

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА

Акушерство и гинекология - две отрасли единой науки, касающиеся научных и практических основ здоровья женщины, матери и будущего ребёнка.

Наряду с хирургией и терапией они относятся к специальностям, составляющим основу клинической медицины.



Акушерство - (от франц. accoucher -помогать в родах, принимать роды)-изучает физиологию и патологию процессов ,связанных с зачатием, беременностью ,родами и послеродовым периодом. А также разрабатывает методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

- **40-35 тыс. лет назад** первыми носителями медицинских знания, первыми «профессионалами» народной медицины были женщины в общине. В поздний период родового общества рациональные медицинские знания всё теснее переплетаются, а нередко и подменяются религиозно-магическими ритуалами и заклинаниями, жертвоприношениями, выделением богов.



- В папирусе из Кахуна (около 2 тыс. лет до н.э.) обобщены знания древних египтян в области акушерства и гинекологии: признаки маточных кровотечений, способы их лечения, симптомы воспалительных гинекологических заболеваний, болезни молочных желез, умели пользоваться противозачаточными средствами и распознавать ранние сроки беременности.
- Из этого же источника известно, что роды на дому принимали акушерки.
- Многие считают, что египтяне знали кесарево сечение.

- В Месопотамии появилась классификация медицинских специальностей: различали «медицину ножа» (т.е. хирургию), «травную медицину» (т.е. внутренние болезни), в клинописях, в частности в кодексе Хаммурапи, упоминались врачи, «помогающие при родах».
- В каноне «Авесты» - главном источнике представлений о медицине древнего Ирана – медицина определена как искусство сохранять тело в здоровом состоянии.

- Культура Древней Греции оставила исключительный след в истории человечества и внесла много открытий в систему знания о человеке и его болезнях.
- Первоначально обучение медицине было организовано в храмах Асклепия, акушерскому искусству обучали в храмах Артемиды, а затем (VI-V вв. До н.э.) возникли первые светские медицинские школы, в том числе самые известные из них – Книдская и Косская.
- Представители Книдской школы признаны как создатели гинекологии. Они проводили влагалищные исследования, умели оценивать состояния шейки матки, используя для этого зонд, в случае необходимости расширяли цервикальный канал, вправляли матку при её выпадении, вводили в полость матки лекарственные средства.

- Деметрий из Апалеи (III в. до н.э.) – первым описал головное предлежание плода как физиологическое.
- В Древнем Риме вопросы родовспоможения впервые стали решаться на государственном уровне. Был издан закон, предписывающий для спасения жизни младенца производить кесарево сечение у всех умерших во время беременности женщин.
- Соран из Эфесса признанный основоположник акушерства и педиатрии. Он написал 15 книг, главная из которых полностью посвящена повивальному ремеслу и вплоть до средних веков была руководством для практикующих акушеров.

- Хирург Абу-ль-Касим (936-1013) стал первым и единственным арабским врачом, который подробно описал клиническую картину внематочной беременности.
- Ибн-Зохран (1092-1162) первым опубликовал рецепты противозачаточных средств.
- Амбруаз Паре (1510-1590) возобновил в практике поворот на ножку плода и кесарево сечение при смерти роженицы.
- Траутманн в 1610 г. Произвёл первую операцию кесарева сечения на живой роженице.

- Фаллопий Г. (1523-1562) – анатом, хирург и акушер. Изучил и детально описал строение и функции маточных труб.
- Его ученик Араций Г. исследовал функции плаценты, описал эмбриональный проток.
- Боталло Л. Изучал внутриутробное кровообращение плода, описал проток, соединяющий легочную артерию с дугой аорты во внутриутробный период.
- Фабриций Х. уточнил расположение плода в матке во время беременности.



- В XVIII в. Завершилась монополия на родовспоможение повивальных бабок, наряду с ними помощь в родах стали оказывать дипломированные врачи-акушеры мужчины.
- Девентер Х. (1651-1724) разработал учение о костном тазе, подробно описал равномерносуженный и плоский таз.
- Морисо Ф. предложил свой метод выведения головки во время родов при тазовом предлежании плода.
- Жан Луи Боделок (1747-1810) существенно продвинул учение об акушерском тазе. Предложенная методика измерения женского таза используется и в наши дни.

- В XIX в. Полностью сформировалась модель акушерских щипцов.
- 1852 г. – в Англии возникло первое акушерско-гинекологическое общество.
- Внедрение в практику наркоза, асептики и антисептики способствовало оперативной активности акушеров.
- В конце XIX в. Пинар А. детализировал и систематизировал приёмы наружного исследования беременной; внедрено выслушивание сердцебиения плода.

ВЫДАЮЩИЕСЯ АКУШЕРЫ- ГИНЕКОЛОГИ

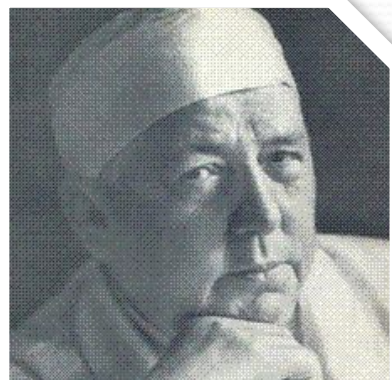
Н.М. МАКСИМОВИЧ-АМБОДИК
М.С. МАЛИНОВСКИЙ
В.В. СТРОГАНОВ
И.Ф. ЖОРДАНИЯ
Л.С. ПЕРСИАНИНОВ
К.Н. ЖМАКИН
В.И. БОДЯЖИНА



Н.М. Максимович-
Амбодик



К.Н.Жмакин



В.В.Строганов



Л.С.Персианинов

Об истории акушерства



Петр I – с 1704 г – указы по контролю за деятельностью баб-повитух.

Кондоиди П.З. - 1754 г. – усиление контроля, школа для подготовки акушерок.

Амбодик-Максимович Н.М. (1744—1812) – «отец русского акушерства»



Эразмус И.Ф. - 1762 г. - первое изданное на русском языке «Наставление, как женщинам в беременности, в родах и после родов себя держать».

Рихтер В.М – 1804 г. – преподавание акушерского искусства

Снегирев В.Ф – начало 19 века – гинекология, как самостоятельную отрасль русской медицинской науки.




Побединский Н.И. – 1913 г. – заведование кафедрой акушерства.

Грантли Дик-Рид - 1890-1959 г. - Основатель метода естественных родов доктор медицинских наук (Кембридж).

Фредерик Лебуайе - французский гинеколог, акушер, публицист, пионер «мягких родов», основоположник метода, названного его именем.



- Акушерство XX в. С повсеместным внедрением антисептики, асептики и обезболивания, а также с применением гемотрансфузии, широкого спектра антибиотиков совершенно преобразилось.
- Пересмотрены показания к некоторым акушерским операциям; значительно снизилась материнская смертность, связанная с кровотечениями в родах, ГСО в период беременности, родов и послеродового периода.



СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РБ

Охрана здоровья женщины, матери и ребенка предусматривает следующие изменения

- объединение акушерской и гинекологической служб с общей медицинской службой; диспансеризация и оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи; ориентация акушерства на перинатальную охрану плода; совершенствование деятельности центров и кабинетов пренатальной диагностики; улучшение общей медицинской и специализированной помощи беременным женщинам;
- создание и дальнейшее совершенствование акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов с целью подготовки женщин к материнству, преемственного и непрерывного оказания помощи беременным, родильницам и новорожденным, своевременного выявления и лечения экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности, проведения прегравидарной подготовки женщин группы резерва родов;
- совершенствование системы этапного оказания родовспомогательной помощи;
- активная профилактика и своевременное лечение гинекологических заболеваний;

- развитие специализированной медицинской помощи: консультаций «Брак и семья», медико-генетических центров, акушерских стационаров и отделений для лечения и родоразрешения женщин с эндокринной и сердечно-сосудистой патологией, почечными заболеваниями и др.;
- активизация деятельности по планированию семьи и формированию здорового образа жизни;
- широкое внедрение немедикаментозных методов терапии и профилактики женских болезней, осложнений беременности и родов; использование природных и преформированных физиотерапевтических факторов;
- автоматизация, компьютеризация и обеспечение современной техникой.

Основные учреждения здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь

- родильный дом общего профиля или специализированный по определенному виду патологии беременных (сердечно-сосудистым и эндокринным заболеваниям, туберкулезу, невынашиванию беременности и др.);
- женская консультация, которая может быть структурным подразделением родильного дома, поликлиники или амбулатории;
- акушерские и гинекологические отделения городских, областных, районных, участковых и других больниц.


Стационар -

лечебное учреждение для круглосуточного пребывания пациентов, непрерывного наблюдения за ними и оказания им необходимой и достаточной помощи.



Основные функции и задачи акушерского стационара (АС)

оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме.



Организация работы в АС строится по единому принципу в соответствии с действующими положениями родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, методическими рекомендациями.

Типовые учреждения по оказанию акушерско-гинекологической помощи:

Без врачебной помощи
Фельдшерско-акушерский пункт

С общей врачебной помощью
Участковые больницы с акушерскими койками

С квалифицированной врачебной помощью
ЦРБ, городские родильные дома, НИИ акушерства и гинекологии

Акушерский стационар

Приемно-пропускной
блок

1 физиологическое
отделение

2 наблюдательное
отделение

Отделение патологии
беременных

Гинекологическое
отделение

Лечебно-
диагностическое
отделение

Административно-
хозяйственные службы

ПЕРВОЕ

(ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ)

АКУШЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Приемно-пропускной
блок

Родовой блок

Послеродовые палаты

Отделение
новорожденных

Выписная комната

Приемно-пропускной блок

вестибюль

фильтр


Санпропускник
1 физиологического отделения

Санпропускник
Обсервационного отделения

ПРИЕМНО-ПРОПУСКНОЙ БЛОК

В фильтре осматривают кожные покровы и видимые слизистые оболочки, измеряют температуру тела и проводят сбор анамнеза.

Санпропускник предназначен для санитарной обработки пациенток.



В 1 физиологическое отделение направляют беременных или рожениц без признаков инфекционных заболеваний, не имеющих контакта с инфекцией, наблюдавшихся и обследованных в женской консультации.

Родовой блок

Предродовые палаты

Родовой зал

Комната для
новорожденных

оперблок

- большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови

Палата интенсивной
терапии

Вспомогательные
помещения
кабинеты и комнаты для
медперсонала, санузлы и т.п.

Палата интенсивной терапии

предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями.

Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

ПОСЛЕРОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Палаты для
родильниц

процедурная

бельевая

Санитарные
комнаты

выписная

Кабинеты
для
персонала

ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Палаты для
здоровых
новорожденных

Палаты для
недоношенных
новорожденных

Палаты для
новорожденных с
патологией

- Асфиксия, нарушение
мозгового
кровообращения, и др.

Молочная комната

Комната для
хранения БЦЖ


бельевая

ПАКУШЕРСКОЕ (ОБСЕРВАЦИОННОЕ) ОТДЕЛЕНИЕ

Представляет собой самостоятельный
родильный дом в миниатюре, т. е. имеет
полный набор всех необходимых
помещений и оборудования.

Во II отделение госпитализируют беременных, рожениц и родильниц, которые могут быть источником инфекции для окружающих (лихорадка неясной этиологии, ОРВИ, мертвый плод, безводный промежуток свыше 12 часов, родившие вне родильного дома).

Также в отделение переводят заболевших беременных из отделения патологии и родильниц из физиологического послеродового отделения при осложненном течении послеродового периода (эндометрит, нагноение швов промежности, швов после кесарева сечения и т. п.).



В обсервационном отделении находятся дети, родившиеся в этом отделении, дети, матери которых переведены из первого акушерского отделения, дети, переведенные из родильного блока с врожденным везикулостулезом, уродствами, "отказные" дети, дети, родившиеся вне родильного дома.

ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ

В отделение патологии подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами, невынашиванием беременности, фетоплацентарной недостаточности (ФПН), неправильными положениями плода, сужением таза и др.).

ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ

В отделении работают врачи акушеры, терапевт, окулист.

В отделении, обычно, есть кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ, смотровой кабинет, процедурный кабинет.

При улучшении состояния здоровья беременных выписывают домой.

С началом родовой деятельности рожениц переводят в I акушерское отделение

Качественные показатели работы акушерского стационара:

- 1) снижение детской смертности
- 2) снижение материнской смертности
- 3) снижение инфекционных заболеваний
- 4) снижение травматизма в родах
- 5) повышение процента обезболивания в родах
- 6) снижение заболеваемости детей и матерей

Принципы работы акушерского стационара:

1. Соблюдение санитарно-эпидемического режима
2. Бесплатность
3. Общедоступность
4. Соблюдение масочного режима
5. Преимущество между родильным домом и женской консультацией
6. Поточность заполнения палат
7. Генеральная уборка
8. Дезинфекция
9. Своевременное оформление санитарных медицинских книжек

Санитарно-гигиенический и противо-эпидемический режимы в акушерском стационаре.

Предупреждение инфекционных заболеваний матери и новорожденного является важнейшей задачей в работе акушерского стационара.

ВБИ в акушерском стационаре

- Внутрибольничная инфекция в родовом стационаре вызывается внутрибольничными микроорганизмами, циркулирующими в ЛПУ и обладающими устойчивостью к дез. средствам и антибиотикам.
- Наиболее часто вызывают госпитальную инфекцию следующие микроорганизмы: протей, кишечная палочка, энтерококки, синегнойная палочка, золотистый стафилококк, а также ассоциации бактерий.

Источником инфекции в родильном доме могут быть:

- беременные, роженицы или родильницы, как бактерионосители, так и больные с проявлениями инфекции и с гнойничковыми заболеваниями кожи: фурункулы, маститы, эндометриты и т.д.
- бактерионосители из числа мед. персонала (с локализацией возбудителя на слизистых оболочках носа и зева).
- новорожденные (с первых суток происходит заселение микрофлорой в т.ч. и патогенной кожных покровов и слизистых оболочек носа, рта, дых. путей, ЖКТ и т.д.). В результате возбудитель передается от одного новорожденного к другому, а затем происходит вспышка инфекции и заражение матерей.

Распространение инфекции идет двумя путями:


1. Воздушно-капельным
2. Контактным

Наиболее часто передача
возбудителей реализуется по
цепочке:

***Персонал □ новорожденный □
мать***

Основные требования санитарно-противоэпидемического режима в АС:

1. Своевременное выявление и изоляция рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями
2. Своевременное обнаружение очагов инфекции и их санация
3. Применение высокоэффективных методов обеззараживания рук мед. персонала и кожи операционного поля
4. Пастеризация грудного молока
5. Организация централизованной стерилизации белья, перевязочного материала и инструментов
6. Использование методов и средств дезинфекции для обработки постельных принадлежностей, обуви и т.д.



Влажная уборка, проветривание и облучение бактерицидными лампами во всех помещениях АС проводится не реже 2-х раз в день. В предродовых, родильных и послеродовых палатах- 3 раза в день. В отделение новорожденных 5-6 раз в день.

Женская консультация -

организация здравоохранения, обеспечивающая амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь с использованием современных медицинских технологий, услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья.

ЗАДАЧИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- выполнение оптимальных лечебно-диагностических технологий на амбулаторно-поликлиническом этапе;
- выявление женщин группы резерва родов и проведение преконцептивной подготовки.
- проведение динамического наблюдения беременных женщин в целях предупреждения осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- выполнение комплекса лечебно-профилактических мероприятий с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара, у гинекологических больных;
- проведение вторичной профилактики злокачественных новообразований репродуктивной системы;

- консультирование и оказание услуг по планированию семьи;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения, начиная с подросткового возраста, с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности и родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- проведение медико-реабилитационных мероприятий;

- проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни;
- обеспечение женщин медико-социальной и правовой защитой в соответствии с действующим законодательством по охране материнства и детства, в рамках компетенции женской консультации;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности медицинского персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекций;
- внедрение в практику работы современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала

СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- регистратура
- кабинеты заведующего, старшей акушерки
- врачебные акушерско-гинекологические кабинеты
- кабинет патологии шейки матки
- процедурный кабинет
- кабинет для занятий школы беременных
- ординаторская
- кабинеты смежных специалистов

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ

- своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации (при правильной организации работы женской консультации 70-90% беременных должны поступать под наблюдение со сроком до 12 недель беременности, а в сроки после 28 недель, не взятых на учет не должно быть);
- процент женщин, осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности;
- частота гестозов беременных (встречаются у 10-15% женщин);
- частота экстрагенитальной патологии (имеет место более чем у 70% беременных);
- материнская смертность;

- перинатальная смертность;
- процент срочных родов;
- процент преждевременных родов (частота преждевременных родов составляет 5-10% от общего количества родов);
- процент запоздалых родов (перенашивание беременности наблюдается в 1-2% общего количества родов);
- процент оперативного родоразрешения;
- частота аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми (не должна превышать 80