

# 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

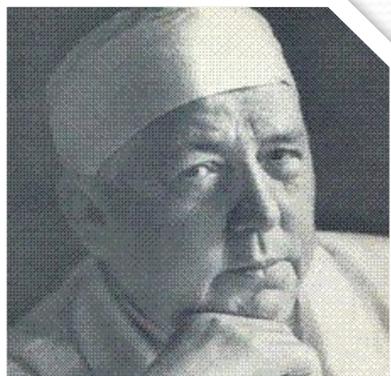
В.И. БОДЯЖИНА



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 акушеров.

**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 везикулопустулезом, 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