (1887), «Журнал акушерства и женских болезней» (1886).

И. П. Лазаревич (1829—1902) был профессором Харьковского университета. Ему принадлежат оригинальные исследования по нервной регуляции матки, обезболиванию родов, оригинальное двухтомное «Руководство по акушерству» (1892). Большой вклад внесен И. П. Лазаревичем в разработку прямых акушерских щипцов задолго до Киланда. Труды И. П. Лазаревича сделали его имя известным не только в России, но и за рубежом. Он был поборником женского образования, основал в Харькове Повивальный институт, подготовивший много акушеров для юга России.

Н. Н. Феноменов (1855—1918) — выдающийся профессор Казанского университета. Он одним из первых в России ввел асептический способ оперирования, предложил несколько оригинальных операций (клеидотомия, пельвиопластика), изобрел и усовершенствовал ряд акушерских инструментов (щипцы Симпсона—Феноменова, перфоратор, ложка для эксцеребрации, ножницы для эмбриотомии). «Оперативное акушерство» Н. Н. Феноменова является классическим трудом и в настоящее время.

Таким образом, во второй половине XIX века в России была целая плеяда выдающихся акушеров-гинекологов, имена которых стали широко известны в нашей стране и за рубежом. В начале XX века среди крупных русских акушеров выделялись В. С. Груздев и В. В. Строганов. В. С. Груздев (1866—1938) был профессором Казанского университета. Им написано фундаментальное руководство по акушерству и гинекологии, проведены обстоятельные исследования по морфологии и физиологии женских половых органов. В. С. Груздев — основатель крупной школы акушеров-гинекологов, из которой вышли видные советские ученые.

В. В. Строганов (1857—1938) — профессор Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии в Ленинграде. Своими трудами по эклампсии и разработкой принципов терапии В. В. Строганов способствовал значительному снижению летальности от эклампсии и приобрел мировую известность. Основные принципы терапии эклампсии В. В. Строганов окончательно разработал уже в советский период. Его монография об усовершенствованном методе терапии эклампсии вышла в восьми изданиях (на русском — в шести, на французском и английском языках).

Таким образом, еще до Великой Октябрьской социалистической революции отечественные ученые внесли крупный вклад в развитие акушерства. Они детально разработали ряд методов исследования, изучили физиологические особенности беременности и родов, предложили ряд оперативных пособий. Характерной чертой отечественного акушерства является очень осторожная оценка показаний к хирургическим вмешательствам в процессе родов (в частности, к кесареву сечению) с учетом интересов как матери, так и плода. Однако эти важные исследования проводились лишь на немногих кафедрах акушерства и гинекологии, а широкие массы практических врачей были далеки от них; кроме того, в огромном большинстве работ вопросы организации акушерско-гинекологической помощи не затрагивались.

Великая Октябрьская социалистическая революция в корне изменила весь строй нашей страны, а также создала новые, благоприятные условия для развития науки, в том числе и акушерства. Ярким отражением расцвета акушерской науки и изменения ее направления являются съезды акушеров-гинекологов (всесоюзные, республиканские), пленумы Совета родовспоможения и гинекологической помощи министерств здравоохранения СССР и РСФСР,

значительное увеличение выпуска отечественной литературы (руководства, монографии) по акушерству и гинекологии.

На таких совещаниях рассматриваются важнейшие проблемы акушерства и гинекологии, обсуждаются научные вопросы не только в клиничко-лабораторном и терапевтическом аспектах, но и в организационно-профилактическом и социальном (влияние условий быта и труда на здоровье женщины). Кроме того, широко обсуждаются вопросы организации акушерско-гинекологической помощи.

За годы Советской власти отмечается расцвет науки в национальных республиках, бывших ранее отсталыми окраинами.

Неизмеримо выросло за годы после Великого Октября число кафедр акушерства и гинекологии, в 1984 г. их было свыше 160, а научно-исследовательских институтов — 18.

Советские акушеры-гинекологи с успехом представляют достижения нашей науки и государственной системы охраны материнства и детства на всемирных конгрессах, входят в состав правлений и комиссий Всемирной федерации акушеров-гинекологов. Ряд трудов наших ученых переведен на иностранные языки.

СОВЕТСКАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

В царской России не было никакой государственной системы охраны здоровья матери и ребенка. Так, в 1913 г. на всей территории огромной страны было около 7 тыс. коек в родильных домах и 9 детских консультаций. На 100 000 городского населения приходилось 5,2, а в сельской местности — 1,2 родильной койки. На территории нынешних Армянской, Таджикской, Молдавской ССР не было ни одной родильной койки. От осложнений беременности, родов и послеродовых заболеваний ежегодно умирало более 30 000 женщин (в основном от сепсиса, разрывов матки, эклампсии). Смертность детей на первом году жизни была чрезвычайно высокой; так, в 1913 г. на 1000 родившихся умирали на первом году 273 ребенка.

Таким образом, перед Советским государством в 1917 г. возникла сложная задача — создать буквально на пустом месте государственную систему охраны материнства и детства. Важнейшие положения этой системы были отражены в партийной программе, которая была принята в 1903 г. II съездом РСДРП, в резолюциях и решениях съездов, конференций и Пленумов. Программа предусматривала запрещение женского труда на вредных производствах, использование труда детей школьного возраста, ограничение рабочего дня подростков (6 ч), освобождение беременных женщин от работы в течение 4 нед до родов и 6 нед после родов с сохранением заработной платы за это время.

Советская система охраны здоровья матери и ребенка — это система государственных и общественных мероприятий, направленных на создание условий для сохранения и укрепления здоровья женщины и выполнения ею важнейшей функции — рождения здорового ребенка и его воспитания, а также на охрану здоровья подрастающего поколения, его всестороннее физическое и умственное развитие.

Уже в самом начале строительства Советского государства были изданы законы об охране труда беременных и матерей, кормящих грудью, развернулась организация детских и родовспомогательных учреждений.

При Народном комиссариате государственного призрения в 1917 г. был организован отдел по охране материнства и младенчества. В 1920 г. по указанию В. И. Ленина все дело детского здравоохранения и охраны материнства;

все детские лечебно-профилактические учреждения были переданы в Народный комиссариат здравоохранения и, таким образом, была создана государственная система обслуживания матери и ребенка.

Первой возглавила отдел охраны материнства и детства при Народном комиссариате социального обеспечения в Москве (с 15 апреля 1918 г.) В. П. Лебедева. Активное участие в создании советской системы охраны материнства приняли передовые акушеры: А. Н. Рахманов, Г. Л. Грауэрман, А. И. Лагутяева, М. С. Малиновский и педиатры Г. Н. Сперанский, А. А. Кисель, В. И. Молчанов, Н. Ф. Альтгаузен.

Несмотря на тяжелые последствия первой мировой войны, гражданскую войну, голод и эпидемии, уже в 1920 г. были открыты 108 родильных домов, 197 женских и детских консультаций.

Развитие сети родовспомогательных и детских учреждений потребовало подготовки и роста численности медицинских кадров. В связи с этим в 1919 г. в Москве были открыты первые курсы инструкторов-организаторов здравоохранения, в 1922 г. — Центральный научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества. В дальнейшем такие же институты были созданы в Киеве, Харькове, Ленинграде, Ростове, Казани, Свердловске, Баку, Алма-Ате и других городах. В 1924 г. при сельских Советах были организованы постоянные комиссии по охране материнства и младенчества. Эти комиссии сыграли большую роль в улучшении акушерской помощи на селе, расширении сети женских и детских консультаций, организации яслей, привлечении женщин во время беременности в женские консультации. Особенно широкое развитие сети учреждений охраны материнства и младенчества на селе началось в период коллективизации сельского хозяйства, после XVI Всероссийского съезда Советов в 1935 г. и II Всесоюзного съезда колхозников-ударников.

По примеру Украинской ССР в других республиках стали создаваться колхозные родильные дома, их организация получила вскоре массовое распространение.

В период индустриализации страны в производство все шире вовлекались женщины. Это требовало осуществления ряда государственных мероприятий по созданию таких условий, чтобы женщина могла сочетать функции материнства с участием в социалистическом строительстве. Был принят ряд правительственных решений об улучшении условий труда и быта женщин, питания, охраны здоровья, воспитания детей.

В тот период были построены 200 родильных домов на 17074 коек, 373 молочные кухни, созданы ясли на 213577 мест; число детских и женских консультаций выросло до 5803, число коек для беременных и рожениц достигало к 1940 г. 140 тыс.

Во время Великой Отечественной войны многие учреждения охраны материнства и детства на занятой врагом территории были разрушены. Коммунистическая партия и Советское государство в это трудное время проявляли большую заботу о матерях и детях. В 1942—1943 гг. правительством были даны специальные указания о выдаче дополнительного питания беременным женщинам, кормящим грудью и донорам грудного молока. 8 июня 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Временная оккупация фашистскими войсками части нашей территории в первые годы Великой Отечественной войны привела к огромным людским и материальным потерям, к разрушению значительного числа учреждений ох-

раны материнства и детства. Однако наша страна уже к 1950 г. сумела восстановить первоначальную сеть родовспомогательных и детских учреждений, а к 1964 г. увеличить ее вдвое по сравнению с 1940 г. К 1981 г. количество коек для беременных и рожениц в СССР достигало 232 000, женских консультаций — 24 700.

В нашей стране принято самое передовое в мире законодательство по охране интересов матери и ребенка. Женщине было дано право самой решать вопрос о материнстве (Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения аборт» изданный в 1955 г.). Снижению числа абортов способствует дальнейшее расширение государственных мер поощрения материнства, таких, как законы о запрещении женского труда на тяжелых и вредных для здоровья работах; запрещении отказа в приеме на работу или увольнения, а также снижения заработной платы в связи с беременностью или кормлением ребенка, привлечения к ночным и сверхурочным работам беременных женщин; в переводе беременных по указанию врача на более легкую работу с сохранением прежней заработной платы; об отпуске по беременности и родам за счет государства на 112 дней с сохранением полного среднего заработка для работающих матерей, имеющих трудовой стаж не менее 1 года, а также женщинам, обучающимся с отрывом от производства, предоставляется частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения 1 года, а после этого полугодовой дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком, с сохранением непрерывного трудового стажа работы по специальности; выдается единовременное денежное пособие (в возрастающей сумме) при рождении первого, второго и третьего ребенка, предоставление кормящим матерям дополнительного перерыва для кормления ребенка.

Рост стационарного родовспоможения как в городах, так и в сельских местностях, систематическое наблюдение за беременными в женской консультации, строгое наблюдение за их здоровьем на производстве позволили резко снизить материнскую смертность.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Основные принципы организации акушерской (гинекологической) помощи. В нашей стране эти принципы такие же, как и принципы организации всего советского здравоохранения:

1. Государственный социалистический характер здравоохранения в СССР предполагает бесплатность и общедоступность всех видов лечебно-профилактической помощи, независимо от возраста, выполняемой работы (работницы, колхозницы, служащие, домашние хозяйки) и места жительства.

Приближение к в а л и ф и ц и р о в а н н о й акушерской помощи к населению осуществляется путем организации женских консультаций и родильных домов во всех городах и сельских районах.

2. Важнейшим принципом организации акушерской помощи является п р о ф и л а к т и к а осложнений и заболеваний во время беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний, профилактика перинатальной заболеваемости и смертности.

3. Неразрывная связь в работе практических и научных учреждений — один из главных принципов организации медицинской помощи.

Исторические решения XXVI съезда КПСС, постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 14 августа 1982 г. «О допол-

нительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» обеспечивают дальнейшее совершенствование советского здравоохранения и важнейшего его раздела — системы охраны здоровья матери и ребенка.

Основные учреждения акушерской службы. Решения майского (1982 г.) Пленума ЦК КПСС о продовольственной программе ставят перед органами здравоохранения и, в частности, перед учреждениями охраны материнства и детства задачи по дальнейшему улучшению акушерской и гинекологической помощи в сельской местности. Главным направлением развития акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является максимальное приближение врачебной помощи к женщинам — жительницам села, совершенствование форм и методов профилактической работы и диспансерного наблюдения за ними.

Амбулаторно-поликлиническая и стационарная акушерская помощь жительницам села оказывается на следующих пяти этапах:

Этап 1-й — фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), колхозный родильный дом (КРД), где он еще функционирует.

Этап 2-й — сельская амбулатория и участковая больница без врача.

На этих двух этапах доврачебной помощи работа акушеров направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведение санитарно-просветительной работы. Периодическое врачебное обследование женщин на этих двух этапах осуществляют врачи женской консультации районной (РБ) или центральной районной больницы (ЦРБ), а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта. В ряде районов, например в Казахской, Киргизской ССР, в Калмыцкой АССР, Астраханской области с отдаленными селениями и отгонными пастбищами для обслуживания сельского населения, создаются выездные женские консультации. В районах, где затруднена транспортная связь, допустимо проведение родов акушерами лишь у здоровых повторнородящих (но не многоплодных) с неосложненным анамнезом. Все остальные беременные, особенно относящиеся к группе риска, должны быть заранее госпитализированы в РБ, ЦРБ или межрайонную центральную больницу. В неотложных случаях акушерка оказывает помощь в процессе родов или транспортирует женщину в РБ или в ЦРБ. При невозможности транспортировки акушерка вызывает врача из РБ или ЦРБ.

Этап 3-й — женская консультация РБ или ЦРБ. Стационарная акушерская помощь оказывается на этом этапе в ЦРБ I и II категории. Сюда госпитализируются и беременные, включенные в группы риска. Женщин с наиболее тяжелыми формами осложнений беременности госпитализируют в областной, городской родильный дом, акушерские отделения областных и городских больниц.

Этап 4-й — женская консультация (кабинет) областной больницы, поликлинический отдел межрайонной больницы и акушерские отделения этих учреждений.

Этап 5-й — поликлинические отделения научно-исследовательских институтов, базы кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов и соответствующие стационары. Сюда госпитализируются беременные и роженицы с наиболее тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией.

Типовыми учреждениями, оказывающими акушерскую и гинекологическую помощь в городах, являются женская консультация (в составе родильного дома, реже самостоятельная), родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение больницы. В крупных городах соответствующая лечебно-

профилактическая и консультативная помощь женщинам оказывается также в акушерско-гинекологических клиниках медицинских институтов и научно-исследовательских институтах акушерства и гинекологии.

Женская консультация — основное и наиболее важное учреждение, в котором оказывается лечебно-профилактическая помощь всем женщинам, проживающим в районе, обслуживаемом данным учреждением. Деятельность консультаций строится по участковому принципу, территориальный акушерско-гинекологический участок рассчитан примерно на 3000—3500 женщин. Задачи женской консультации заключаются в следующем: 1) лечебно-профилактическая помощь женщинам во время беременности, после родов и при гинекологических заболеваниях; 2) проведение работы по контрацепции; 3) санитарно-просветительная работа; 4) внедрение в практику работы современных методов диагностики и лечения беременных, родильниц и гинекологических больных; 5) внедрение передовых форм амбулаторной акушерско-гинекологической помощи; 6) социально-правовая помощь; 7) обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных; 8) систематическая связь с родильным домом, станцией скорой помощи, детской поликлиникой, другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами). Важными задачами врачей женской консультации являются также взятие на учет и осуществление лечебных мероприятий беременных, включенных в группы риска, своевременная консультация их специалистами и при необходимости госпитализация.

В ряде городов созданы также консультации под названием «Семья и брак». Весьма совершенной формой организации лечебно-диагностической помощи женщинам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями (как вне беременности, так и во время ее), является организация так называемых консультативно-диагностических центров на базе соответствующего специализированного родильного стационара.

Задачам женской консультации соответствует ее структура. Небольшая консультация состоит из гардеробной, регистратуры, комнаты для ожидания, кабинета для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, манипуляционной комнаты, где проводятся лечебные процедуры, физиотерапевтического кабинета. В крупных консультациях (часть из них является базовыми консультациями) имеется 2—3 и больше кабинетов для акушера-гинеколога, специальные кабинеты для терапевта, зубного врача, венеролога, для проведения психопрофилактической подготовки к родам и для консультации по социально-правовым вопросам.

С целью быстрого внедрения достижений науки в практику и совершенствования лечебно-профилактической помощи в крупных базовых консультациях организуются специальные кабинеты или выделяется время для приема женщин, страдающих бесплодием, экстрагенитальными (сердечно-сосудистыми, эндокринными) заболеваниями во время беременности и вне ее, изосерологической несовместимостью крови матери и плода, невынашиванием, а также для инструктажа по применению противозачаточных средств.

В крупных городах специальная помощь женщинам оказывается также в медико-генетических консультациях.

Задачи медико-генетической консультации следующие: 1) диагностика генетически обусловленных заболеваний; 2) выявление, учет, динамическое наблюдение за лицами с активно выраженными наследственными заболеваниями; 3) консультация больных, страдающих наследственными болезнями, и их родственников по поводу возможности появления у них больного потомства; 4) оказание консультативной помощи медицинским учреждениям и отдельным врачам по вопросам медицинской генетики.

Важный раздел деятельности женских консультаций — патронаж беременных, родильниц и гинекологических больных. Он осуществляется акушерками или медицинскими сестрами под руководством врача.

С целью приближения акушерско-гинекологической помощи к женщинам-работницам на крупных предприятиях организуются гинекологические кабинеты и женские консультации.

Обязанности врача женской консультации на производстве: 1) лечебно-профилактическая работа; 2) изучение условий труда женщин; 3) отбор беременных, подлежащих оздоровлению; 4) рекомендации по диетическому питанию; 5) экспертиза временной нетрудоспособности; 6) анализ заболеваемости; 7) участие в предварительных и периодических осмотрах работниц; 8) участие в работе по оздоровлению условий труда; 9) контроль за работой комнаты личной гигиены.

Основные качественные показатели лечебно-профилактической помощи женщинам в женской консультации: своевременность (до 12 нед) поступления беременной под наблюдение; выявление токсикозов беременных и других осложнений; своевременность госпитализации при осложнениях беременности (группы риска: беременные с узким тазом, тазовым предлежанием, поперечным положением плода, рубцом на матке после кесарева сечения, с резус-конфликтом, первородящие в возрасте старше 30 лет) и экстрагенитальных заболеваний; частота ошибок при определении родового отпуска; частота применения специальных методов обследования и лечения; организация специализированных приемов.

При планировании сети женских консультаций более целесообразна организация их в составе крупных поликлиник, а не как самостоятельного учреждения. Такая структура создает лучшие условия для консультаций специалистов, диагностического обследования, специального лечения.

В состав родильного дома входят женская консультация и стационар. Стационар состоит из следующих отделений: 1) фильтр, где отделяют здоровых беременных и рожениц от больных или лиц с подозрением на инфекцию; отсюда они поступают в приемно-пропускной блок 1-го или 2-го акушерского отделения; 2) приемно-пропускной блок (смотровая, душевая); 3) отделение патологии беременных; 4) родовой блок (предродовая и родовая палаты, операционная и палаты интенсивной терапии для рожениц и новорожденных); 5) послеродовое (физиологическое) — 1-е отделение; 6) отделение новорожденных; 7) обсервационное — 2-е акушерское отделение, состоящее из смотровой, родовой, послеродовой палат и детских палат или отделений; 8) гинекологическое отделение (при крупных родильных домах).

Количество коек в отделениях родильного дома распределяется следующим образом: 45% — физиологическое отделение, 30% — отделение патологии беременных, 25% — обсервационное отделение.

Постоянный контроль за санитарно-гигиеническим состоянием родильного дома осуществляет районная санитарно-эпидемиологическая станция (СЭС).

Заслуживает внимания новая структура родильного дома, в котором обеспечено совместное пребывание матери и новорожденного. При этом создается возможность раннего ознакомления матери с принципами ухода за новорожденным; укрепляется чувство материнства. Несомненным преимуществом является строительство родильных домов в составе крупных многопрофильных больниц, так как это создает более благоприятные условия для консультации специалистов, анестезиологической и реанимационной службы.

В родильных домах имеются лаборатории, лечебно-диагностические кабинеты (физиотерапевтический, рентгеновский). В крупных городах организуются специализированные родильные дома, обеспеченные кадрами специали-

стов и соответствующим оборудованием для оказания помощи больным сепсисом, беременным, страдающим невынашиванием, заболеваниями сердца, туберкулезом, диабетом, с иммунологической несовместимостью по резус-фактору и групповым антигенам.

Организация специализированной помощи в женских консультациях и родильных домах несомненно способствует повышению качества диагностики и эффективности лечения соответствующих заболеваний.

Основные качественные показатели работы родильного дома: материнская заболеваемость и смертность; перинатальная смертность; родовой травматизм детей и матерей; применение современных методов диагностики и терапии.

Руководство акушерско-гинекологическими учреждениями осуществляется соответствующими районными, городскими, областными и краевыми отделами здравоохранения, соответствующими управлениями, отделами министерств здравоохранения. Важную роль в подготовке кадров специалистов (врачей, акушеров) и внедрении достижений современной науки в практику играют главные специалисты — акушеры-гинекологи городских и областных отделов здравоохранения, республиканских и союзных министерств.

Большое значение для дальнейших достижений советской акушерско-гинекологической науки и перинатологии, а также быстрее внедрения достижений науки в практику имеет создание в Москве (1979) Всесоюзного научно-исследовательского центра по охране здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения СССР.

В задачи Центра входят решение проблем союзного значения, планирование и координация научных исследований в области акушерства и гинекологии и перинатальной медицины, внедрение научных достижений в практику, повышение квалификации врачей. Аналогичные центры республиканского значения созданы в ряде союзных республик.

Глава II

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ, РАЗВИТИЕ ЗАРОДЫШЕВЫХ ОБОЛОЧЕК И ПЛАЦЕНТЫ

ПРОЦЕССЫ ПОДГОТОВКИ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ И БЕРЕМЕННОСТИ (КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЦИКЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЯИЧНИКАХ И МАТКЕ)

Процессу оплодотворения и имплантации зиготы в слизистую оболочку матки предшествуют сложные, ритмически повторяющиеся изменения, подготавливающие организм к беременности. Эти циклические изменения укладываются в срок от первого дня последней менструации до первого дня следующей. Менструальный цикл имеет продолжительность 28 дней, реже 21 или 30—35 дней. Циклические изменения, происходящие в организме женщины, наиболее выражены в яичниках и слизистой оболочке матки. Ритмически повторяющиеся изменения происходят также в слизистой оболочке влагалища и шейки матки, в трубах и миометрии.

Менструальные циклы совершаются под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза: фолликулостимулирующего (ФСГ — FSH), лютеинизирующего (ЛГ — LH) и лютеотропного (пролактин) (ЛТГ — LTH).

Особо важная роль в регуляции циклических процессов принадлежит вегетативным центрам гипоталамуса, в которых образуются рилизинг-гормоны (либерины) (РН), активирующие синтез и выделение гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, ЛТГ).

Предполагается наличие факторов, ингибирующих синтез и выделение гонадотропинов (станины), но они еще не идентифицированы; доказано существование пролактостанина. Существует два типа секреции гонадотропных гормонов: тонический (постоянное выделение на невысоком уровне) и циклический (повышение в определенные фазы менструального цикла). Повышение выделения ФСГ наблюдается в начале и особенно в середине цикла (время овуляции). Повышение секреции ЛГ наблюдается непосредственно перед овуляцией и в период развития желтого тела.

Яичниковый цикл. Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза в яичнике совершаются ритмически повторяющиеся изменения. Эти изменения сводятся к следующим фазам: а) развитие фолликула и разрыв созревшего фолликула — фолликулярная фаза; б) развитие желтого тела — лютеиновая (прогестероновая) фаза.

Фолликулярная фаза. Первичный (примордиальный) фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, которая окружена одним слоем эпителиальных клеток (эпителий фолликула); снаружи фолликул окружен соединительнотканной оболочкой. Примордиальные фолликулы образуются в период внутриутробной жизни и раннего детства. К периоду половой зрелости из 400 000—500 000 первичных фолликулов остаются 35 000—40 000, остальные подвергаются обратному развитию. Из оставшихся 35 000—40 000 первичных фолликулов полностью созревают только 450—500, остальные претерпевают процесс физиологической атрезии (фолликул начинает расти, но погибает, не достигнув полного развития).

В первой, фолликулярной, фазе менструального цикла начинается рост одного или нескольких фолликулов, но стадии полного созревания достигает обычно один из них.

Процесс созревания фолликула занимает первую половину менструального цикла, т. е. при 28-дневном цикле происходит за 14 дней, а при 21-дневном — за 10—11 дней. В процессе развития фолликула существенные изменения претерпевают все его составные части: яйцеклетка, эпителий фолликула, соединительнотканная оболочка.

Яйцеклетка увеличивается в размере в 5—6 раз, на ее поверхности образуется прозрачная оболочка (*zona pellucida*), в цитоплазме происходят сложные изменения. Окончательно яйцеклетка созревает после двукратного деления (мейоз), приводящего к уменьшению числа хромосом вдвое. Первое деление — созревательное; при нем образуются две неравные клетки. Основная, большая, клетка остается на месте, маленькая (первое полярное тельце) — выбрасывается. Вскоре происходит второе деление, при котором из клетки удаляется половина хромосом (образующееся второе полярное тельце выбрасывается из зрелой яйцеклетки). После второго деления, которое называется редукционным, яйцеклетка становится зрелой и пригодной для оплодотворения (рис. 1).

Фолликулярный эпителий в процессе созревания подвергается пролиферации — из однослойного становится многослойным, превращается в так называемую зернистую оболочку фолликула (*membrana granulosa folliculi*). Вначале клетки зернистой оболочки сплошной массой заполняют все пространство между яйцеклеткой и соединительнотканной оболочкой. Затем в центре скопления клеток образуются полости, заполненные жидкостью; впоследствии они сливаются и образуют одну общую полость, заполненную прозрачной фолликулярной жидкостью (*liquor folliculi*). По мере накопления фолликулярной