

02
65428



БРАТУХИНА

Ольга Анатольевна

Развитие акушерско-гинекологической помощи
в Северо-Восточном регионе Европейской России
в XIX – XX веках

07.00.10 – История науки и техники
(История медицины)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН

Научные руководители:

доктор медицинских наук,
профессор М.Б.Мирский,

доктор медицинских наук
Е.И.Данилишина

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор Р.В.Коротких

доктор медицинских наук
подпись

Ведущее учреждение

02 | 318167
65428
Брянская акад.

Защита диссертации
заседании диссертационно-
исследовательском институ
здравоохранением им. Н.А.

часов на
з-
ия
'к
1
1.

(105064, г. Москва, ул. Вор
С диссертацией мо
социальной гигиены, экс
Н.А.Семашко РАМН: Моск

318167

Автореферат разосла

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук
доцент

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Акушерско-гинекологическая помощь

(родовспоможение и лечение гинекологических заболеваний) - один из древнейших разделов медицинской деятельности, во многом определяющий охрану репродуктивного здоровья населения. От примитивных, не всегда рациональных приемов народной медицины, до современного состояния акушерско-гинекологической службы пройден чрезвычайно долгий путь. Для решения задач укрепления и сохранения репродуктивного здоровья, совершенствования охраны здоровья матери и ребенка необходимо знать и учитывать исторический опыт становления и развития службы родовспоможения и гинекологической помощи.

Опыт и состояние акушерско-гинекологической помощи населению северо-восточного региона Европейской России XIX - XX вв. наглядно иллюстрирует деятельность медиков Вятской губернии и Кировской области. Ценность практической деятельности по охране здоровья женщин и детей в этом регионе, как показывает анализ исторического опыта, не подлежит сомнению. Изучение акушерско-гинекологической помощи в Вятской губернии и Кировской области в XIX - XX вв. окажется полезным для совершенствования этого вида медицинской помощи во всем северо-восточном регионе Европейской России.

Территория Вятской губернии была в XIX в. основной частью северо-восточного земледельческого региона России. В тот период Вятская губерния являлась связующим звеном между центром страны, Уралом, русским Севером и Поволжьем. В XX в. из губернии постепенно выделились территории, которые в настоящее время входят в состав Татарстана, Республики Марий-Эл, Республики Коми, Пермской области и Удмуртии. Свои современные границы Кировская область получила в 1936 г. Таким образом, на примере истории акушерско-гинекологической помощи в Вятской губернии и Киров-

ГОУ ВПО МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА
Центральная научная
медицинская библиотека

318167
318167

02
65428

ской области можно изучить развитие данного вида медицинской деятельности в северо-восточном регионе Европейской России в XIX - XX вв.

Целью исследования явилось создание целостной картины акушерско-гинекологической помощи населению Северо-Восточного региона Европейской России в XIX - XX вв. (на примере Вятской губернии и Кировской области).

Исходя из поставленной цели, были определены следующие задачи:

1. Проанализировать помощь роженицам и больным женщинам в народной медицине.
2. Дать характеристику акушерско-гинекологической помощи в приказной, земской и фабрично-заводской медицине, а также в деятельности частнопрактикующих врачей.
3. Изучить организацию акушерско-гинекологической помощи населению региона в советский период и в последующее время.
4. Выявить особенности и попытаться сформулировать тенденции дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи населению региона.

Хронологические рамки исследования охватывают двухвековую историю: XIX и XX вв.

Материалы и методы исследования. Источниковедческую базу исследования составляют публикации в научной и периодической печати, официальные документы, различного рода обзоры и отчеты, материалы съездов земских врачей, памятные книжки, календари, воспоминания и свидетельства медицинских работников, статьи и другие работы отечественных авторов по вопросам акушерско-гинекологической помощи населению. Важнейшую часть источников составили архивные материалы, многие из которых впервые вводятся в научный оборот. Так, в Государственном архиве Кировской области проведено изучение более 200 дел из 30 фондов, непосредственно в

работе использовано 110 дел из 14 фондов. При написании работы использовались материалы из архивов многих центральных районных и участковых больниц Кировской области и г. Кирова, а также из личных архивов вятских врачей - С. А. Драверта, С. К. Бармина и др.

Научная новизна. Работа впервые воссоздает целостную картину акушерско-гинекологической помощи населению северо-восточного региона Европейской России (на примере Вятской губернии и Кировской области) в XIX - XX вв. Определены основные черты и особенности акушерско-гинекологической помощи населению в вышеуказанный период, впервые отдельно проанализировано состояние родовспоможения и помощи больным женщинам в народной медицине. В работе дана объективная характеристика акушерско-гинекологической помощи в земской медицине, выделены ее основные этапы, показана акушерско-гинекологическая деятельность частнопрактикующих врачей. В работе впервые проанализирована организация акушерско-гинекологической помощи населению Вятской губернии и Кировской области в системе государственного здравоохранения в советский период и в последующее время.

Научно-практическая значимость работы заключается в том, что она восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и является вкладом в создание объективной, написанной с современных позиций истории медицины и здравоохранения России.

Внедрение результатов исследования в практику: Материалы выполненного диссертационного исследования получили отражение в 7 научных работах.

Материалы, полученные в ходе исследования, нашли применение в учебном процессе в Кировской медицинской академии, а также использованы при создании музея истории медицины и здравоохранения Кировской области. Часть этих материалов передана в Государственный архив Кировской области, Кировскую областную библиотеку им. Герцена и Кировскую областную научную медицинскую библиотеку.

Материалы диссертации доложены и обсуждены: На заседании проблемной комиссии и ученого совета Кировского государственного медицинского института (Киров, 1996); на конференции, посвященной 55-летию победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов (Москва, 2000); на конференции «100 лет акушерско-гинекологической клиники им. проф. В. С. Груздева - итоги и перспективы» (Казань, 2000); на конференциях «Российские регионы: проблемы современного образования» (Киров, 2000, 2001); на конференции молодых ученых КГМА «Молодежь и медицинская наука на пороге XXI века» (Киров, 2000).

Основные положения, выносимые на защиту.

1. В Северо-Восточном регионе Европейской России в XIX вв. и вплоть до середины 30-х годов XX вв. основной объем акушерско-гинекологической помощи населению получало, используя методы народной медицины.

2. Акушерско-гинекологическая помощь, как система научных обоснованных медицинских мероприятий, сложилась в Вятской губернии в период земского самоуправления и получила дальнейшее развитие в государственном здравоохранении советского периода.

3. Родовспоможение и помощь больным женщинам в регионе в XIX - XX вв. имели ряд особенностей, обусловленных многонациональностью населения, местными традициями, обычаями, обрядами.

4. На развитии акушерско-гинекологической помощи в регионе в XX в. отрицательно сказалось отсутствие специализированного медицинского центра (клиники, медицинского ВУЗа), а также недостаток врачей акушерско-гинекологов, что привело к большому объему ложврачебной медицинской помощи.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 4 глав, заключения и выводов, списка использованной литературы и источников, приложения. Объем диссертации 217 страниц машинописного текста. Работа содержит 33 таблицы. Список использованной литературы и

источников включает 433 наименования, в том числе 110 архивных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы, определены цели и задачи исследования, его хронологические рамки, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту.

Первая глава содержит обзор работ, посвященных истории оказания акушерско-гинекологической помощи в стране и в изучаемом регионе, а также обзор источников по изучаемой теме. Анализ историко-медицинской литературы дает основание утверждать, что до настоящего времени история оказания акушерско-гинекологической помощи в северо-восточном регионе Европейской России в XIX - XX вв. не была предметом специального исследования.

Во второй главе дан анализ методов народной медицины, использовавшихся для лечения гинекологических заболеваний и помощи при родах в Северо-Восточном регионе Европейской России в XIX - начале XX в. Это была своеобразная система, базировавшаяся на предположениях о причинах возникновения заболеваний, в данном случае - гинекологических, а также на представлениях о здоровье и болезни в целом. Считалось, что акушерская и гинекологическая патология могла возникнуть вследствие Божьей кары, физического перенапряжения, сглаза, оговора, воздействия злых духов, недостаточного питания, нарушения обычаев и религиозных представлений. Нами выявлена и описана народная акушерско-гинекологическая терминология, отличающаяся от терминологии других регионов России. Для предупреждения осложненных родов и возникновения гинекологических заболеваний была разработана система профилактики. При лечении акушерско-гинекологической патологии широко использовались заговоры, средства растительного и минерального, реже - животного происхождения.

Все методы, использовавшиеся в народной медицине при родовспоможении и лечении гинекологических заболеваний, разделены нами на: 1) рациональные, приносящие пользу (родоразрешение в бане, активное поведение женщины в родах, траволечение); 2) бесполезные, но не приносящие женщине и ребенку вреда (заговоры, родильные обряды); 3) опасные для здоровья и жизни женщины и новорожденного (выдавливание ребенка, подвешивание роженицы с целью исправления положения и предлежания плода, методы прерывания нежеланной беременности). Народная медицина региона имела свои особенности, обусловленные, в первую очередь, многонациональными составом населения края, местными традициями, обычаями, обрядами и верованиями. Так, в траволечении жители разных частей региона одними и теми же травами использовали с разными целями. Широко использовались родильные обряды, заговоры, в которых переплетались языческие представления и вера в Бога.

В третьей главе дана характеристика развития акушерско-гинекологической науки в России в конце XVIII – XIX вв. Указаны основные направления отечественного акушерства: анатомо-физиологическое, клиническое и профилактическое. Отражено становление системы родовспоможения населению в городах – университетских центрах. Отмечено, что с середины XIX в. из хирургии как отдельная медицинская наука стала выделяться гинекология. Элементы научной родовспомогательной помощи в изучасмом регионе в единичных случаях стали появляться в период деятельности приказов общественного призрения.

Акушерско-гинекологическая помощь, как система научно обоснованных медицинских мероприятий, сложилась в регионе в период существования в Вятской губернии земского самоуправления и земской медицины (1867 – 1918 гг.). Именно в этот период родовспоможение и лечение женских болезней выделились в отдельный вид специализированной медицинской помощи. Организуя акушерско-гинекологическую помощь, земские врачи пытались использовать опыт соседних регионов, имевших университеты с ме-

дицинскими факультетами, рекомендации съездов русских врачей в память Н. И. Пирогова, медицинских обществ, а также организацию обучения повивальному искусству в Москве и Петербурге.

На основании проведенного исследования в земской акушерско-гинекологической помощи Северо-Восточного региона Европейской России нами выделено три основных периода: 1. период становления земской акушерско-гинекологической помощи (60-70-е годы XIX в.); 2. период развития земской акушерско-гинекологической помощи (80-90-е годы XIX в.); 3. период расцвета земской акушерско-гинекологической помощи (с начала XX в. и до ликвидации земского самоуправления в 1918 году).

В первый период акушерско-гинекологическая помощь выделялась в отдельный вид земской медицины. Датой создания самостоятельной акушерско-гинекологической службы в губернии следует считать 29 декабря 1867 года, когда Вятская губернская земская управа постановила учредить при губернской земской больнице родильное отделение. Тогда в родильном отделении еще не было врача – работали только акушерки, количество принятых родов было невелико (в 1871 году – 74 родоразрешения), медицинская помощь оказывалась, как правило, только жителям города Вятки. В уездных земских больницах специализированных родильных отделений еще не было, помощь при нормальных родах оказывали акушерки и обученные повивальные бабки, при "трудных" родах – общепрактикующие земские врачи.

Вятское губернское земство занималось и обучением повивальному искусству. В декабре 1868 года было решено открыть повивальную школу при Вятской губернской земской больнице, чтобы готовить волостных повивальных акушерств проводилось также рядом уездных земств при уездных больницах.

Во второй период земская акушерско-гинекологическая помощь в регионе превращается в систему не только лечебных, но и профилактических мероприятий. Деятельность родильного отделения земской больницы приобретает общегубернское значение – здесь получают медицинскую помощь не

только жители губернского центра, но и всей губернии, земство организует специализированную амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь. Как в родильном отделении, так и на амбулаторном приеме по женским болезням в этот период наряду с акушерками работают и врачи, специализирующиеся по акушерству и гинекологии.

В конце XIX в. родильные отделения и родильные койки появляются в ряде уездных больниц Вятской губернии, но врачей акушеров-гинекологов в них еще нет. Земством создаются междуездные больницы, в которых оказывают медицинскую помощь акушерки и повивальные бабки. Земства увеличивают в губернии количество самостоятельных акушерских пунктов и численность родовспомогательного персонала в волостях. Продолжается подготовка родовспомогательного персонала в повивальной школе. Наряду с лечебными мероприятиями, земство проводит профилактику акушерско-гинекологической патологии - организуются осмотры проституток, солдат, возвращающихся с отхожих промыслов рабочих. В местной периодической печати публикуются рекомендации по уходу за беременными, роженицами, родильницами и новорожденными.

В третий период происходит дальнейшее совершенствование земской акушерско-гинекологической помощи - Вятское губернское земство открывает самостоятельный родильный дом, а с 1913 г. в нем появляется и гинекологическое отделение на 10 коек. В губернской больнице проводится врачебный амбулаторный прием беременных и гинекологических больных. Количество родильных отделений в уездных земских больницах продолжает увеличиваться, в них начинают работать женщины-врачи, специализирующиеся в акушерстве и гинекологии. В начале XX века в больницах появляются родильные отделения, а в участковых земских больницах выделяются отдельные палаты и койки для беременных. Земства увеличивают число акушерских пунктов и участков, количество акушеров и повивальных бабок: акушерско-гинекологическую помощь оказывают фельдшеры и фельдшерницы, акушерки самостоятельных фельдшерских пунктов. Земство продолжает

подготовку родовспомогательного персонала в повивальной школе. Как и во второй половине XIX в., акушерки и повивальные бабки в уездах оказывают помощь при нормальных родах, на "трудные" роды вызываются врачи.

Исследования показали, что родовспоможение и медицинская помощь гинекологическим больным были в регионе составной частью и фабрично-заводской медицины, хотя объем акушерско-гинекологической помощи в фабрично-заводской медицине был невелик, т. к. регион был преимущественно аграрным. Об этом, в частности, свидетельствовало малое количество "заводских" повитух. Каких-либо региональных особенностей в организации данного вида помощи в фабрично-заводской медицине Северо-Восточного региона Европейской России, отличавших ее от других регионов России того времени, не найдено.

Население г. Вятки с 1875 года получало бесплатную стационарную и амбулаторную медицинскую помощь в лечебнице медицинского общества Вятской губернии. Лечебница существовала на средства медицинского общества, пособие от города и земства, а также на средства частных благотворителей. Кроме лечения соматических и хирургических заболеваний, в лечебнице оказывалась помощь при болезнях женских половых органов, осложненном течении беременности, при послеродовых болезнях, проводился бесплатный осмотр женщин, поступающих в кормилицы, лиц, нанявшихся в прислугу. Из общего числа пациентов, обратившихся в лечебницу в 1903 году, около 60% проживало в г. Вятке, 30% - в Вятском уезде, 10% - в других уездах губернии, т.е. в начале XX в. в данном лечебном учреждении акушерско-гинекологическая помощь оказывалась уже не только жителям губернского центра, но и всей губернии. Акушерско-гинекологическая помощь женщинам осуществлялась в конце XIX в. и в лечебнице общества Красного Креста.

Лечением гинекологических больных и родовспоможением на дому занимались также частнопрактикующие врачи, фельдшера, повивальные бабки и акушерки. Количество их в регионе ежегодно увеличивалось. Это говорили

о том, что потребность в данном виде медицинской помощи не была полностью удовлетворена.

Развитию акушерско-гинекологической помощи в регионе во многом способствовала деятельность врачей-энтузиастов земской медицины. Огромную роль в организации обучения повивальному искусству сыграли земские врачи Н. К. Песков, Н. Н. Шнейдер, В. Г. Свистунов-Свисловский. Первой женщиной-врачом в регионе стала Е. И. Столбова-Падарина: она заведовала родильным отделением Вятской губернской земской больницы с 1884 по 1890 г. С 1902 г. в губернской больнице работал хирург С. А. Иштутинов: им выполнялись пластические операции на влагалище, ампутация матки, операции по поводу внематочной беременности. С 1904 года в губернии работал С. А. Драверт: являясь врачом-универсалом, он в условиях участковой земской больницы выполнял сложные акушерские и гинекологические операции.

Число случаев медицинской помощи гинекологическим больным и беременным в Вятской губернии ежегодно увеличивалось, но все-таки удельный вес родов, принятых с участием медицинского персонала, составлял лишь около одной шестой их общего количества: основная масса родов проходила с использованием методов народной медицины.

Исследование подтвердило, что основными принципами земской медицины в Северо-Восточном регионе Европейской России были бесплатность (в ряде случаев сочетание платной и бесплатной помощи), общедоступность, профилактическая направленность, единство медицинской науки и практики. Эти принципы распространялись и на акушерско-гинекологическую помощь.

В четвертой главе показано развитие акушерства и гинекологии в России и в ее Северо-Восточном регионе в XX в.

Начало XX в. было ознаменовано рядом крупных научных открытий, давших основу для дальнейшего развития медицины. Одной из ведущих наук в изучении нормальных и патологических процессов в организме становилась физиология. Развивались биохимия, микробиология, фармакология, в

клиническую практику внедрялись лабораторная и рентгенологическая службы. Важную роль в развитии акушерства и гинекологии сыграли ответственные ученые.

Вклад в совершенствование физиологического направления в акушерстве внесли А. Ю. Лурье, К. К. Скробанский, М. С. Малиновский, Е. И. Кватер (обезболивание родов). Вопросы клинического и профилактического акушерства получили развитие в трудах Н. А. Цовьянова (ручное пособие при тазовом предлежании плода), Л. И. Бубличенко, С. В. Сазонова, А. В. Бартедьса (проблема послеродовых септических заболеваний), Л. С. Персянинова, В. А. Неговского, И. Т. Мильченко (лечение терминальных состояний) и др. В гинекологии разрабатывались методы новых операций, устанавливались строгие показания к оперативному лечению; с целью профилактики гинекологических заболеваний были введены массовые медицинские осмотры женского населения.

После октябрьской (1917) революции земское самоуправление, а вместе с ним и земская медицина, были ликвидированы. Однако созданное советское здравоохранение заимствовало очень многое из земской медицины: участковый характер и этапность оказания медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий, бесплатность и общедоступность. Вместе с этим появилась жесткая регламентация

деятельности медиков на основании распоряжений органов государственной власти и Наркомздрава.

В 20-х годах XX в. акушерская и гинекологическая помощь в регионе претерпела в основном количественные изменения: число коек в уже существующих медицинских учреждениях увеличивалось. В середине 20-х годов XX в. количество коек для родовспоможения на селе было уже в два раза больше, чем в губернском центре, т. е. происходила децентрализация родовспоможения. Обращаемость населения за данным видом медицинской помощи возросла. Одной из причин роста обращаемости являлось проведение

врачами и инструкторами охраны материнства и младенчества санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения. С 1925 г. в г. Вятке работал лекторский кружок, регулярно проводились «трехдневники и недели по охране материнства и младенчества», были созданы кассы материнства; с этой же целью использовалась периодическая печать и кинематограф, проводился контроль за выполнением распоряжений Наркомздрава по социальной защите женщин.

В регионе появились новые типы медицинских учреждений: постоянно действующие и передвижные женские и детские консультации, рабочие амбулатории, дома матери и ребенка. Были внедрены и новые организационные формы работы: консультационные приемы, выездная акушерско-гинекологическая помощь. Открывались гинекологические отделения. Продолжалась подготовка средних медицинских кадров в фельдшерской и фельдшерско-акушерской школах г. Вятки, открывались медицинские школы в уездах. Но, несмотря на все эти изменения, процент родоразрешений без медицинской помощи оставался высоким. Так, в 1926–1927 гг. 89,4% родов в Вятской губернии прошло без квалифицированной медицинской помощи, в 1927–1928 гг. – 74,4%.

В 30-х годах XX в. происходили качественные перемены в акушерско-гинекологической помощи: внедряется медикаментозное обезболивание родов, осваиваются новые методы оперативного и консервативного лечения и т.д. В сельской местности открываются колхозные родильные дома. Так, в Кировской области обиль охват медицинской помощью в родах в начале 1941 г. составлял 60%. Стационарное родовспоможение регистрировалось в 44% случаев родов.

В годы Великой Отечественной войны, несмотря на размещение во многих медицинских учреждениях Северо-Восточного региона Европейской России эвакуированных, работа по охране материнства и младенчества, активное выявление и лечение гинекологических заболеваний продолжались. Во вновь организованных медико-санитарных частях создавались гинеколо-

гические кабинеты и комнаты гигиены для женщин-работниц. Медицинская помощь при родах в 1946 г. оказывалась в 83% случаев, стационарное родовспоможение отмечалось в 60% родов.

В последующие годы число родильных домов, родильных и гинекологических отделений продолжало расти, происходила реорганизация сети лечебно-профилактических учреждений: основным типом акушерско-гинекологического учреждения стал родильный дом, в состав которого, кроме акушерского и гинекологического отделений, вошла и женская консультация (1949). В Кировской области в сельской местности на фельдшерско-акушерских пунктах разворачиваются койки для родовспоможения за счет колек районных и участковых больниц. В районах области окончательно складывается заложенный еще земской медицинской принцип этапности оказания акушерско-гинекологической помощи: 1 этап - доврачебная помощь на сельском участке и врачебная в участковых больницах, 2 этап - специализированная квалифицированная акушерско-гинекологическая помощь в лечебно-профилактическом учреждении районного центра, 3 этап - узкоспециализированная высококвалифицированная акушерско-гинекологическая помощь в лечебно-профилактическом учреждении областного центра. На селе продолжают развиваться выездные формы оказания акушерско-гинекологической помощи, появляется институт главных районных акушеров-гинекологов.

Во второй половине XX в. в медицинскую практику внедрялись новые методы исследования (ультразвуковая диагностика, гормональные и биохимические тесты, фонокардиография и др.), развивалась фармакология (антибактериальные и противовоспалительные препараты, гормональные и прогестеро-гинекологические средства): это и многое другое способствовало развитию акушерско-гинекологической науки и практики. На стыке специальностей стали появляться новые направления – перинатальное акушерство, детская и подростковая гинекология, урогинекология, онкогинекология, гинекологическая эндокринология, физиогинекология и др. Во второй половине XX в. было

практически ликвидировано отставание организации гинекологической помощи от родовспомогательной.

В г. Кирове с целью повышения качества родовспоможения в конце 60-х годов XX в. были созданы отделения патологии беременности; с 1972 года все родильные дома города были разделены по профилю оказываемой помощи. В женских консультациях организуются специализированные приемы по детской гинекологии, онкогинекологии, контрацепции, профилактике патологии шейки матки, увеличивается число профилактических осмотров женского населения.

Во второй половине XX в. в стране вновь происходит реорганизация акушерско-гинекологической помощи жителям сельской местности. Количество колхозных родильных домов уменьшается, меньше становится акушерских коек на фельдшерско-акушерских пунктах и в маломощных районных больницах. В Кировской области в 1957 г. было 40 колхозных родильных домов, в 1960 – 33, в 1967 – 21, а в 1977 – 7. Стационарная помощь, оказываемая акушерками, становится организационно нецелесообразной и экономически нерентабельной.

Много недостатков было и в подготовке кадров, особенно врачей акушер-гинекологов: их в Кировской области начали готовить только в последней четверти XX в., а повышать их квалификацию - с 1999 года. Несмотря на это, обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в Кировской области в 2000 году составляла только 3,4 на 10 000 женского населения (среднереспубликанский показатель – 5,0). В Юрьянском, Верхошижемском и Немском районах в 2000 г. совсем не было врачей акушеров-гинекологов, большой объем медицинской помощи женщинам на селе оказывался средними медицинскими работниками.

В конце XX в. в регионе, как и во всей стране, ухудшилось состояние репродуктивного здоровья населения. Демографическая ситуация на рубеже XX и XXI вв. характеризовалась самыми низкими коэффициентами рождаемости: в РФ в 2000 г. – 8,7; в Кировской области – 7,9. Материнская смер-

ность более чем в 2-2,5 раза превышает среднеевропейские показатели. В 1998 году в Кировской области материнская смертность составила 79,7 на 100 000 живорождений (в РФ – 44); в 1999 – 56,5 (в РФ – 47,4). Лишь в 2000 г. данный показатель составил 24,5 (в РФ – 39,7). Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения в условиях экономической нестабильности в России вышли за пределы здравоохранения и приобрели характер первоочередных задач национальной политики.

Одним из основных механизмов реализации стратегии охраны материнства и детства в 90-х годах XX в. явились федеральные программы, позволяющие сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем материнства и детства. Одной из них явилась программа «Планирование семьи». В г. Кирове в 1995 г. на базе консультации «Брак и семья» в родильном доме №2 был создан Центр планирования семьи, оказывающий медицинскую помощь населению всей области. Проводится работа и по другим федеральным программам, начата реализация «Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг.».

В Заключении подводятся итоги проведенного исследования и делается попытка прогнозирования развития акушерско-гинекологической помощи в регионе.

В связи со специфическими особенностями региона (большое расстояние между населенными пунктами, плохое транспортное сообщение), здесь перспективно создание межрайонных специализированных акушерских и гинекологических отделений на базе центральных районных больниц, имеющих хорошее оснащение и высококвалифицированные медицинские кадры. Одновременно с этим целесообразно поставить вопрос о ликвидации маломощных родильных и гинекологических отделений. Для оказания высококвалифицированной акушерско-гинекологической помощи жителям отдаленных труднодоступных районов региона следовало бы продолжить развитие передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи: службы санитарной авиации, скорой медицинской помощи.

Одним из актуальных вопросов в оказании помощи женщинам в районах области остается своевременная реанимационная помощь. Следует, впрочем, рассмотреть необходимость создания выездной акушерско-гинекологической реанимационной бригады, в обязанности которой будет входить не только консультирование специалистов на месте, но, при необходимости, еще и транспортировка пациенток (беременных, родильниц, гинекологических больных) в лечебно-профилактические учреждения областного центра. Рациональным будет внедрение алгоритма оказания помощи при различных видах акушерской и гинекологической патологии, таких как геморрагический и септический шок, ДВС-синдром, острая почечная недостаточность и др. А для выполнения эндоскопических гинекологических операций в районах области возможно создание (по примеру Оренбургской области) выездных бригад специалистов.

Большой объем медицинской помощи, в том числе беременным женщинам и гинекологическим больным, в сельской местности оказывают средние медицинские работники на фельдшерско-акушерских пунктах: целесообразно поэтому и дальше развивать материально-техническую базу фельдшерско-акушерских пунктов, повышать профессиональный уровень работающих здесь акушеров.

Вследствие уменьшения численности врачей акушеров-гинекологов в сельской местности региона целесообразно шире прилекать к оказанию квалифицированной медицинской помощи женщинам врачей общей практики. В то же время правильное ведение беременности, раннее выявление осложнений в течении гестационного процесса (в 1999 г. в области 57,7% беременных имели осложнения беременности) возможно только при наблюдении специалистов акушеров-гинекологов. Отсутствие должного наблюдения и своевременно начатого лечения нередко приводит к увеличению частоты тяжелых стадий осложнений беременности и экстрагенитальной патологии. Для своевременного динамического наблюдения за беременными, проживающими в отдаленных населенных пунктах, следует обеспечить им возмож-

ность консультации в центральных районных больницах у акушеров-гинекологов или врачей других специальностей.

Статистика показывает, что в регионе, ежегодно регистрируется низкий процент физиологического течения беременности и родов. Естественно, что назрела необходимость создания перинатального центра, в котором концентрировались бы беременные женщины из групп высокого риска и где имелись бы дополнительные возможности выхаживания новорожденных. Опыт работы уже существующих в других регионах страны подобных перинатальных центров показал, что только в таком медицинском учреждении, оснащемном современным оборудованием, возможно внедрение высокоэффективных организационных и лечебно-диагностических технологий, позволяющих решать проблемы рождения и выхаживания детей, имеющих не-удовлетворительный прогноз, сохранения жизни и здоровья беременных женщин из групп высокого риска.

В регионе, как и во всей стране, отмечается высокая частота гинекологических заболеваний: у девушек-подростков они встречаются в 10-12%, у женщин репродуктивного возраста - 40-60%, у женщин старше 49 лет - до 50%. Исследования показывают, что при применении современных методов обследования и лечения у данного контингента больных эффективность терапии возрастает, сроки лечения значительно сокращаются. Все это требует дальнейшей специализации в оказании акушерско-гинекологической помощи. В регионе в структуре гинекологических заболеваний одно из ведущих мест продолжают занимать нейроэндокринные расстройства, бесплодие, привычное невынашивание беременности, патология перименопаузы. Все это делает необходимым совершенствование гинекологической эндокринологии.

Высокая частота гинекологических заболеваний у девочек и девушек-подростков обуславливает важность развития детской и подростковой гинекологии. В это существенный вклад мог бы внести созданный на базе службы планирования семьи Центр детской и подростковой гинекологии. Для увеличения числа детских и подростковых гинекологов целесообразно ввести под-

готовку и переподготовку специалистов на факультете усовершенствования врачей Кировской государственной медицинской академии и на других базах. Наряду с этим, необходимо повышать роль среднего медицинского персонала, в первую очередь акушеров и фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и участковых больниц, в профилактике заболеваний репродуктивной системы у подростков. С целью распространения среди подростков знаний по охране репродуктивного здоровья и формированию здорового образа жизни целесообразно проведение лекций, круглых столов, совместная работа акушеров-гинекологов с молодежными организациями.

Одной из ведущих причин материнской смертности в регионе, как и во всей России, являются медицинские аборт. Сохраняется высокий показатель осложнений после абортов: более 70% женщин страдают воспалительными заболеваниями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности, бесплодия. Несмотря на тенденцию к снижению их количества, наметившуюся в последние годы, число абортов остается еще достаточно высоким. В 1990 г. в Кировской области произведено 92, 2 абортов на 1000 женщин фертильного возраста (в РФ — 108, 8), в 2000 г. — 68,9 (в РФ — 50,1). Одна из основных причин высокой частоты абортов — недостаточное использование современных средств и методов контрацепции. Все это обуславливает необходимость проведения санитарно-просветительной работы среди населения, полового воспитания подростков. Необходимо, может быть, шире использовать и методы стерилизации (разумеется, по строгим показаниям).

В регионе продолжается внедрение в практику ресурсосберегающих технологий — расширение объема оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, развитие стационарзамещающих технологий, совместное пребывание матери и ребенка в родовспомогательных учреждениях. Особенно перспективно более широкое применение малонавязных и органосохраняющих гинекологических операций.

Разумеется, дальнейшее развитие акушерско-гинекологической помощи в Северо-Восточном регионе Европейской России потребует материальных вложений, не только за счет средств обязательного медицинского страхования, но и при целевой поддержке государства, а также государственных структур. В регионе целесообразно более интенсивно продолжать реализацию целевых федеральных программ, позволяющих сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем материнства и детства.

Разумеется, дальнейшее развитие акушерско-гинекологической помощи в Северо-Восточном регионе Европейской России потребует материальных вложений, не только за счет средств обязательного медицинского страхования, но и при целевой поддержке государства, а также государственных структур. В регионе целесообразно более интенсивно продолжать реализацию целевых федеральных программ, позволяющих сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем материнства и детства.

ВЫВОДЫ

1. Население северо-восточного региона Европейской России в XIX в. — начале XX в. основной объем акушерско-гинекологической помощи получало, используя методы народной медицины. При родовспоможении и лечении гинекологических заболеваний использовались как рациональные, приносящие пользу методы (например, родоразрешение в бане, активное поведение в родах, траволечение); так и бесполезные (заговоры) и даже опасные методы (выдавливание ребенка, подвешивание роженицы и пр.).

2. Народная медицина региона имела свои особенности, обусловленные, в первую очередь, многонациональным составом населения края, местными традициями, обычаями, обрядами и верованиями. Так, в траволении жители различных частей региона одни и те же травы применяли с разными целями. Широко использовались сформировавшиеся сотни лет на-

зад родильные обряды, в которых переплетались языческие представления и вера в Бога.

3. Акушерско-гинекологическая помощь, как система научно-обоснованных медицинских мероприятий, сложилась в регионе в период существования земского самоуправления и земской медицины (1867 — 1918 гг.). При ее организации и становлении использовался опыт соседних регионов, где были университеты с медицинскими факультетами, рекомендации студентов русских врачей в память Н. И. Пирогова и медицинских обществ, организацию обучения повивальному искусству в Москве и Петербурге. Огромную роль во всем этом сыграли земские врачи Н. К. Песков, Н. Н. Шнейдер, В. Г. Свистунов-Свисловский, С. А. Ипутьинов, С. А. Драверт и первая в регионе женщина-врач Е. И. Столбова-Падарина.

4. Построенная, в основном, по общероссийскому плану, акушерско-гинекологическая помощь в регионе имела свои особенности. Большие по площади территории, низкая плотность и высокая распыленность населения обусловили большие площади земских медицинских участков, более широко распространенную разъездную помощь и длительно существовавшую самостоятельную акушерскую и фельдшерскую практику, а также зачастую большие, чем в среднем по России, материальные затраты.

5. Создание новой системы здравоохранения (1918) ознаменовало наступление нового этапа в развитии в регионе акушерско-гинекологической помощи. В 20-х годах XX в. она претерпевала в основном количественные изменения: обращаемость женщин за данным видом медицинской помощи возросла, число коек увеличилось. Появились новые типы медицинских учреждений (постоянно действующие и передвижные женские и детские консультации, рабочие амбулатории, дома матери и ребенка), происходила децентрализация родовспоможения. В регионе были внедрены новые организационные формы работы. Однако процент родов без медицинской помощи оставался еще высоким (89,4% в 1926—1927 гг., 74,4% в 1927—1928 гг.). Даже в 30-х — 40-х годах, несмотря на качественные пере-

мены (внедрение медикаментозного обезболивания родов, новых методов оперативного и консервативного лечения и пр.), охват медицинской помощью в родах составлял (1941 г.) 60%, стационарное родовспоможение регистрировалось только в 44% случаев.

6. Начиная со второй половины XX столетия в регионе, как и во всей стране, основным типом акушерско-гинекологического учреждения становится родильный дом, в состав которого вошла и женская консультация. В Кировской области в сельской местности на фельдшерско-акушерских пунктах разворачиваются койки для родовспоможения: окончательно складывается заложенный еще земской медицинской принцип этапности оказания акушерско-гинекологической помощи (доврачебная помощь на сельском участке и врачебная в участковых больницах; специализированная квалифицированная акушерско-гинекологическая помощь в лечебно-профилактическом учреждении районного центра; узкоспециализированная высококвалифицированная акушерско-гинекологическая помощь в лечебно-профилактическом учреждении областного центра). На селе продолжают развиваться выездные формы оказания акушерско-гинекологической помощи, появляется институт районных акушеров-гинекологов.

7. В XX веке научно-технический прогресс обусловил значительное развитие медицинской науки, в том числе акушерства и гинекологии; у здравоохранения обозначились новые организационные подходы в оказании данного вида специализированной помощи (амбулаторно-поликлиническая служба, выездная акушерско-гинекологическая помощь и др.). Сформировались новые направления — детская и подростковая гинекология, урогинекология, онкогинекология, гинекологическая эндокринология, физиогинекология и др. Результатом этих перемен явилось значительное снижение материнской и младенческой смертности, гинекологической заболеваемости. Однако происшедшие в 90-х годах социально-экономические перемены негативно сказались на репродуктивном здоровье населения, на состоянии акушерско-гинекологической помощи. Демографическая ситуация в Кировской

области, на рубеже XX и XXI веков характеризовалась самым низким коэффициентом рождаемости (РФ – 8,7; Кировская область – 7,9). Материнская и младенческая смертность, а также гинекологическая заболеваемость, пре- высили средние показатели по России.

8. Анализ исторического опыта оказания акушерско-гинекологической помощи в северо-восточном регионе Европейской России дает основания для прогнозирования ее дальнейшего развития – прежде всего, на основе совершенствования имеющейся системы, разработки новых организационных подходов, использования достижений медицинской науки, а также финансовой поддержки государственных и негосударственных структур. Одним из основных механизмов реализации стратегии охраны материнства и детства призваны стать реализуемые здесь федеральные программы («Планирование семьи» и др.), позволяющие сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем. В регионе начата также реализация «Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг.». Дальнейшее развитие акушерско-гинекологической помощи в северо-восточном регионе Европейской России потребует материальных вложений, не только за счет средств обязательного медицинского страхования, но и при целевой поддержке государства, а также негосударственных структур. Необходимо более интенсивно продолжать реализацию федеральных программ, позволяющих сосредоточить финансовые ресурсы на решении наиболее острых проблем материнства и детства.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Народная медицина Вятской губернии. - Киров. - 1997. - 99 с.
2. Акушерско-гинекологическая помощь в земской медицине Вятской губернии (1867-1918) - Киров. - 2000. - 51 с.
3. Лечение гинекологических заболеваний и помощь при родах в народной медицине Вятской губернии во второй половине XIX - начале XX века - Киров. - 2000. - 124 с.
4. Акушерско-гинекологическая помощь в Вятской губернии во второй половине XIX – начале XX века - Киров. - 2000. - 30 с.
5. Вятский акушер-гинеколог С.А. Драверт - выпускник Казанского университета // Мат. юбилейной научно-практ. конф. «100 лет акушерско-гинекологической клинике им. проф. В. С. Груздева - итоги и перспективы». - Казань. - 2000. - С. 164-165.
6. Из истории врачебно-полицейского надзора в Вятской губернии // Мат. научно-практ. конф., посвященной 55-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов. - Москва. - 2000. - С.83.
7. Народные методы родовспоможения у жителей Вятской губернии в XIX-начале XX вв. // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко. - 2002 – Выпуск 3. – С. 138-141.

Лицензия на издательскую деятельность N 00248

выдана Министерством по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций Российской Федерации

28 сентября 1999 г.

Лицензия на полнотрафикскую деятельность ПДИ N 53-407

выдана Государственным Комитетом по печати Российской Федерации

5 марта 1999 г.

Издание НИИ социальной гигиены, экономики и управления
здоровоохранением им. Н. А. Семашко РАМН

105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, 12

Подписано к печати 11/1 2003 г.

Тираж 100 экз.

Заказ N 3-Р