

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	10
Глава 1. Акушерство, перинатология. Этапы развития. Организация акушерско-гинекологической помощи	11
<i>Ключевые разделы</i>	20
Глава 2. Анатомия женских половых органов	21
Наружные и внутренние половые органы	21
Промежность и тазовое дно	25
Кровоснабжение	27
Лимфатическая система	28
Иннервация.	29
<i>Ключевые разделы</i>	29
Глава 3. Репродуктивная система женщины и беременность	30
Менструальный цикл	30
Регуляция репродуктивной функции	37
<i>Ключевые разделы</i>	41
Глава 4. Физиология беременности	42
Оплодотворение, развитие плодного яйца	42
Плацента	46
Желточный мешок.	52
Амнион, околоплодные воды	53
Пуповина.	55
Развитие эмбриона/плода	56
Изменения в организме женщины во время беременности	65
Влияние вредных факторов на плод.	73
<i>Ключевые разделы</i>	80
Глава 5. Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов	81
Таз с акушерской точки зрения	81
Плод как объект родов	86
<i>Ключевые разделы</i>	91
Глава 6. Механизм родов	92
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания	94
Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания	98
<i>Ключевые разделы</i>	100
Глава 7. Методы обследования в акушерстве и перинатологии	101
Основные клинические методы обследования	101
Дополнительные методы исследования	116
<i>Ключевые разделы</i>	141

Глава 8. Диагностика беременности.	142
Признаки беременности.	142
Определение срока беременности и родов	145
<i>Ключевые разделы</i>	147
Глава 9. Ведение беременности.	148
Наблюдение за беременной	148
Основы рационального питания беременных	150
<i>Ключевые разделы</i>	153
Глава 10. Физиологические роды	154
Причины наступления родов.	154
Предвестники родов	158
Периоды родов	159
Течение родов.	168
Ведение родов.	172
Обезболивание родов	186
<i>Ключевые разделы</i>	188
Глава 11. Физиологическое течение периода новорожденности	189
<i>Ключевые разделы</i>	191
Глава 12. Физиологическое течение послеродового периода	192
Изменения в организме роженицы.	192
Ведение послеродового периода	196
Контрацепция в послеродовом периоде	197
<i>Ключевые разделы</i>	198
Глава 13. Аномалии родовой деятельности.	199
Патологический прелиминарный период	199
Первичная слабость родовой деятельности.	200
Вторичная слабость родовой деятельности.	203
Чрезмерно сильная родовая деятельность.	204
Дискоординация родовой деятельности	204
<i>Ключевые разделы</i>	205
Глава 14. Аномалии костного таза	206
Анатомически узкий таз	206
Течение и ведение беременности	213
Течение и ведение родов.	217
Клинически узкий таз.	224
<i>Ключевые разделы</i>	226
Глава 15. Разгибательные предлежания головки плода	227
Переднеголовное предлежание	228
Лобное предлежание	229
Лицевое предлежание	231
<i>Ключевые разделы</i>	234

Глава 16. Тазовые предлежания плода	235
Диагностика	237
Механизм родов	237
Течение беременности и родов	240
Ведение беременности и родов	243
<i>Ключевые разделы</i>	252
Глава 17. Поперечное и косое положения плода	253
<i>Ключевые разделы</i>	256
Глава 18. Многоплодная беременность	257
Диагностика	260
Течение беременности	263
Ведение беременности	264
Течение и ведение родов	265
Специфические осложнения многоплодной беременности	267
<i>Ключевые разделы</i>	273
Глава 19. Невынашивание беременности	274
Самопроизвольный аборт (выкидыш)	275
Привычное невынашивание	278
Преждевременные роды	284
Ведение беременности и преждевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод	290
Профилактика преждевременных родов	292
<i>Ключевые разделы</i>	293
Глава 20. Переношенная беременность	294
<i>Ключевые разделы</i>	298
Глава 21. Токсикозы и преэклампсия	299
Токсикозы беременных	299
Преэклампсия	304
<i>Ключевые разделы</i>	323
Глава 22. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного	324
Этиология	324
Патогенез	325
Гемолитическая болезнь плода	326
Гемолитическая болезнь новорожденного	331
Профилактика резус-сенсibilизации	334
<i>Ключевые разделы</i>	335
Глава 23. Экстрагенитальные заболевания и беременность	336
Заболевания сердечно-сосудистой системы	336
Заболевания органов дыхания	344
Заболевания почек и мочевыводящих путей	347

Заболевания органов пищеварительной системы	350
Заболевания эндокринной системы	355
Заболевания крови	360
Заболевания нервной системы	366
Заболевания органа зрения	367
<i>Ключевые разделы</i>	368
Глава 24. Инфекционные заболевания и беременность	369
Вирусные инфекции	370
Бактериальные инфекции	375
Протозойные инфекции	377
<i>Ключевые разделы</i>	378
Глава 25. Гинекологические заболевания и беременность	379
Миома матки	379
Яичниковые образования	380
Рак шейки матки	381
Аномалии половых органов	382
<i>Ключевые разделы</i>	383
Глава 26. Внематочная беременность	384
Трубная беременность	384
Редкие формы внематочной беременности	392
<i>Ключевые разделы</i>	394
Глава 27. Плацентарная недостаточность. Задержка роста плода	395
Классификация плацентарной недостаточности	395
Классификация задержки роста плода	396
Этиология	396
Патогенез	397
Клиническая картина и диагностика	398
Тактика ведения беременности и родов	399
<i>Ключевые разделы</i>	402
Глава 28. Патология плодных оболочек, пуповины, плаценты	403
Патология плодных оболочек	403
Аномалии пуповины	407
Патология плаценты	410
<i>Ключевые разделы</i>	415
Глава 29. Кровотечения на поздних сроках беременности и во время родов	416
Предлежание плаценты	416
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	423
Алгоритм обследования беременных с кровяными выделениями	429
Врастание плаценты	430
Разрыв предлежащих сосудов пуповины	436
<i>Ключевые разделы</i>	437

Глава 30. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде . . .	438
Кровотечения в последовом периоде	438
Кровотечения в раннем послеродовом периоде	443
<i>Ключевые разделы</i>	449
Глава 31. Родовой травматизм матери	450
Разрывы вульвы, влагалища и промежности.	450
Разрывы шейки матки.	455
Разрыв лонного сочленения.	456
Разрывы матки	457
Ведение беременности и родов при рубце на матке.	467
<i>Ключевые разделы</i>	469
Глава 32. Кровопотеря в акушерстве. Геморрагический шок	470
<i>Ключевые разделы</i>	476
Глава 33. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.	477
<i>Ключевые разделы</i>	480
Глава 34. Эмболия околоплодными водами	481
<i>Ключевые разделы</i>	483
Глава 35. Акушерские операции	484
Искусственный аборт	485
Операции, исправляющие неправильные положения плода (акушерский поворот)	491
Операции, ускоряющие раскрытие шейки матки	495
Родоразрешающие операции	496
Плодоразрушающие операции	525
<i>Ключевые разделы</i>	528
Глава 36. Послеродовые гнойно-септические заболевания	529
Послеродовой мастит	529
Инфекция послеоперационной раны после кесарева сечения и зашивания разрывов (разрезов) промежности.	532
Послеродовой эндометрит	532
Перитонит в акушерстве.	534
Сепсис. Септический шок	537
<i>Ключевые разделы</i>	543
Глава 37. Патология плода и новорожденного	544
Гипоксия плода и асфиксия новорожденного	544
Родовые травмы	556
Дыхательные расстройства у новорожденных	559
Врожденные аномалии развития плода	561
<i>Ключевые разделы</i>	573

Глава 1

АКУШЕРСТВО, ПЕРИНАТОЛОГИЯ. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Акушерство является частью науки о женщине, то есть частью гинекологии (от *gynae* — «женщина»). Акушерство изучает процессы, связанные с зачатием, беременностью, родами, послеродовым периодом. Термин «акушерство» происходит от фр. *accoucher* — «помогать при родах».

Научные аспекты акушерства связаны с изучением физиологии и патологии зачатия, развития эмбриона и плода, родового акта, перехода плода к внеутробной жизни и первых 7 дней жизни новорожденного.

Акушерство заключается в ведении физиологической беременности и родов, в разработке методов диагностики и лечения осложнений во время беременности и родов, в определении акушерской тактики при осложнениях, в совершенствовании методов родоразрешения, то есть направлено на обеспечение здоровья матери, плода и новорожденного.

Акушерство, этапы развития. В течение многовековой истории своего развития акушерство оставалось вне науки и считалось результатом накопления практических навыков. Это соответствовало действительности.

В древние времена помощь рожаящей женщине у разных народов оказывали либо женщины ее семьи, либо колдуны, шаманы.

Имена врачей, врачевателей, ученых, известных в мировой истории на протяжении веков, как правило, в той или иной мере связаны с изучением различных практических аспектов акушерства.

Так, Гиппократ (460–370 гг. до н.э.) причиной наступления родов считал активность плода, который к сроку родов начинает испытывать голодание, отталкивается ножками от дна матки и за счет активных движений рождается на свет. При тазовом предлежании Гиппократ рекомендовал поворот плода на головку, при поперечном и косом положении плода — плодоразрушающие операции, при задержке рождения плаценты — ее ручное отделение.

В работах Абу Али Ибн Сины (Авиценны) (980–1037) упоминается о повороте плода на головку, низведении ножки и плодоразрушающих операциях.

В определенные периоды истории человечества предлагались различные акушерские операции для спасения жизни женщины и ребенка, например, поворот плода на ножку при его поперечном положении. В другие исторические периоды считали, что «бог дал, бог взял», и поэтому ничего не следует предпринимать для оказания помощи матери и ребенку.

Многие известные анатомы первых столетий новой эры (Гален) и последующих веков (Везалий, Фаллопий и др.) в той или иной мере посвящали свои работы особенностям женского организма. Так, в XVI в. Везалий описал особенности женского таза, строение матки, девственной плевы. В тот же период Фаллопий описал строение яйцеводов (фаллопиевы трубы), яичников, первым предложил термин «плацента». Были и практические рекомендации. Известный хирург Амбруаз Паре в XVI в. привлек внимание медиков к забытому к тому времени повороту плода на ножку. В этот же период врачи Франции осуществили кесарево сечение (КС) на живой женщине. Внедрение в практику КС было непростым, так как операция нередко приводила к смерти матери из-за кровотечения, инфекции и от других причин. Длительное время рану на матке оставляли открытой.

В XVII и XVIII вв. происходит активное накопление как теоретических знаний, так и практических навыков в области акушерства. Было дано описание наиболее часто встречающихся видов узкого таза (Девентер), предложено измерение таза (Боделок, Смелли), описан механизм родов при нормальном и узком тазе.

В начале XVII в. семья Чемберленов в Англии изобрела акушерские щипцы для извлечения плода из родовых путей. Однако известность Чемберленов в большей мере связана с неблагоприятным поступком: они продали во Францию только одну часть щипцов, что не позволило их использовать. Полезное изобретение было надолго законсервировано. Только после смерти всех членов семьи на чердаке их дома была обнаружена вторая часть щипцов. В связи с этим изобретателем акушерских щипцов по праву считается Пальфин, который в 1723 г. продемонстрировал на заседании Французской академии наук созданные им модели. Это имело большое значение, и акушеры почти всех европейских стран приложили усилия по их совершенствованию. В зависимости от строения, длины щипцов, конструкции замковой части предложены русские, французские, немецкие, английские щипцы. Создание и внедрение их в практику значительно улучшило исходы родов.

В России в XVIII в. большую роль в развитии акушерской науки и практики сыграл Нестор Максимович Максимович-Амбодик (амбодик — «скажи дважды»), труд которого «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» содержит много оригинальных мыслей и практических советов. Он много сделал для обучения специалистов в области акушерства: ввел преподавание на русском языке, создал школы для повитух (женщин, оказывающих помощь при родах). Н.М. Максимович-Амбодик первым в России использовал акушерские щипцы.

В XVIII в. почти во всех европейских странах стали открываться учреждения (преимущественно для бедных), где принимали роды, при них организовывали школы для акушерок.

XIX в. ознаменован существенными научными достижениями в области естественных наук. Большое значение имели открытие Бэрром яйцеклетки и изучение связанных с этим процессов оплодотворения, имплантации, а также эмбриогенеза.

Особую значимость для практического акушерства приобрела возможность расширения показаний к КС в связи с внедрением в практику основ антисептики. Этому способствовали работы Земмельвейса в Венгрии, который для предотвращения родильной горячки (сепсиса) предложил работающим в родильных залах мыть руки раствором хлорной извести, а также Симпсона, применившего с целью обезболивания хлороформ. Затем наркоз был усовершенствован, стали применять эфир.

Возможность сохранения жизни женщины после КС определялась тем, что в 1876 г. Г. Рейн и Е. Рогго предложили удаление матки после извлечения плода, а в 1881 г. F. Kehrer — ушивание разреза на матке.

В XIX — начале XX в. продолжался поиск методов лечения наиболее частого и тяжелого осложнения беременности — эклампсии. В.В. Строганов разработал схему лечения этого грозного осложнения, принципы Строганова широко использовались во всех развитых странах мира.

Начало XX в. дало человечеству и другие имена известных акушеров-гинекологов: это Н.Н. Феноменов (Казань), М.С. Малиновский (Москва), К.К. Скробанский (Ленинград) и И.П. Лазаревич (Харьков). Выдающийся акушер-гинеколог, основоположник эндоскопической хирургии Д.О. Отт (1904) реконструировал Петербургский повивальный институт, который по сей день является одним из ведущих научных и педагогических центров страны.

В первой половине XX в. во всех странах было создано множество родо-вспомогательных учреждений с особой организацией труда, обеспечивающей профилактику инфекционных заболеваний матери и ребенка. Учреждено догоспитальное наблюдение за беременной в целях своевременного выявления осложнений и устранения их в условиях поликлиники и стационара.

К повышенной заболеваемости как матерей, так и детей приводили эклампсия, роды у женщин с узким тазом; акушерские кровотечения; послеродовые инфекционные заболевания, особенно после оперативного родоразрешения, и др. В большой мере эти проблемы решались, с одной стороны, за счет повышения квалификации врачей, с другой — за счет создания системы оказания помощи беременным и роженицам.

В СССР были созданы женские консультации, где проводилось диспансерное наблюдение за беременными. Одновременно совершенствовались методы диагностики и лечения осложнений беременности и родов, а также способы родоразрешения. Все это привело к значительному снижению материнской и детской смертности, связанных с осложнениями гестации и родов.

Вторая половина XX столетия ознаменовалась внедрением в практику акушерства новых технологий, что в итоге определило значимость этой дисциплины не только в практическом отношении, но и в научном плане. Широкое использование на новом уровне биохимических, эндокринологических, иммунологических, генетических методов исследования позволило четко представить процессы, происходящие в организме матери и плода в процессе нормальной и осложненной беременности.

Хорошо известны имена советских ученых, чьи труды оказали влияние на современное развитие акушерства. Это Б.А. Архангельский, М.С. Малиновский,

В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакин, И.Ф. Жордания, Н.А. Цовьянов, Л.В. Ванина (Москва); М.А. Петров-Маслаков, И.И. Яковлев, С.М. Беккер (Ленинград); А.П. Николаев, А.С. Бакшеев, Л.В. Тимошенко (Киев); И.И. Грищенко (Харьков); К.В. Чачава (Тбилиси) и др. Изданные этими акушерами учебники и учебные пособия не потеряли своего значения до настоящего времени.

Большое значение в научных изысканиях и практической деятельности имели достижения, позволяющие получать объективную информацию о состоянии плода. Сначала стало возможным регистрировать фоно- и электрокардиографию (ЭКГ) плода. Затем появились кардиомониторы, которые еще более точно определяли характер сердечной деятельности плода как в норме, так и при развитии у него кислородной недостаточности на основании регистрации мгновенной частоты сердечных сокращений (ЧСС). Революционным для акушерства стало ультразвуковое исследование (УЗИ) элементов плодного яйца, начиная с ранних сроков гестации. Динамическое визуальное наблюдение за состоянием плода, плацентой при нормальной и осложненной беременности позволило более четко изучить физиологию и патофизиологию эмбрионального и фетального периодов, разрабатывать методы диагностики и терапии заболеваний плода, определять акушерскую тактику.

В связи с тем что во многих развитых странах в послевоенные годы (Вторая мировая война) упала рождаемость и здоровье каждого ребенка, в том числе преждевременно родившегося, представляло великую ценность, ведущими европейскими учеными было предложено в начале 1970-х гг. создать новую отрасль медицины — перинатологию, призванную осуществлять охрану здоровья плода и новорожденного. Это предложение было широко поддержано и утверждено на Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов, который состоялся в Москве в 1973 г. Перинатология начала бурно развиваться во всем мире. Появились понятия, которые стали едиными для акушеров-гинекологов всех стран, что сделало возможным проводить сравнения качества их работы и широкого обмена опытом. К подобным понятиям относятся «перинатальный период», «перинатальная смертность».

Понятие «перинатология» происходит от трех слов: *peri* (греч.) — «вокруг, около»; *natus* (лат.) — «связанный с родами»; *logos* (лат.) — «учение».

Перинатальный период включает дородовой период — антенатальный; роды — интранатальный; 7 дней после родов — постнатальный период. Интра- и постнатальный периоды являются стабильной величиной. В антенатальный период сначала включали продолжительность беременности до родов, начиная с 28-й недели, которые считались пограничными между родами и абортom. Гранью при этом являлся и является не только срок гестации, но и масса плода 1000 г. В последующем было показано, что плоды могут выживать и при меньшем сроке беременности, и тогда антенатальный период в большинстве развитых стран начали исчислять с 22–23-й недели (масса плода — 500 г). Период беременности до этого назвали пренатальным, предшествующим рождению жизнеспособного плода.

Не менее важным в развитии и акушерства, и перинатологии является интранатальный период. Объективный диагностический контроль за состоянием

матери, родовой деятельностью и состоянием плода дал возможность глубже понять физиологию и патофизиологию родового акта, что, в свою очередь, привело к более точной оценке акушерской ситуации и в зависимости от нее — оптимизации способов родоразрешения.

Внедрение диагностических, терапевтических, высокотехнологических средств способствовало значительному прогрессу постнатальной охраны здоровья новорожденного. Разработаны и внедрены в практику методы интенсивной терапии не только для матери, но и для новорожденных, родившихся в асфиксии, с внутричерепной травмой, недоношенными или с экстремально малой массой.

В нашей стране основоположниками перинатологии явились Н.Л. Гармашова (Санкт-Петербург), Л.С. Персианинов, И.В. Ильин, Г.М. Савельева, А.Н. Стрижаков (Москва). В последующем успешно развивали и развивают перинатальные аспекты медицины Н.Н. Константинова (Санкт-Петербург), М.В. Федорова, В.И. Кулаков В.М. Сидельникова, Н.Н. Володин, Л.Г. Сичинава, Р.И. Шалина, В.Е. Радзинский (Москва) и др.

Достижения перинатальной медицины способствовали снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Большое значение в снижении перинатальной заболеваемости имеет создание в нашей стране перинатальных центров, в которых концентрируются беременные высокого риска, и в них имеются все условия для оказания высококвалифицированной медицинской акушерской помощи. При перинатальных центрах предусматривается создание детских отделений по оказанию помощи детям сразу после выписки из родильного отделения — II этап выхаживания новорожденных. На II этап переводятся дети, рожденные с малой (меньше 1500 г) и экстремально малой (менее 1000 г) массой тела, родившиеся с явлениями кислородной недостаточности, родовой травмой и другими заболеваниями. Подобные детские отделения могут располагаться на одной территории или близко к родильному дому, но не в его здании. Создание перинатальных центров предполагает использование новейших технологий, диагностической и лечебной аппаратуры. Важным также является наличие в них отделений реанимации и интенсивной терапии для матери и ребенка.

В настоящее время плод рассматривается как пациент. Высокие технологии [цветовое доплеровское картирование, 3D- и 4D-УЗИ, эхокардиография, магнитно-резонансная томография (МРТ) и др.] позволяют изучить не только морфологию, но и физиологию плода. Зарождается новый метод силуэтного сканирования, который дает возможность визуализации тканей плода: костной основы, жидкостных структур, артериальных и венозных сосудов. Подобная методика приведет к уточнению различных пороков развития, которые подозреваются при УЗИ.

Исследования, проводимые в пренатальном периоде с привлечением генетических, биохимических и ультразвуковых методов, дают возможность диагностировать врожденную и наследственную патологию плода на ранних сроках беременности и по показаниям прерывать ее. Прорыв в выявлении генетически обусловленных заболеваний плода произошел в последние годы в

связи с возможностью изучать дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК) плода в крови матери.

Не менее важен и интранатальный период — рождение плода. Объективный диагностический контроль за состоянием матери, родовой деятельностью и состоянием плода приводит к более точной оценке акушерской ситуации и оптимизации способов родоразрешения.

Внедрение новых диагностических и терапевтических технологий способствовало значительному прогрессу охраны здоровья плода и новорожденного. Разработаны и широко применяются в практике методы интенсивной терапии новорожденных, родившихся в асфиксии, с внутричерепной травмой, недоношенными или с экстремально малой массой. Благодаря научным и практическим достижениям в настоящее время во многих клиниках мира выживают 70% детей, родившихся на сроке от 22 до 28 нед гестации — в экстремально ранние сроки.

В рамках развития перинатологии зарождается и внедряется в практику новое направление — плодовая (фетальная) хирургия.

Все вышеуказанное свидетельствует о том, что вряд ли в настоящее время кто-то усомнится в отрыве акушерства от науки, особенно если иметь в виду достижения в области экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), в эксперименте — клонирования.

Организация акушерско-гинекологической помощи. Создание системы организованных мероприятий в области акушерства и гинекологии направлено на сохранение жизни и здоровья женщины, матери и ребенка. Одним из важнейших показателей этого аспекта работы является снижение материнской и перинатальной смертности, которые тесно связаны с социальными условиями и уровнем жизни населения.

Материнская смертность определяется числом умерших женщин на 100 000 живорожденных в течение беременности, родов и первых 42 дней послеродового периода.

В последние годы в нашей стране наблюдается снижение материнской смертности, чему способствовала модернизация организационных мероприятий по сохранению здоровья женщин вне беременности, во время беременности, во время родов и после них — создание трех уровней стационарной помощи беременным, роженицам, родильницам и маршрутизация.

Перинатальная смертность определяется числом погибших плодов и новорожденных, начиная с 22-й недели гестации (масса плода — 500 г и более), во время родов и в первые 7 дней (168 ч) после рождения в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми, то есть в ‰.

Живорожденным считается плод после его изгнания, начиная с 22-й недели беременности, в случае наличия у него хотя бы одного признака жизни: дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или явных движений произвольной мускулатуры (вне зависимости от пересечения пуповины и отделения плаценты). **Мертворождение** предполагает отсутствие всех признаков жизни у плода. Гибель плода до 22-й недели беременности относится к аборту, в 22 нед и более — к родам.

Умерших в ante- и интранатальном периодах, то есть во время беременности и родов, считают мертворожденными (показатель мертворождаемости в ‰), умершие в первые 7 дней (168 ч) после родов составляют *раннюю неонатальную смертность* (в ‰).

Большую роль в демографии имеет показатель *младенческой смертности*, который вычисляется отношением числа погибших новорожденных (от 0 до 1 года) к 1000 родившимся живыми и мертвыми.

Перинатальная смертность учитывается во всех странах мира. Этот показатель отражает здоровье нации, социальное положение народа, уровень медицинской помощи вообще и акушерской в частности.

Перинатальная и младенческая смертность до 2012 г. учитывалась с 28-й недели беременности, и она в нашей стране до 2012 г. постоянно снижалась, а после учета гибели детей, начиная с 22-й недели беременности, этот показатель несколько возрос.

Государственное значение имеет снижение не только перинатальной смертности, но и перинатальной заболеваемости, так как здоровье в перинатальном периоде в большей мере определяет таковое на протяжении всей жизни человека.

Оказание лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, гинекологическим больным имеет определенную специфику, отличаясь от общемедицинской практики.

Основными задачами акушеров и гинекологов являются:

- ▶ уменьшение материнской заболеваемости и смертности;
- ▶ снижение перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности;
- ▶ работа по планированию семьи, профилактике аборт, лечению бесплодия;
- ▶ снижение гинекологической заболеваемости;
- ▶ оказание социально-правовой помощи женщинам.

Выделяется амбулаторное и стационарное обеспечение охраны здоровья матери и ребенка, а также оказание помощи гинекологическим больным.

Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь. В нашей стране учреждениями здравоохранения, где беременные и гинекологические больные амбулаторно наблюдаются и проходят по показаниям лечение, являются:

- ▶ женские консультации;
- ▶ фельдшерско-акушерские пункты;
- ▶ сельские врачебные амбулатории;
- ▶ медико-генетические консультации (отделения);
- ▶ отделения вспомогательной репродуктивной технологии;
- ▶ консультативные отделения в перинатальных центрах.

Женская консультация может входить в структуру родильного дома, поликлиники, перинатального центра и быть самостоятельным учреждением.

В амбулаторных условиях проводятся:

- ▶ диспансерное наблюдение за беременными;
- ▶ пренатальная диагностика (выявление врожденной и наследственной патологии плода);
- ▶ работа по профилактике аборт;

- ▶ диспансерное наблюдение гинекологических больных;
- ▶ обследование и лечение гинекологических больных, начиная с детского возраста;
- ▶ организация профосмотров женского населения в целях раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, в том числе молочных желез;
- ▶ выдача листков нетрудоспособности в связи с беременностью и родами.

Наблюдение за беременными в России проводится с использованием активного диспансерного метода. Наблюдение за течением беременности представляет собой основу своевременного выявления отклонений от нормального течения беременности и оказания при этом адекватной терапии в поликлинике или в стационаре. Результаты наблюдения за течением беременности и данные лабораторного исследования фиксируются в индивидуальных картах, выписки из которых в сокращенном виде регистрируются в обменной карте, направляемой в родильное учреждение. Сведения о пребывании в стационаре, течении и исходах родов указываются в этой карте, которая вновь поступает к лечащему врачу амбулаторного звена.

Снижение материнской и перинатальной смертности и заболеваемости в большой мере, помимо амбулаторного звена, определяется акушерской помощью в стационаре.

Стационарная акушерская помощь. Акушерские стационары в РФ бывают различного масштаба — от маломощных на 30–40 коек до перинатальных центров и высокотехнологичных родильных отделений многопрофильных больниц. В некоторых крупных городах РФ организованы специализированные родильные дома, в которых концентрируются пациентки с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, привычным невынашиванием, резус-сенсибилизацией, инфекционными заболеваниями, почечной патологией и др. Подобная специализация очень целесообразна, так как родильное учреждение превращается в своеобразный научно-методический центр по вышеуказанным заболеваниям, и помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным оказывается на высоком профессиональном уровне.

В последнее время осуществлена модернизация оказания акушерской помощи, которая привела к снижению материнской смертности и улучшению перинатальных исходов. Все акушерские стационары разделены на три уровня в соответствии с возможным объемом оказания диагностических и лечебных мероприятий беременным, роженицам и новорожденным.

К *первому уровню* относятся небольшие родильные дома, родильные отделения районных больниц, где в год проходят около 300 родов и нет постоянного дежурного врача — акушера-гинеколога. В таком стационаре акушерка или врач, вызванные ночью, могут принять только неосложненные роды у здоровой роженицы.

Второй уровень — родильные отделения городских, краевых, областных и республиканских больниц; межрегиональные перинатальные центры, в которых оказывается полноценная акушерская помощь и при необходимости проводятся реанимационные мероприятия, интенсивная терапия как матери, так и новорожденного.

Третий уровень учреждений — перинатальные центры субъектов РФ; НИИ с функцией перинатальных центров; кафедры акушерства и гинекологии, работающие на клинических базах с высоким уровнем оснащения. В них оказывается специализированная высокотехнологичная медицинская помощь при любой сложности заболеваний матери и плода.

В последнее время большую роль в снижении материнской и перинатальной смертности играют перинатальные центры (третий уровень), которые организованы почти во всех регионах РФ. Перинатальные центры оснащаются современной лечебно-диагностической аппаратурой, в них работают высококвалифицированные специалисты. В перинатальных центрах концентрируются пациентки с особо серьезными осложнениями. В центрах имеются отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. В перинатальных центрах имеется возможность лечения бесплодия, в том числе и хирургическим доступом (лапаротомия, лапароскопия), организуются отделения для ЭКО, генетического консультирования, отделения планирования семьи. Важным является наличие отделения для забора и хранения компонентов крови (отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции). Перинатальные центры предполагают наличие второго этапа выхаживания недоношенных и больных детей (до 1–3 мес жизни), а также отделение катамнеза.

В учреждениях второго и особенно третьего уровня проводятся научные изыскания, направленные на сохранение здоровья матери и ребенка, снижение материнской и перинатальной смертности.

Эффективность трехуровневой системы оказания акушерской помощи определяется взаимосвязанностью всех уровней с использованием дистанционного контроля за состоянием здоровья беременных высокого риска; своевременной и заранее выбранной маршрутизации пациентов.

Маршрутизация в акушерстве подразумевает систему поступления беременной, роженицы или родильницы (осложнения в послеродовом периоде) в стационар соответствующего уровня. Стационар для проведения родов выбирается пациенткой, а при наличии осложнений — с привлечением наблюдающего ее врача. Особенно важен выбор стационара для живущих в отдаленной от города местности. При необходимости осуществляется перевод из учреждения одного уровня в другой. Способ передвижения зависит от региона: машина скорой помощи, реанимобиль, санитарная авиация. Иногда используется водный транспорт. Каждое передвижное средство оснащено всем необходимым для оказания экстренной помощи. Транспортная инфраструктура с возможностью осуществлять неотложные мероприятия беременным, роженицам, родильницам, новорожденным выездной бригадой медицинских сотрудников имеет огромное значение для сохранения здоровья матери и плода. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатологической бригадой.