Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии, трансфузиологии
Кафедра акушерства и гинекологии
Кафедра эпидемиологии, социальной гигиены и организации
госсанэпидслужбы
Екатеринбургский научно-исследовательский институт вирусных инфекций
Федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный
центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА В СОВРЕМЕННОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Учебное пособие

Екатеринбург
ИЗДАТЕЛЬСТВО АМБ
2022

УДК 614.48
ББК 51.9
О641

Рецензет – доктор медицинских наук, доцент, руководитель научного отделения антенатальной охраны плода ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ Н. В. Путилова.

Утверждено к печати Ученым советом факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов протокол − № 6 от 25.03.2022 г.

О641 Организация работы и санитарно-эпидемиологического режима в современном родильном доме / С. Р. Беломестнов, О. Ю. Севостьянова, С. С. Смирнова [и др.]. – Екатеринбург : УГМУ; ИЗДАТЕЛЬСТВО АМБ, 2022. − 170 с.

ISBN 978-5-6047760-2-5

В учебном пособии представлены современные данные по организации работы и соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в родильном доме. Освещены вопросы организации акушерской помощи в родильных домах разного уровня, подробно описаны особенности функционирования различных подразделений родильного дома, преемственность их деятельности. Особое внимание уделено организации внутреннего контроля качества и безопасности оказания акушерской помощи, организации эпидемиологического наблюдения за инфекциями, связанными с оказанием медицинской деятельности, у родильниц. Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, врачей-ординаторов, преподавателей, медицинских работников, работников органов и организаций Роспотребнадзора.

УДК 614.48
ББК 51.9

© Беломестнов С. Р., Севостьянова О. Ю., Смирнова С. С., Семенов А. В., Мартиросян С. В., Миляева Н. М., Ковалев В. В., Кузнецова Е. И., Егоров И. А., 2022
© Уральский государственный медицинский университет, 2022
© ЕНИИВИ ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, 2022
© Оформление. ИЗДАТЕЛЬСТВО АМБ, 2022

ISBN 978-5-6047760-2-5

ОГЛАВЛЕНИЕ

АВТОРЫ 4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 6
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ВОПРОСЫ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 8
ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ 15
РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПАХ РАБОТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА 22
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 28
СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОВРЕМЕННОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА 41
ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ 48
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА 54
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ОПЕРАЦИОННЫМ БЛОКОМ 59
ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ. ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ .69
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА 74
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ 77
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ 80
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ 86
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ 102
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ 110
ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ 111
ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ 116
Приложение 1 122
Приложение 2 125
Приложение 3 126
Приложение 4 127
Приложение 5 129
Приложение 6 130
Приложение 7 131
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ 132
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ 142
НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ 159
ЛИТЕРАТУРА 162

АВТОРЫ

Беломестнов Сергей Разумович, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Егоров Иван Андреевич, м.н.с., Урало-Сибирского научно-методического центра по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, Екатеринбургского НИИ вирусных инфекций федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора.

Ковалев Владислав Викторович, д.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, трансфузиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель Правления Свердловского областного общества акушеров-гинекологов, член Президиума Российского общества акушеров-гинекологов, профессор.

Кузнецова Елена Ивановна, заведующая библиотекой Федерального государственного бюджетного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России.

Мартиросян Сергей Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», эксперт Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Миляева Наталья Маратовна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Севостьянова Ольга Юрьевна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Семенов Александр Владимирович, д.б.н., руководитель Екатеринбургского НИИ вирусных инфекций федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора, профессор кафедры клинической лабораторной диагностики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России.

Смирнова Светлана Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии, социальной гигиены и организации госсанэпидслужбы федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, в.н.с., руководитель Урало-Сибирского научно-методического центра по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, Екатеринбургского НИИ вирусных инфекций федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	–	артериальное давление
АИСТ «РАМ»	–	автоматизированная информационная система «Региональный акушерский мониторинг»
АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
ВАШ	–	визуально-аналоговая шкала
ВБИ	–	внутрибольничная инфекция
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВУИ	–	внутриутробная инфекция
ГАУЗ СО	–	государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
ГБ	–	городская больница
ГСИ	–	гнойно-септическая инфекция
ЕКПЦ	–	Екатеринбургский клинический перинатальный центр
ЗАГС	–	отдел записей актов гражданского состояния
ИСМП	–	инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
КТГ	–	кардиотокограмма
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
МКБ	–	международная классификация болезней
НИИ ОММ	–	научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
ОДКБ	–	областная детская клиническая больница
ОПНН	–	отделение патологии новорожденных и недоношенных
ОРИТН	–	отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
ПЦ	–	перинатальный центр
СанПиН	–	санитарно-эпидемиологические правила и нормы
СНИЛС	–	уникальный номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования
СОКБ	–	Свердловская областная клиническая больница
СП	–	санитарные правила
СПИД	–	синдром приобретенного иммунодефицита
ТЦМК	–	территориальный центр медицины катастроф
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России	–	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ЦГБ	–	центральная городская больница
ЦРБ	–	центральная районная больница
Шкала ASA	–	шкала оценки физического статуса пациентов по классификации Американского общества анестезиологов (American Society of Anesthesiologists physical status classification system)
Шкала RASS	–	шкала возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale)
ЭКГ	–	электрокардиограмма

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ВОПРОСЫ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В России система охраны здоровья матери и ребенка была основана еще в начале XX века. Именно в это время в Российской империи началось формирование структур, сочетающих в себе государственные, общественные, благотворительные проекты, направленные на сохранение здоровья женщин и детей. Примером тому служат первые медицинские и организационные технологии в этой сфере, такие как открытие яслей, молочных кухонь, детских консультаций. Вступивший в силу в 1912 году «Закон о страховании» предусматривал выплату пособия по беременности и родам, регламентировал условия получения бесплатной акушерской помощи. В 1913 году было создано благотворительное учреждение – Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества, имевшее своей целью «путем охраны здоровья женщин во время их беременности и родов и непосредственно после таковых, а равно путем охраны здоровья детей младшего возраста и особенно грудных младенцев способствовать уменьшению детской смертности и нарастанию здорового населения в России».

Окончательно государственная система охраны здоровья матери и ребенка сформировалась уже при советской власти. В 1918 году был организован правительственный Отдел по охране материнства и младенчества, который 9 марта 1920 года вошел в состав Наркомата здравоохранения. В Советском Союзе основными элементами этой системы стали женские консультации, родильные дома и гинекологические отделения, работающие по территориально-участковому принципу.

На современном этапе сохранение репродуктивного здоровья, медицинские аспекты семейных отношений, материнство и детство также являются одними из основных приоритетов социальной политики государства и регулируются основополагающими нормативными документами.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон) указано, что материнство охраняется и поощряется государством, при этом каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Для выполнения государственных гарантий в этой сфере создана служба охраны здоровья матери и ребенка. В органах исполнительной государственной власти, таких как Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства и департаменты здравоохранения субъектов Федерации, функционируют отделы, регулирующие, координирующие и контролирующие работу медицинских организаций акушерско-гинекологического и педиатрического профиля.

Основы организации службы регламентированы действующей редакцией Закона. Статьей 37 «Организация оказания медицинской помощи» определен порядок оказания медицинской помощи пациентам различного профиля, в том числе специалистами службы охраны здоровья матери и ребенка. В статье указано, что «медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии»:

− с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;

− с порядками оказания медицинской помощи;

− на основе клинических рекомендаций;

− с учетом стандартов медицинской помощи.

С 2009 года на территории Российской Федерации был утвержден новый порядок оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического (беременным женщинам, роженицам, родильницам, гинекологическим больным) и педиатрического профиля. Создана трехуровневая система оказания медицинской помощи матерям и детям на основе дифференцированного подхода, а именно с учетом показателей

перинатального риска у каждой беременной женщины и в зависимости от степени тяжести гинекологического, соматического заболеваний, осложнения беременности, родов и послеродового периода.

В настоящее время действует третья редакция Порядка оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, гинекологическим больным, которая утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2021 № 1130-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – Порядок), и распространяется на все медицинские организации на территории Российской Федерации до 01.01.2027 года.

Порядок является нормативным документом и содержит основные принципы работы медицинских организаций акушерского профиля. Согласно Порядку, медицинская помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде обеспечивается работой трехуровневой системы и оказывается в амбулаторных условиях (женская консультация, консультативно-диагностическое отделение перинатального центра), а во время родов и в ближайший послеродовый период – в стационарных условиях (родильный дом, перинатальный центр). При осложненном течении беременности помощь может осуществляться как в женской консультации, так и в стационарных условиях: родильном доме или гинекологическом отделении. В гинекологическом отделении медицинская помощь осуществляется строго до 22 недель беременности. При наличии острого или хронического заболевания медицинская помощь беременной или родильнице оказывается специалистами по профилю заболевания с учетом ее физиологического состояния, а врачи акушеры-гинекологи определяют индивидуальный план диспансерного наблюдения, варианты завершения беременности с учетом основного заболевания.

Типичная схема управления и организации службы охраны здоровья матери и ребенка на примере Свердловской области представлена на рисунке (рисунок 1), которая также представляет из себя трехуровневую систему.

Лечебно-диагностические и реабилитационные технологии беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям, организационно-методическая поддержка медицинским организациям Свердловской области осуществляется под руководством Министерства здравоохранения Свердловской области шестью учреждениями третьей группы, которые расположены на территории города Екатеринбурга, из них – три перинатальных центра:

− ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница» (далее – ГАУЗ СО «ОДКБ»);

− ГАУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (далее – ГАУЗ СО «ЕКПЦ»);

− ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - ФГБУ «НИИОММ»).

ГАУЗ СО «ОДКБ» и ГАУЗ СО «ЕКПЦ» являются учреждениями третьей «А» группы, ФГБУ «НИИ ОММ» – третьей «Б» группы. Конкретизация различий между учреждениями третьей группы представлена ниже.

Экспертной организацией в области пренатальной диагностики и антенатальной охраны плода является ГАУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» (далее – ГАУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»). Эта медицинская организация осуществляет основные технологические процессы пренатального скрининга первого триместра для беременных всей Свердловской области (биохимический компонент скрининга) и ежедневный мониторинг работы врачей-экспертов ультразвуковой диагностики всех медицинских организаций, проводящих

ультразвуковые исследования в рамках скрининга первого, второго и третьего триместров беременности.

Профильные отделения ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» (далее – ГАУЗ СО «СОКБ № 1») оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным женщинам и родильницам с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, полиорганной недостаточностью. В некоторых случаях, в силу тяжести основного заболевания, родоразрешение таких беременных производится в профильных отделениях этой медицинской организации.

ГАУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» (далее – ГАУЗ СО «ТЦМК») предназначен для оказания медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического и педиатрического профиля на местах, в медицинских организациях первой и второй группы, то есть в центральных районных и городских больницах. Кроме того, специалисты центра обеспечивают квалифицированное медицинское сопровождение при эвакуации пациентов в учреждения третьей группы. Основной задачей всех учреждений третьей группы является оказание медицинской помощи пациентам высокого риска.

В управленческих округах Свердловской области работают 7 учреждений второй группы – межтерриториальные перинатальные центры, которые входят в состав многопрофильных или детских больниц:

− ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница»;
− ГАУЗ СО «Демидовская городская больница»;
− ГАУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»;
− ГАУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский»;
− ГАУЗ СО «Городская больница город Асбест»;
− ГАУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»;
− ГАУЗ СО «ГКБ № 40 г. Екатеринбург».

Данные центры предназначены для оказания медицинской помощи пациентам среднего и низкого риска с прикрепленной территории и осуществляют организационно-методическую поддержку медицинским организациям второй и первой группы.

Для заметок:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

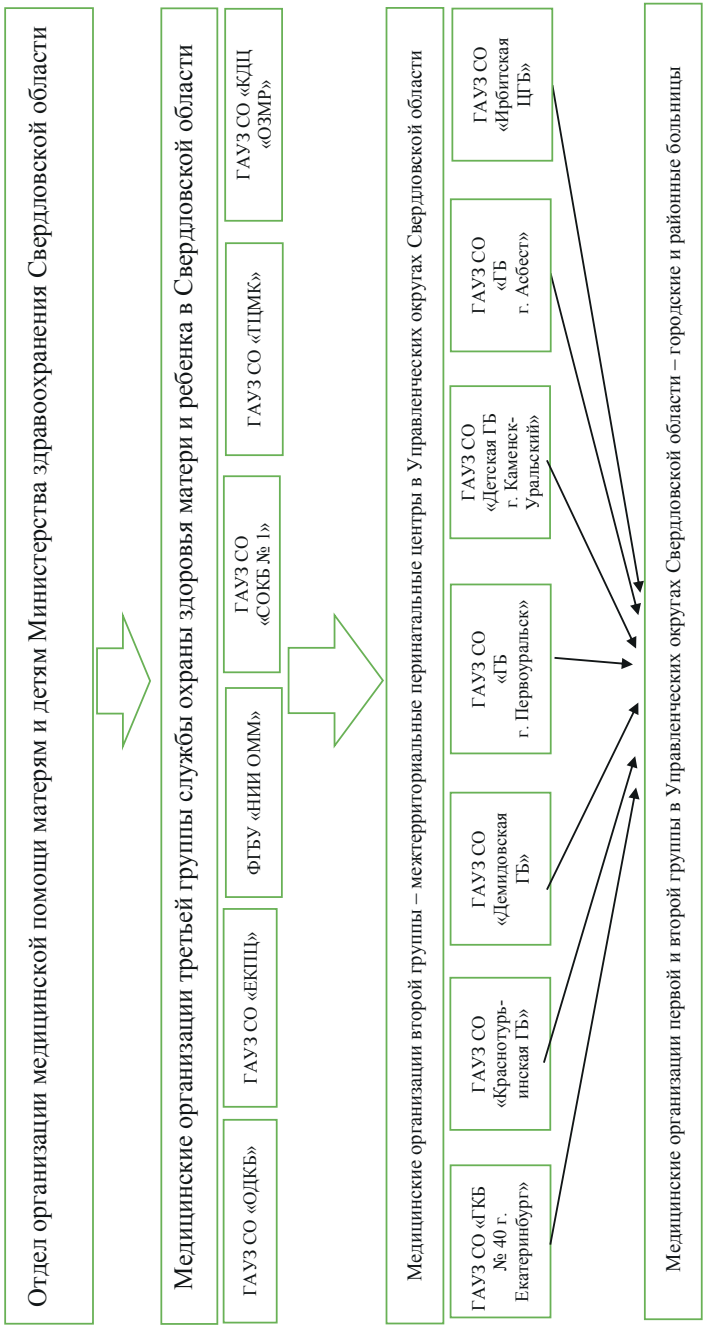
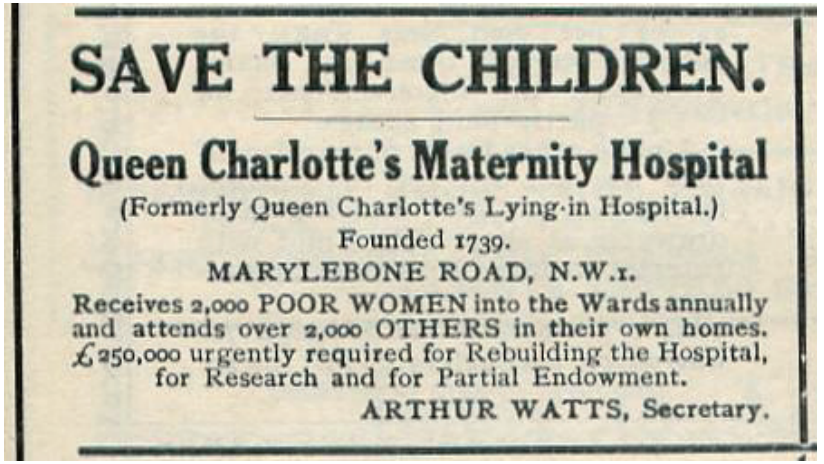


Рисунок 1. Схема организации службы охраны детства и родовспоможения в Свердловской области.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

На протяжении всей истории человечества женщины рожали в домашних условиях. И до сих пор в разных странах значимая часть рождений происходит вне больницы, что далеко не всегда обусловлено низким экономическим развитием общества и недоступностью медицинской помощи.

Стереотип родов в больничных условиях стал складываться в европейских государствах в XVIII веке. Этому способствовало появление дипломированных врачей, имеющих личную акушерскую практику, и оформление акушерства в качестве самостоятельной специальности. Дошедшие до наших дней документы свидетельствуют, что в Европе первые родильные дома открылись в Страсбурге (1728 г.) и в Лондоне (1739 г.). Поначалу родильные дома являлись результатом частной инициативы и свидетельством милосердия в отношении женщин и детей из бедных слоев населения (рисунок 2).


SAVE THE CHILDREN.

Queen Charlotte's Maternity Hospital

(Formerly Queen Charlotte's Lying-in Hospital.)

Founded 1739.

MARYLEBONE ROAD, N.W.1.

Receives 2,000 POOR WOMEN into the Wards annually and attends over 2,000 OTHERS in their own homes.

£250,000 urgently required for Rebuilding the Hospital, for Research and for Partial Endowment.

ARTHUR WATTS, Secretary.

Рисунок 2. Объявление в газете с призывом о помощи благотворительной клинике для родов (Лондон, 1739 год).

В то время роды в больнице нельзя было назвать безопасными, прежде всего по причине большой частоты послеродовых заболеваний, обозначаемых термином «родильная горячка». Это служило сдерживающим фактором не только для обывателей, но и для профессиональных акушерок и врачей.

Однако после открытия истинных причин послеродового сепсиса, внедрения принципов асептики и антисептики, появления методов обезболивания родов, усовершенствования техники акушерских пособий и операций отношение общества к родам в госпитальных условиях радикально изменилось. И уже с начала XX века в большинстве развитых стран наблюдается уверенная тенденция переноса родов из домашних в стационарные условия. Так, например, еще в 1960 году в Великобритании треть всех женщин рожала дома, а уже к 1988 году этот показатель составил всего лишь доли процента.

Доказано, что популяризация в прошлом веке родовспоможения в госпитальных условиях способствовала существенному снижению уровня как перинатальной, так и материнской смертности, повышению доступности медицинской помощи и укреплению принципов социального равенства в обществе.

Роды являются нормальным физиологическим процессом, который может протекать без осложнений для большинства женщин и детей и не требовать серьезных медицинских мероприятий. Но, с другой стороны, достоверных методов прогноза развития осложнений родов, послеродового периода, прогноза необходимости оказания медицинской помощи новорожденному в настоящее время нет. По этой причине рождение в госпитальных условиях является наиболее безопасным. Именно к этому варианту акушерской помощи необходимо стремиться всем системам здравоохранения. Но, с другой стороны, при высоком уровне подготовки акушерок, доступной для населения больничной инфраструктуры, физиологические роды могут быть проведены и в домашних условиях.

В этой связи интересен опыт Нидерландов. В этой стране, несмотря на снижение числа домашних родов в два раза с 1965 года, треть женщин до сих пор предпочитает рожать дома.

В отличие от других европейских стран в России первые родильные дома появились существенно позже. По указу Екатерины II в Москве в 1763 году и Санкт-Петербурге в 1771 году были открыты учреждения для помощи в родах незамужним женщинам и сиротам. А первый государственный российский родильный дом был создан по указу Николая II в 1897 году «…дабы женщины легкого поведения не рожали на улицах».

В Екатеринбурге первое родовспомогательное учреждение было открыто в 1877 году по инициативе и на средства врача Алексея Федоровича Петрова. Екатеринбургский родильный дом стал лучшим в Пермской губернии (рисунок 3). В Уставе было указано, что целью создания являлось не только оказание помощи женщинам, но и «усовершенствование родовспомогательной науки». Одновременно с родильным домом была открыта школа повивального искусства на 20–30 учениц. В 1916 году на его базе был создан Повивально-гинекологический институт. Ныне – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Только после трансформации политического строя в нашей стране в начале XX века родовспоможение и уход за новорожденным в госпитальных условиях стали приоритетным вариантом. При этом доступность акушерской помощи всецело обеспечивается государством, что подтверждается результатами статистического анализа. Так, например, в Екатеринбурге число родов вне стационара по данным отраслевой статистики в течение последних 10 лет не превышает 0,6 % от всех родов, значительная часть которых не относится к категории запланированных домашних и происходит в результате позднего обращения за медицинской помощью.



Рисунок 3. Первое здание Екатеринбургского родильного дома (перекресток современных улиц Декабристов и Розы Люксембург, ныне – корпус ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России).

Эксперты Всемирной организации здравоохранения, суммируя результаты лучших практик в сфере охраны материнства и младенчества, указывают, что задача медицинских работников при оказании акушерской помощи заключается в создании атмосферы, максимально способствующей получению женщиной и членами ее семьи положительного личного опыта, соответствующего их личным социальным и культурным представлениям.

Вне зависимости от места проведения родов необходимо соблюдать следующие базовые принципы:

1. Уважительное отношение к роженице

Действия медицинских работников, сопровождающих лиц, не должны нарушать достоинство, личную неприкосновенность и конфиденциальность. Необходимо обеспечивать безопасность пациента и его защиту от неправильного лечения, возможность информированного выбора вариантов оказания помощи.

2. Эффективное общение с роженицей и членами ее семьи

Общение между роженицей и медицинскими работниками необходимо осуществлять с применением простых, приемлемых слов и понятных выражений.

3. Присутствие партнера по родам

Необходимо привлекать к уходу за роженицей и новорожденным членов семьи или лиц из окружения женщины.

4. Непрерывность взаимодействия с медицинскими сотрудниками

Максимальная эффективность акушерской помощи достигается в тех случаях, когда акушерки, которые осуществляют наблюдение за женщиной во время беременности, участвуют в оказании помощи в родах и в послеродовый период.

В настоящее время в Российской Федерации существует трехуровневая система службы детства и родовспоможения. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов, в послеродовый период и новорожденным, разделяются на три группы (уровня) в зависимости от коечной мощности, оснащения медицинским оборудованием, кадрового обеспечения, региональных условий.

К первой группе (уровню) относят некрупные учреждения, в которых нет круглосуточного поста − пребывания врачей: акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога. Примером может служить ургентный родильный зал или родовое отделение в отдаленных некрупных населенных пунктах. Их предназначение – оказание помощи роженице, родильнице и новорожденному при неосложненных родах. Наличие подобных структур обосновано только сохранением доступности акушерской помощи на большой, малонаселенной территории.

Основная и самая многочисленная группа – это родильные дома второй группы (уровня), а именно в них должно происходить большая часть родов. Как правило, эти учреждения входят в структуру многопрофильных больниц (районных, городских) и предназначены для оказания помощи женщинам с

физиологическими и осложненными беременностью и родами, женщинам, страдающим соматической патологией, в том числе требующим реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. При расположении на территории большого населенного пункта или городской агломерации нескольких родильных домов возможно их профилирование по определенному виду патологии.

Третья группа представлена перинатальными центрами, в которых сосредоточены ресурсы по оказанию помощи, прежде всего, недоношенным и новорожденным с тяжелой патологией, имеющим отделения неонатального профиля: реанимации новорожденных, отделения патологии недоношенных и новорожденных, хирургии новорожденных. Учреждения третьей уровня подразделяются на две группы:

− третья «А» группа – медицинские организации, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации;

− третья «Б» группа (уровень) - федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным, разрабатывающие новые методы диагностики и лечения и организационно-методическое обеспечение деятельности учреждений родовспоможения субъектов Российской Федерации.

Разделение медицинских организаций на группы (уровни) позволяет создать региональную схему маршрутизации пациентов. Соблюдение принципов маршрутизации обеспечивает доступность необходимой медицинской помощи конкретному пациенту, рациональное расходование

ресурсов здравоохранения и является основным элементом системы по предупреждению репродуктивных потерь.

Для заметок:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

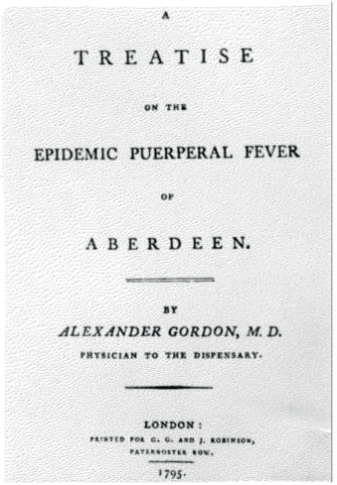
……

……

РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПАХ РАБОТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Послеродовый сепсис или, «родильная горячка», как причина материнской смертности, известен с давних времен. В странах Европы распространение «родильной горячки» раньше имело эпидемический характер, так с середины XVII века за два столетия было описано около двухсот эпидемий этого заболевания. Имеются сведения, что в 1776 году в регионе Ломбардия все родившие женщины погибли от родильной горячки.

В то время как в странах континентальной Европы родильная горячка уносила жизни множества женщин, в Англии она встречалась в виде отдельных вспышек. Это объясняется тем, что стереотип профессионального поведения акушерок и врачей при оказании помощи в родах на Британских островах уже тогда предполагал использование чистых инструментов и белья. Усиливая требования к чистоте помещений, предметов ухода и гигиены, к одежде медиков шотландский хирург и акушер **Александр Гордон** (1752–1799) имел успешный опыт борьбы со вспышками родильной горячки. Свои опыт и представления об инфекционной причине этого заболевания он описал в отдельном трактате за несколько десятилетий до И. Ф. Земмельвейса (рисунок 4).


A

TREATISE

ON THE

EPIDEMIC PUERPERAL FEVER

OF

ABERDEEN.

BY

ALEXANDER GORDON, M. D.

PHYSICIAN TO THE DISPENSARY.

LONDON:

PRINTED FOR G. G. AND J. ROBINSON, PATERNOSTER ROW.

1795.

Рисунок 4. Титульная страница работы Гордона об эпидемической послеродовой лихорадке (Лондон, 1795 год).

Учитывая этот факт, британские историки, ученые и медики настаивают на признании приоритета Александра Гордона в вопросе открытия причин послеродовой горячки. В шотландском городе Абердин, в котором Гордон практиковал как акушер, установлен памятный знак, как символ признания врачу, доказавшего заразную природу послеродовой лихорадки и необходимость ее профилактики с помощью профессиональной гигиены медицинских работников (рисунок 5).



Рисунок 5. Мемориальная доска в честь Гордона (г. Абердин, Шотландия)

Игнац Филипп Земмельвейс (1818–1865) впервые обратил внимание на высокую смертность женщин от «родильной лихорадки» с позиций сравнительной эпидемиологии. Его догадки о влиянии «заразного начала» на смертность родильниц нашли отражение в наблюдательном эпидемиологическом исследовании, проведенном в родильном доме города Вена, в котором параллельно работали две клиники. В одной из них в период с 1840 по 1846 гг. уровень материнской смертности составлял 98,4 на 1000 родов, в другой – 36,2. На первый взгляд, клиники не имели существенных различий, однако И. Ф. Земмельвейс обратил внимание на то, что в первой клинике проходили практику студенты-медики, рабочий день у которых начинался с посещения анатомического театра и вскрытия трупов умерших, а продолжался в родильном отделении. Во второй клинике роды принимали акушерки, которые не участвовали во вскрытии трупов умерших. Исходя из этого И. Ф. Земмельвейс за много лет до открытия микробов предположил, что причина родильной горячки так называемые «частички вскрытий», которые студенты-медики приносили в родильное отделение на своих руках.

В мае 1847 года, опираясь на свое предположение, И. Ф. Земмельвейс ввел обязательное мытье рук персонала перед входом в родильное отделение в 4 % растворе хлорной воды.

Обладая жестким характером, он написал требование к сотрудникам клиники, которой руководил:

«Начиная с сего дня, 15 мая 1847 г., всякий врач или студент, направляющийся из покойницкой в родильное отделение, обязан при входе вымыть руки в находящемся у двери тазике с хлорной водой.

Строго обязательно для всех без исключения. И. Ф. Земмельвейс».

Результат не заставил себя ждать, и уже в 1848 году уровень материнской смертности в первой клинике снизился до 12,7 на 1000 родов, что было сопоставимо с аналогичным показателем второй клиники (13,3 на 1000 родов) и показателями смертности в клиниках в период с 1784 по 1822 гг., когда массовых вскрытий умерших пациентов не проводили (12,5 на 1000 родов). Свои выводы ученый опубликовал в виде диссертации (рисунок 6).

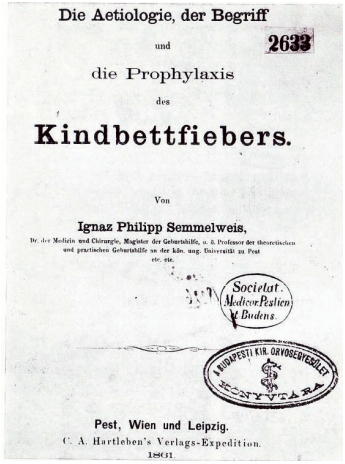

Die Aetiologie, der Begriff
und
2633
die Prophylaxis
des
Kindbettfiebers.
Von
Ignaz Philipp Semmelweis,
Societat. Medicor. Pestien. Budens.
Pest, Wien und Leipzig.
C. A. Hartleben's Verlags-Expedition.
1861

Рисунок 6. Титульная страница работы И. Ф.Земмельвейса об этиологии послеродовой лихорадки (Вена, 1861 год).



Рисунок 7. Памятник И. Ф.Земмельвейсу – Спасителю матерей (г. Будапешт, Венгрия).

Выводы И. Ф. Земмельвейса, хотя и имели большое практическое значение, не нашли признания у коллег, так как ставили под сомнение традиционную медицинскую практику того времени. Антисептика вошла в рутинную практику акушерства только в 80-е годы XIX века благодаря английскому хирургу Дж. Листеру.

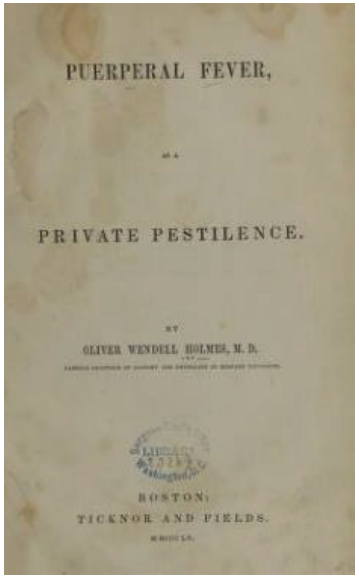
Только спустя несколько десятилетий после смерти Земмельвейс был назван основоположником асептики. В 1906 году в Будапеште на пожертвования врачей установили памятник «Спаситель матерей», на котором изображен Игнац Земмельвейс (рисунок 7). В 1969 году Будапештскому медицинскому университету присвоено имя Игнаца Филиппа Земмельвейса.

Практически в это же время только уже в Новом Свете профессор **Оливер Венделл Холмс** (1809–1894) пришел к похожим выводам, что и Земмельвейс, сделав существенный акцент на дисциплину и личную ответственность акушеров (рисунок 8). Свои представления о профилактике послеродовой лихорадки, не потерявшие актуальность и сегодня, он сформулировал следующим образом:

1. Врач, занимающийся акушерской практикой, никогда не должен принимать активного участия в патологоанатомическом исследовании случаев послеродовой лихорадки.

2. Если на таких вскрытиях присутствует врач, он должен тщательно вымыться, сменить одежду и подождать двадцать четыре часа, прежде чем обратиться к акушерству.

3. Аналогичные меры предосторожности следует соблюдать после вскрытия трупа или хирургического лечения случаев рожистого воспаления, если врач вынужден совмещать их со своими акушерскими обязанностями, что в высшей степени нецелесообразно.


PUERPERAL FEVER,

AS A

PRIVATE PESTILENCE.

BY

OLIVER WENDELL HOLMES, M. D.

BOSTON:
TICKNOR AND FIELDS.

Рисунок 8. Титульная страница работы Холмса о персональной ответственности акушеров «Послеродовая лихорадка как личная чума» (Бостон, 1855 год).

4. При возникновении в своей практике случая послеродовой лихорадки врач обязан считать следующую женщину, которую он посетит, как находящуюся под угрозой заражения, и его долг – принять все меры предосторожности, чтобы уменьшить риск ее болезни и смерти.

5. Если в практике одного и того же врача в течение короткого периода времени два случая послеродовой лихорадки случаются подряд, ему целесообразно отказаться от акушерской практики по крайней мере на один месяц.

6. Возникновение трех или более тесно связанных случаев в практике одного врача доказывает, что он является причиной распространения инфекции.

7. Обязанностью врача является принятие всех мер предосторожности, чтобы заболевание не было занесено медицинскими сестрами или другими помощниками, путем проведения соответствующих расследований и своевременного предупреждения о каждом предполагаемом источнике опасности.

8. Какое бы снисхождение ни было предоставлено тем, кто до сих пор, ввиду невежества, был причиной стольких страданий, пришло время, когда выявление случая заболевания у конкретного врача должно рассматриваться не как досадная случайность, а как преступление; и зная о таких случаях в своей практике, каждый врач должен предпочесть профессиональным обязанностям свой первостепенный долг перед обществом.

Акушерство в современном мире перешло на качественно иной уровень. Создана трехуровневая система оказания медицинской помощи матерям и детям с учетом показателей перинатального риска для каждой беременной женщины. Работа акушерских стационаров всех уровней организована по принципу совместного пребывания матери и ребенка с сокращением срока пребывания в послеродовом отделении до 3−4-х дней, сохранением грудного вскармливания и отказом от многих рутинных процедур. Однако, несмотря на все изменения, гнойно-септические инфекции послеродового периода и связанные с ними проблемы материнской и перинатальной смертности по сию пору сохраняют свою актуальность.

Для заметок:

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящем разделе учебного пособия речь пойдет об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, роженицам, родильницам в сроке 22 недели и более. Поэтому необходимо уточнить определение понятия родов и **рождения ребенка**, а именно, что «…моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов». Критерии родов и рождения ребенка определены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1687-н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» и включают:

1) срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 граммов и более (или менее 500 граммов при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела ребенка при рождении 25 см и более;

2) срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 граммов, или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, длина тела ребенка при рождении менее 25 см − при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток).

При наличии вышеуказанных критериев рождения родителям ребенка или их уполномоченным лицам выдается медицинское свидетельство о рождении – форма № 103/у.

Следует уточнить, что **роженицей** называют женщину во время первого, второго и третьего периода родов. **Родильница** – это женщина в течение 42 дней после родов, то есть после рождения ребенка и последа.

Госпитализация беременной женщины на роды в акушерский стационар планируется еще на этапе женской консультации, во время диспансерного наблюдения по беременности. В сроке беременности 36–37

недель врач акушер-гинеколог женской консультации формулирует полный клинический диагноз, делает о нем запись в индивидуальной и обменной картах беременной и родильницы (формы 111/у-20 и 113/у-20). С учетом клинического диагноза, на основании маршрутизации, регламентированной органом управления здравоохранения, определяется медицинская организация, в которой будет происходить родоразрешение. Об этом лечащий врач-акушер-гинеколог информирует женщину незамедлительно.

Если у беременной имеется экстрагенитальное заболевание, требующее наблюдения и лечения в условиях круглосуточного стационара, то госпитализация осуществляется в отделение по профилю заболевания. В этом случае наблюдение беременной проводится врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом совместно. При отсутствии в медицинской организации врача-специалиста (по профилю заболевания или врача-акушера-гинеколога) администрацией больницы привлекается врач необходимой специальности из другой медицинской организации.

При акушерских осложнениях до 22 недель беременности и наличии показаний госпитализация женщины осуществляется в специализированное отделение патологии беременности (отделение невынашивания) или гинекологическое отделение. При беременности в сроке более 22 недель госпитализация по акушерским показаниям проводится в родильный дом или перинатальный центр. При сочетании акушерского осложнения и экстрагенитального заболевания госпитализация осуществляется в стационар по преобладанию патологии, в составе которого имеется акушерское отделение.

При преждевременных родах, в сроке беременности 22–36 недель и 6 дней, госпитализация женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В случае невозможности транспортировки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар третьей группы

(уровня) беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение). В данную медицинскую организацию вызывается выездная педиатрическая бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и при гинекологических заболеваниях (далее − выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации) вызывается при декомпенсированных экстрагенитальных заболеваниях и акушерских осложнениях, таких как преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при объеме кровопотери 1000 мл и более, геморрагическом шоке.

Показаниями для госпитализации беременной женщины в акушерско-гинекологический стационар **по неотложным показаниям** являются:

1) кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша (при беременности до 22 недель);

2) симптомы истмико-цервикальной недостаточности;

3) рвота беременной более 10 раз в сутки и потеря массы тела более 3 кг за 1–1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии;

4) развитие родовой деятельности;

5) излитие или подтекание околоплодных вод;

6) угрожающие преждевременные роды в сроке беременности до 36 недель и 6 дней;

7) кровотечение из половых путей различной степени интенсивности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты;

8) однократное повышение диастолического артериального давления до 110 мм рт. ст. и более или двукратное повышение диастолического артериального давления 90 мм рт. ст. и более с интервалом не менее 4 часов;

9) повышение систолического артериального давления до 160 мм рт. ст. и более;

10) клинически значимая протеинурия;

11) симптомы полиорганной недостаточности: головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастральной области, рвота, симптомы поражения печени, олиго- или анурия, гиперрефлексия;

12) признаки хориоамнионита;

13) задержка роста плода 2–3 степени;

14) нарушение функционального состояния плода по данным допплерометрии и кардиотокографии;

15) внутриутробная гибель плода.

***Важно**: Действующий Порядок рекомендует организовать медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, а также новорожденным детям на основе региональных схем маршрутизации. При этом учитываются возможности каждого акушерского стационара, прежде всего структура, коечная мощность, уровень оснащения медицинским оборудованием и обеспеченность квалифицированными кадрами. Иными словами, пациент должен быть своевременно госпитализирован в тот акушерский круглосуточный стационар, где окажут весь необходимый объем медицинской помощи женщине и новорожденному ребенку. Маршрутизация рассматривается как основной этап в предупреждении акушерских осложнений и репродуктивных потерь, прежде всего материнских смертей, мертворождения и младенческой смертности.*

С целью определения условий для плановой медицинской помощи и целенаправленного направления на госпитализацию беременных женщин, рожениц, родильниц в акушерский стационар соответствующей группы (уровня) Порядок предусматривает критерии этапности, то есть в Порядке указаны показания для **плановой госпитализации** в акушерский стационар, которые должны исполнять все медицинские организации, работающие на территории Российской Федерации.

Критериями этапности оказания плановой медицинской помощи и направления беременных женщин (показаниями) в акушерские стационары **первой группы (уровня)** являются:

1) головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 граммов) и нормальных размерах таза женщины;

2) отсутствие показаний для операции планового кесарева сечения;

3) отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий, в том числе:

− увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

− миопия I и II степеней без изменений на глазном дне;

− хронический пиелонефрит без нарушения функции;

− инфекции мочевыводящих путей вне обострения и другие;

4) отсутствие осложнений при настоящей беременности:

− протеинурия во время беременности;

− гипертензивные расстройства;

− задержка роста плода;

5) отсутствие в анамнезе у женщины:

− антенатальной, интранатальной гибели плода и ранней неонатальной смерти новорожденного ребенка;

− преждевременных родов;

− преэклампсии, эклампсии;

− отслойки нормально расположенной плаценты;

6) отсутствие осложнений при предыдущих родах:

− преждевременные роды;

− гипотоническое кровотечение;

− глубокие разрывы мягких тканей родовых путей;

− родовая травма у новорожденного.

Показаниями для госпитализации в **ургентный родильный зал** являются:

1) активная фаза родов (открытие маточного зева на 4 см и более) и роды вне родильного дома (отделения);

2) экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин (показаниями) в акушерские стационары **второй группы (уровня**) являются:

1) экстрагенитальные заболевания:

− заболевания внутренних органов вне обострения;

− психические заболевания;

− эндокринные заболевания в стадии компенсации;

− заболевания органов зрения;

− перенесенные ранее травмы, в том числе черепно-мозговые.

2) осложнения настоящей беременности, родов:

− переношенная беременность;

− преэклампсия умеренная;

− предполагаемый крупный плод;

− анатомическое сужение таза I–II степеней;

− тазовое предлежание плода;

− низкое расположение плаценты;

− рубец на матке после кесарева сечения или других операций;

− беременность после лечения бесплодия любого генеза;

− беременность после вспомогательных репродуктивных технологий;

− преждевременные роды при сроке беременности 34–36 недель;

− мертворождение в анамнезе;

− антенатальная гибель плода.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **третьей «А» группы (уровня)** являются:

1) возраст беременной женщины менее 18 лет;

2) осложнения беременности и родов:

− преждевременные роды при сроке беременности менее 34 недель;

− предлежание плаценты;

− задержка роста плода;

− изоиммунизация при беременности;

− метаболические заболевания плода;

− водянка плода;

− много- и маловодие;

− заболевания плода, требующие выполнения фетальных вмешательств;

− подозрение на врастание плаценты;

− поперечное и косое положение плода;

− преэклампсия, эклампсия и их осложнения;

− холестаз, гепатоз беременных;

− наличие признаков несостоятельности рубца на матке после предшествующих операций;

− беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах;

− многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений или риске их возникновения, характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов);

3) экстрагенитальные заболевания:

− заболевания сердечно-сосудистой системы: ревматические и врожденные пороки, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия;

− тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты;

− заболевания органов дыхания, с развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

− диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

− заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

− заболевания печени: токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени;

− эндокринные заболевания: сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность;

− заболевания органов зрения: миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома;

− заболевания крови: гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, врожденные дефекты свертывающей системы крови;

− заболевания нервной системы: эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов;

− миастения;

− злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

− сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

− перенесенные травмы, в том числе черепно-мозговые, с неврологическими расстройствами;

4) прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские **стационары третьей «Б» группы (уровня)** являются: состояния, требующие госпитализации в акушерский стационар третьей «А» группы (уровня) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий.

На основе Порядка в Свердловской области приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.12.2021 № 2496-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» (далее – Приказ МЗ СО) была утверждена схема маршрутизации и направления беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей в акушерские стационары первой, второй и третьей группы. Медицинскую помощь пациентам оказывают 48 акушерских стационаров, из них учреждения первой группы – 22, учреждения второй группы – 23, учреждения третьей группы – 3 (рисунок 9).

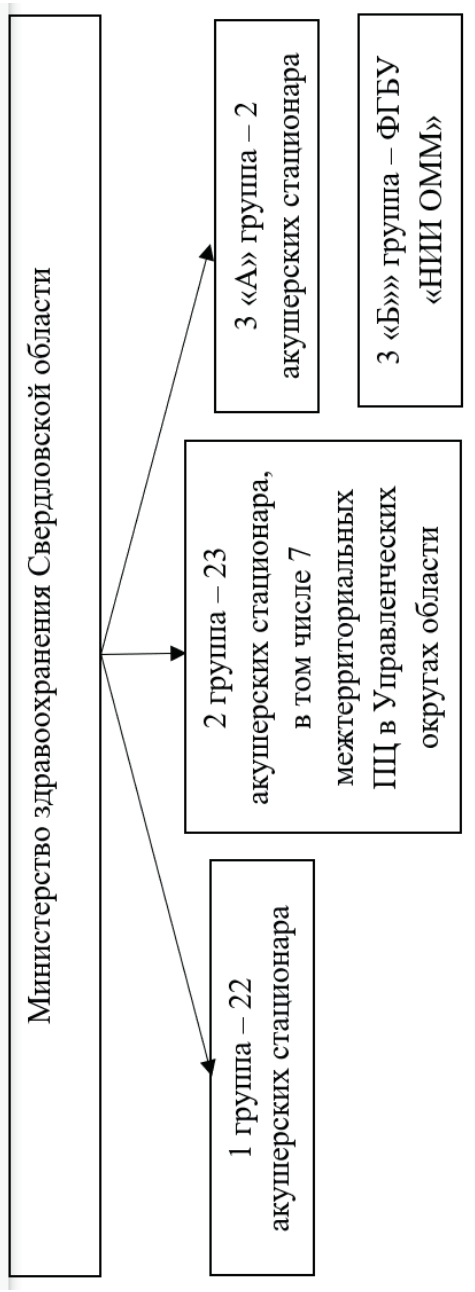


Рисунок 9. Структура акушерских стационаров Свердловской области

К учреждениям первой группы отнесены акушерские отделения в составе центральных районных больниц и небольших городских больниц, такие как ГАУЗ СО «Качканарская центральная городская больница», ГАУЗ СО «Белоярская центральная районная больница», ГАУЗ СО «Нижнесергинская центральная районная больница», ГАУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва» и др.

Примером учреждения второй группы являются 17 родильных домов, расположенных на территории города Екатеринбурга, Нижнего Тагила, Верхней Пышмы, Красноуфимска и других городов области, а также 7 межтерриториальных перинатальных центров, работающих в составе многопрофильных или детских больниц в каждом управленческом округе: ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург», ГАУЗ СО «Демидовская городская больница», ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница», ГАУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», ГАУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский», ГАУЗ СО «Городская больница город Асбест», ГАУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница».

Двумя учреждениями третьей «А» группы являются Областной перинатальный центр ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница» и первый акушерский стационар ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр». Учреждением третьей «Б» группы является Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Важно: Приказ Минздрава Свердловской области не только предусматривает разделение акушерских стационаров на группы в соответствии с Порядком, но и определят конкретный акушерский или многопрофильный стационар для госпитализации пациента.

Порядок направления на госпитализацию, консультирование и/или определение транспортабельности беременных женщин, родильниц и новорожденных детей может осуществляться сотрудниками акушерских дистанционных консультативных центров, работающих на базе Областного перинатального центра ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница» и ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» в онлайн-режиме посредством автоматизированной системы «Региональный Акушерский Мониторинг» (АИСТ «РАМ»).

Данная информационная система работает в медицинских организациях Свердловской области с 2014 года и является облачной программной технологией для медицинских работников и организаторов здравоохранения в сфере родовспоможения.

АИСТ «РАМ» предназначен для сплошного мониторинга беременных, начиная от этапа постановки на диспансерный учет, назначения и выполнения плана мероприятий обследования и лечения, родоразрешения и до окончания послеродового периода − 42 дней после родов. С рабочего места каждого специалиста, оказывающего помощь беременной, роженице, родильнице в условиях женской консультации, акушерского и гинекологического стационара, в режиме реального времени вносится вся информация о пациентке: данные осмотра, результаты лабораторных исследований, диагноз и назначения, операции и пособия. Кроме того, предусмотрен «Личный кабинет» для каждой беременной, в котором имеется возможность заполнения дневников самоконтроля самочувствия, артериального давления, температуры, шевелений плода, гликемии.

Система акушерского мониторинга на основании этой информации производит анализ рисков осложнений и оповещает об этом медицинского работника, непосредственно оказывающего помощь, и региональный центр мониторинга беременных – акушерский дистанционный консультативный центр. Возможности комплекса обеспечиваются технологиями «бенчмаркинга» состояния здоровья, автоматизированного риск-

менеджмента акушерских осложнений, бизнес-аналитики деятельности медицинских организаций и сервисом мобильных уведомлений с личным кабинетом врача и пациента.

Для заметок:

…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОВРЕМЕННОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Родильный дом – это медицинская организация (или структурное подразделение медицинской организации), предоставляющая уход и оказывающая медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» женщинам в период беременности, в родах, послеродовый период, а также медицинскую помощь и уход новорожденным в стационарных условиях.

Медицинская помощь женщинам в период родов, в послеродовый период относится к специализированной и оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерское дело», «акушерство и гинекология», «неонатология», «анестезиология и реаниматология».

Родильные дома в Российской Федерации составляют основу системы охраны материнства и младенчества, заложенной еще в начале XX века, и сочетают в себе подразделения акушерского профиля (акушерский стационар) и неонатального профиля (отделение новорожденных).

Регламентирует деятельность родильного дома по основным вопросам «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н.

В зависимости от конкретных региональных условий существует несколько вариантов организации работы родильного дома. Наиболее эффективным является размещение акушерского стационара в структуре крупных многопрофильных медицинских организаций. В небольших и отдаленных населенных пунктах для обеспечения доступности медицинской помощи возможна организация только родового (акушерского) отделения, в том числе по типу ургентного родового зала.

Объединение, включающее акушерский стационар и подразделения неонатального профиля II этапа выхаживания (отделение реанимации новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных) может называться и выполнять функции **перинатального центра**.

Для достижения своей основной цели родильный дом (родовое отделение) осуществляет следующие функции:

1. Оказание медицинской (в первую очередь акушерской) помощи и предоставление ухода беременным, роженицам, родильницам в стационарных условиях.

2. Оказание медицинской помощи новорожденным и уход за ними в стационарных условиях:

− проведение антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ;

− обеспечение вакцинопрофилактики (против туберкулеза и вирусного гепатита В);

− проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания обмена веществ (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземия);

− проведение аудиологического скрининга с целью своевременного выявления нарушений слуха.

3. Санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы и абортов.

4. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности женщинам по беременности и родам.

5. Проведение анализа причин осложненного течения беременности, родов, послеродового периода, заболеваемости новорожденных, причин материнской и перинатальной смертности.

Выполняя эти функции родильный дом взаимодействует с другими учреждениями системы охраны материнства и младенчества – женской консультацией и территориальной детской поликлиникой.

Основным связующим документом при этом является «Обменная карта беременной, роженицы и родильницы» (учетная форма 113/у-20), содержащая основную информацию о беременной, течении беременности, результаты ее лабораторного и инструментального обследования (талон № 1 «Сведения женской консультации о беременной»). При выписке после родов в женскую консультацию из этого документа направляется талон № 2 «Сведения акушерского стационара о родильнице», а в детскую поликлинику – талон № 3 «Сведения акушерского стационара о новорожденном».

В случае начавшихся и свершившихся родов вне акушерского стационара (домашние роды, роды в дороге), других ситуациях, требующих оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, взаимодействие также осуществляется со станцией (отделением) скорой медицинской помощи. В этом случае для обеспечения преемственности и последовательности действий применяется «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему» (учетная форма 114/у). Сопроводительный лист остается в первичной документации родильного дома.

Для организации медицинской помощи профильным пациентам в период беременности, родов и послеродовый период, а также для проведения совместных профилактических мероприятий родильный дом взаимодействует с противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, центрами профилактики и борьбы со СПИД.

Являясь частью службы охраны материнства и младенчества, родильный дом оказывает помощь в строгом соответствии с принципами маршрутизации пациентов, разработанными территориальными органами управления здравоохранением в соответствии с трехуровневой системой оказания помощи.

В основе медицинской технологии любого родильного дома лежат современные перинатальные семейно-ориентированные технологии, позволяющие снизить эпидемиологические риски, обеспечить безопасность пациентов в акушерском стационаре и способствовать получению женщинами и их семьями позитивного опыта беременности и родов.

К семейно-ориентированным технологиям относятся:

1. Рациональное ведение родов, уменьшение использования фармакологических средств, пособий и манипуляций.

2. Максимальное привлечение членов семьи к оказанию помощи женщине при вынашивании беременности, в родах и послеродовый период, к уходу за новорожденным (школы родительства, партнерские роды, минимизация ограничений посещений в родильном доме).

3. Совместное пребывание матери и ребенка на всех этапах оказания помощи.

4. Профилактика гипотермии новорожденных, в том числе при оперативном родоразрешении.

5. Раннее прикладывание к груди, абсолютный приоритет грудного вскармливания.

Базовая структура родильного дома представлена следующим образом:

1. Акушерский стационар

− приемное отделение

− отделение патологии беременности

− родовое отделение с операционным блоком*

− акушерское отделение с палатами для родильниц*

− отделение реанимации для беременных и родильниц

2. Отделение новорожденных, в том числе отделение
(палата, пост реанимации и интенсивной терапии новорожденных)

3. Вспомогательные подразделения и службы:

− центральное стерилизационное отделение

− дезинфекционная камера

− прачечная

− отдел клининга (уборки) помещений

− пищеблок, буфетные

− аптека

* *Обратите внимание: Порядком предусматривается возможность включения родового отделения в состав акушерского отделения, но во многих медицинских организациях родовое отделение функционирует как самостоятельное подразделение.*

Набор основных помещений, необходимых для обеспечения противоэпидемического режима, и минимальные площади помещений в акушерском стационаре приведены в приложении 1.

В соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических правил акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости − для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается только по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Важно: беременность, роды, послеродовый период и развитие новорожденного являются физиологическими процессами, поэтому в

родильном доме, оказывающем помощь пациентам низкого риска, подразделения акушерского стационара и неонатальное отделение носят название физиологических с соответствующим санитарно-эпидемиологическим режимом. Однако в крупных учреждениях наиболее эффективной является организация работы родильного дома по принципу обсервационных отделений без выделения отделений физиологического профиля, особенно это касается учреждений II и III групп (уровней). При этом все беременные, роженицы, родильницы и новорожденные рассматриваются как пациенты повышенного инфекционного риска.

При анализе деятельности родильного дома используют следующие количественные и качественные критерии:

1. Абсолютное число родов за календарный период:

− преждевременные роды;

− срочные роды;

− запоздалые роды;

2. Случаи поздней выписки родильницы и новорожденного после родов из акушерского стационара (свыше 4 суток).

3. Показатель заболеваемости женщин, осложнившей течение родов и послеродовой период:

− число акушерских кровотечений на 1000 родов (родоразрешений)

− число гнойно-септических послеродовых заболеваний на 1000 родов всего, после кесарева сечения, после родов через естественные родовые пути

− материнский травматизм на 1000 родов

4. Число оперативных вмешательств при родовспоможении на 1000 родов:

− родоразрешающие операции (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода);

− плодоразрушающие операции;

− гистерэктомия (ампутация и экстирпация матки).

5. Распределение родившихся живыми по массе тела при рождении.

6. Показатель мертворождаемости на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

7. Заболеваемость новорожденных в зависимости от массы тела при рождении, в том числе родовый травматизм на 1000 родившихся живыми:

− в категории 500–999 граммов;

− в категории от 1000 граммов и более;

8. Показатели смертности:

− женщин (беременных, рожениц, родильниц): материнская смертность на 100000 родившихся живыми;

− новорожденных (рання неонатальная, поздняя неонатальная, неонатальная) на 1000 родившихся живыми.

Для заметок:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Мероприятия по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в акушерском стационаре, как и в любой медицинской организации, основываются на рекомендациях органов управления здравоохранения, органов надзора: Росздравнадзор, Роспотребнадзор, общественных профессиональных и общественных пациентских организаций.

Мероприятия по внутреннему контролю качества в акушерском стационаре планируются и проводятся руководителем медицинской организации или его заместителем. Перечень этих мероприятий может быть представлен следующим образом:

1. Оценка качества и безопасности оказания медицинских услуг путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок. Плановые проверки должны проходить не реже 1 раза в квартал, целевые – при наличии оснований, например, жалоб об угрозе причинения вреда жизни и здоровью граждан, а также во всех случаях летальных исходов или внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

2. Сбор, учет и анализ статистических данных, отражающих показатели медицинской деятельности, с обязательной фиксацией фактов и обстоятельств, создающих угрозу для здоровья пациентов и медицинских работников.

3. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых по стандартам медицинской помощи, а также о побочных и нежелательных реакциях при их применении.

4. Обеспечение эпидемиологической безопасности, в том числе профилактика инфекций, проведение микробиологических исследований, организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий.

Все результаты проведения мероприятий в рамках внутреннего контроля фиксируются в формах, журналах, протоколах с указанием предложений по улучшению процессов.

К основным технологиям обеспечения безопасности пациентов в современном родильном доме можно отнести идентификацию личности пациента, передачу клинической ответственности за пациента, организацию транспортировки пациентов, профилактику рисков, связанных с оперативными вмешательствами, обеспечение безопасности среды в медицинской организации, профилактику падений.

Идентификация личности пациента

Особенностью идентификации личности пациента в родильном доме является то, что с момента рождения ребенка необходимо идентифицировать двух пациентов: мать (роженицу, родильницу) и новорожденного ребенка, который требует достоверной и четкой идентификации на всех этапах ухода, проведения диагностических и лечебных манипуляций и транспортировки.

Широкое применение совместного пребывания матери и новорожденного во всех отделениях, включая отделения реанимации и интенсивной терапии, является основным фактором, определяющим обязательную идентификацию новорожденного.

Использование идентификационных браслетов в родовых отделениях применяется давно. После родов новорожденному и его матери на руки надевались бирки из медицинской клеенки с информацией о фамилии, имени и отчестве матери, а также дате и времени рождения ребенка. Развитие медицинских технологий, повышение правовой грамотности пациентов и имеющиеся факты случайной или спровоцированной подмены новорожденных в родильных домах обусловливают необходимость совершенствования методов идентификации. Это достигается увеличением

обязательной к фиксации индивидуальной информации (например, расширенных антропометрических данных новорожденного), препятствующей ошибкам идентификации пациентов с распространенными фамилиями или другими похожими данными.

Особенностью статуса новорожденного в родильном доме является отсутствие у него документов, подтверждающих личность, так как регистрация рождения в отделе ЗАГС и выдача свидетельства о рождении происходит после выписки из родильного дома. Основным документом родильного дома, отражающим информацию о новорожденном, является «История развития новорожденного» (учетная форма № 097-/у-97), которая утверждена Порядком. Этот документ оформляется в приемном отделении и заполняется в родовом отделении акушеркой или врачом акушером-гинекологом, принявших роды. При рождении более чем одного ребенка документ оформляется на каждого отдельно. В «Истории развития новорожденного» помимо даты и времени рождения обязательно указываются:

− номер родов из «Журнала родов» родового отделения;

− фамилия, имя, отчество, возраст матери;

− место регистрации матери;

− антропометрические данные и пол новорожденного;

− результаты оценки по шкале Апгар;

− данные объективного обследования;

− все переводы новорожденного из одного отделения в другое;

− номер палаты, кувеза, кроватки.

Медицинская информация о новорожденном (дата, время рождения, пол, антропометрические данные) из «Истории развития новорожденного» дублируется и должна быть идентичной информации в следующих документах:

− «Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (учетная форма № 096/у-20);

− талонах № 2 и № 3 «Обменной карты беременной, роженицы и родильницы» (учетная форма 113/у-20), направляемых в женскую консультацию и территориальную детскую поликлинику;

− «Медицинском свидетельстве о рождении» (учетная форма 103/у), которая выдается матери при выписке для предоставления в отдел ЗАГС;

− родовый сертификат (Талон № 2), который передается в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты медицинской организации услуг по оказанию медицинской помощи.

Передача клинической ответственности за пациента. Организация транспортировки пациентов

Преемственность медицинской помощи и вопросы передачи клинической ответственности за пациентов в учреждениях родовспоможения включают алгоритмы транспортировки различных категорий пациентов: беременных, рожениц, родильниц, новорожденных детей.

Транспортировка женщин производится только с применением специальных средств (каталка, кресло) по медицинским показаниям:

− любое состояние, требующее интенсивной терапии и реанимации;

− акушерское кровотечение;

− преждевременное излитие околоплодных вод до уточнения;

акушерской ситуации при внутреннем акушерском исследовании;

− транспортировка родильницы в течение первых 12 часов после родов.

Транспортировка новорожденных в любых случаях проводится исключительно с использованием специальных средств: кувезы, подвижные кроватки.

Важно: транспортировка новорожденных «на руках» категорически запрещена!

Транспортировка пациента осуществляется одновременно с медицинской документацией, оформленной должным образом. Передача ответственности за пациента фиксируется в медицинской документации с использованием специальных контрольных списков (чек-листов), отражающих наиболее важную на данном этапе клиническую информацию. Варианты чек-листов представлены в приложении № 2.

Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

Особенностью хирургической безопасности в родильном доме является готовность медицинского персонала и наличие ресурсов, позволяющих эффективно выполнить оперативные вмешательства и пособия в самый короткий промежуток времени. Например, пособие при плечевой дистоции должно быть выполнено в течение пяти минут от начала развития данной патологии, а временной интервал до родоразрешения при тяжелых нарушениях сердечного ритма у плода от момента фиксации первых нарушений не должен превышать 15–18 минут.

Обеспечение хирургической безопасности в части применения традиционного хирургического чек-листа также имеет особенность, связанную с наличием «второго пациента» (плода или новорожденного). В него включаются вопросы, связанные с показаниями к оперативному вмешательству, в том числе со стороны плода, и с необходимостью подготовки плода: профилактика респираторного дистресс-синдрома, проведение нейропротекции.

Особого внимания при проведении кесарева сечения требует соблюдение температурного режима в операционной. Температура воздуха должна быть не менее 25 °С. Контрольные вопросы чек-листа должны также включать готовность к профилактике гипотермии новорожденного – наличие

термопакета для глубоко недоношенных, термоматрасика, температурного датчика.

Безопасность среды в медицинской организации

Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Профилактика падений

Достоверную оценку риска падений можно получить, используя Шкалу оценки риска падений в акушерстве (Obstetric Falls risk assessment system – OFRAS). Применение этой шкалы совместно с выполнением тестирования на возможность «выхода» (Egress-test) после родоразрешения как абдоминального, так и через естественные родовые пути позволяет значительно снизить частоту случаев падений пациентов в послеродовом периоде (приложение № 3).

Шкала Obstetric Falls risk assessment system (OFRAS) представляет собой перечисление самых распространенных факторов риска потери равновесия, ранжированных по баллам, сумма которых определит вероятность падения пациентки и возможность ее самостоятельного передвижения.

Хорошее прогностическое значение имеет функциональная ортостатическая проба, основанная на реактивности сердечной деятельности в зависимости от положения тела. Ортостатическую пробу начинают проводить с подсчета частоты сердечных сокращений в горизонтальном положении пациента. После этого пациент садится, и через 3 минуты вновь определяют пульс. При увеличении частоты более чем на 25 ударов проба считается положительной, что определяет повышенный риск потери устойчивости.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Обязательным подразделением родильного дома является приемное отделение. В некрупных учреждениях может быть организован приемный покой – пост акушерки.

Недопустимо совмещение приема беременных, рожениц, родильниц, поступающих в акушерский стационар, с приемами в другие отделения многопрофильных медицинских организаций. В крупных родильных домах и перинатальных центрах в помещении приемного отделения должны быть предусмотрены изоляторы для пациентов обсервационного профиля с отдельными выходами и автономной системой вентиляции.

В акушерских стационарах и отделениях при наличии обсервационных коек прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляют через блок помещений обсервационного приема с отдельным входом.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых обсервационное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания обсервационного отделения.

Функциями приемного отделения являются:

1. Прием и регистрация пациентов, поступающих в акушерский стационар.

2. Оказание экстренной медицинской помощи.

3. Сортировка пациентов.

4. Санитарно-гигиеническая обработка пациентов.

Приемное отделение работает круглосуточно, предусматривается сохранение его работы даже в период временного прекращения приема пациентов или временного закрытия родильного дома. Приемное отделение

имеет отдельные изолированные помещения для акушерского физиологического отделения и для акушерского обсервационного отделения родильного дома. Возможна организация отдельного помещения с постом медицинского персонала в приемном отделении для поступления беременных женщин в акушерское отделение патологии беременности.

Входная группа помещения, занимаемая приемным покоем, должна быть хорошо маркирована и оборудована пандусом для возможности использования громоздких средств транспортировки пациентов (каталки с приспособлениями для протезирования жизненных функций и инфузионными системами, кувезы и т. п.), устройствами для людей с ограниченными возможностями. Перед зданием, в котором расположен приемный покой, обустраивается подъездные пути и сортировочные площадки для санитарного транспорта.



Рисунок 10. Приемный покой ГБУЗ СО Екатеринбургский перинатальный центр. Входная группа оборудована широким прямым пандусом, маркирована. Сортировочная площадка позволяет разместить несколько санитарных машин.

В приемном отделении проводится регистрации беременной или роженицы с указанием персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения), информации о полисе обязательного медицинского страхования и СНИЛС, даты и времени обращения. Затем оформляется «Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей

медицинскую помощь в стационарных условиях» (учетная форма № 096/у-20) в виде «Медицинской карты беременной, находящейся в отделении патологии беременности» или в виде «Истории родов». При поступлении роженицы в приемном отделении кроме «Истории родов» оформляется «История развития новорожденного» (учетная форма № 097-/у-97). В случае родов вне медицинской организации (на дому, в машине скорой медицинской помощи и др.) на родильницу заводится «История родов», а на новорожденного – «История развития новорожденного».

В приемном отделении должны быть все условия для оказания необходимой медицинской помощи женщине и новорожденному ребенку в полном объеме, в частности, пособия в родах, первой помощи новорожденному для продолжения интенсивной терапии осложнений беременности, прежде всего преэклампсии и кровотечения, реанимации как женщины, так и новорожденного. В приемных отделениях крупных акушерских стационаров для этой цели могут быть предусмотрены дополнительно помещения, такие как родовый зал с операционным столом, неонатальной открытой реанимационной системой, наркозно/дыхательной аппаратурой. Перечень обязательных помещений (комната-фильтр, смотровая) и табель медицинского оборудования приемного отделения родильного дома указаны в Приложении № 18 Порядка.

При поступлении женщины в период родов (роженицы) приемном отделении проводят медицинский осмотр, который включает в себя:

1. Опрос пациентки на предмет жалоб, наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений их влагалища, характера шевелений плода.

2. Определение срока беременности и предполагаемой даты родов по дате последней менструации (правило Негеле) и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода в первом триместре. Если УЗИ было выполнено после первого триместра, то используются результаты наиболее раннего из имеющихся ультразвуковых исследований.

3. Сбор акушерско-гинекологического и соматического анамнеза.

4. Измерение артериального давления, температуры тела.

5. Антропометрию (рост, вес, наружная пельвиометрия).

6. Общий осмотр по органам и системам (в обязательном порядке – осмотр кожных покровов, видимых слизистых, молочных желез).

7. Наружное акушерское обследование с обязательной регистрацией в истории родов:

− высоты стояния дна матки и окружности живота, измеренной сантиметровой лентой;

− результатов аускультации сердечных тонов плода с использованием акушерского стетоскопа и/или допплерометрического анализатора;

− определения положения плода в матке и его членорасположения, вида и позиции плода с использованием приемов Леопольда-Левицкого;

− характера родовой деятельности: частота (число схваток за 10 минут), их продолжительность, регулярность;

− наличия и отсутствия выделений из влагалища.

Проведение внутреннего акушерского исследования при нормальном течении родов в условиях приемного отделения, как правило, не проводится.

Протокол осмотра врачом акушером-гинекологом или акушеркой в приемном отделении (покое) должен завершаться оформлением предварительного диагноза. Предварительный диагноз должен содержать:

1. Период родов с указанием срока беременности в акушерских неделях с выделением преждевременных, срочных, запоздалых родов. *Пример: первый период своевременных родов (40 недель).*

При отсутствии родовой деятельности в диагнозе указывается слово «беременность» и ее срок в неделях. *Пример: беременность 38 недель.*

При свершившихся родах указывается срок послеродового периода. *Пример: запоздалые домашние роды в 42 недели. Ранний послеродовый период.*

2. Характер предлежания плода (головное, тазовое) или поперечного/косого положения плода.

3. Осложнения родов, например, преждевременное излитие околоплодных вод.

4. Осложнения беременности.

5. Экстрагенитальные заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра.

6. Операции, пособия, гемотрансфузионная терапия.

Вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение решается на основании данных обменной карты и результатов обследования в условиях приемного отделения.

Санитарная обработка включает в себя гигиенический душ и смену нательного белья (рубашки), халата. Разрешается использовать личную чистую одежду и обувь, индивидуальные, разовые, подкладные.

Бритье промежности не проводится, при желании женщины возможно провести укорочение волос ножницами.

Очистительная клизма является особым медицинским вмешательством, требующим обоснования при назначении и условий для ее выполнения. В большинстве случаев проводить эту манипуляцию не требуется.

После осмотра и оформления документации акушерка приемного отделения должна лично проводить роженицу (беременную) и сопровождающего в родовое отделение (отделение патологии беременности). По медицинским показаниям (излитие околоплодных вод, кровотечение) роженица транспортируется в другие отделения родильного дома на каталке в положении «лежа». С целью соблюдения принципов безопасности пациента при поступлении в необходимое отделение медицинским персоналом заполняется чек-лист передачи клинической ответственности.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ОПЕРАЦИОННЫМ БЛОКОМ

Родовое отделение с технологической точки зрения является основным отделением акушерского стационара. Оно предназначено для оказания медицинской помощи женщинам во время родов и в первые два часа послеродового периода, а также новорожденным (первичная обработка, первичный туалет, первичная реанимация, профилактика инфекционных заболеваний глаз).

Важно: порядком предусматривается возможность включения родового отделения в состав акушерского отделения, но во многих медицинских организациях родовое отделение функционирует как самостоятельное подразделение.

В условиях родового отделения оказание медицинской помощи может осуществляться при своевременных, преждевременных и запоздалых родах.

Наиболее часто в родильном доме первой и второй группы медицинская помощь оказывается при нормальных своевременных родах. К нормальным своевременным родам относят роды в сроке беременности 37 недель – 41 неделя и 6 дней, одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, и после которых родильница и новорожденный ребенок находятся в удовлетворительном состоянии.

Преждевременными родами считаются роды, наступившие в сроке беременности 22–36 недель и 6 дней. При этом срок беременности рассчитывается от первого дня последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и по результатам ультразвукового исследования плода, выполненного в первом триместре беременности.

Запоздалые роды – это роды при переношенной беременности в сроке 42 недели и более (более 294 дней) новорожденным ребенком с признаками перезрелости.

В родовом отделении проводится родоразрешение способом операции кесарева сечения в экстренном, неотложном и плановом порядке. Для этого предусмотрен операционный блок с операционными залами, соответствующим набором помещений и оборудования.

Работа родового отделения организуется по принципу оказания медицинской помощи в индивидуальном родовом зале с минимальным перемещением пациентов, медицинского персонала и аппаратуры.



Рисунок 11. Индивидуальная родовая акушерский стационар № 2 ГБУЗ СО Екатеринбургский перинатальный центр. Вся необходимая медицинская аппаратура находится в помещении с элементами комфортной бытовой обстановки.

В родильных домах, преимущественно с совместным пребыванием матери и ребенка, а также во всех вновь строящихся акушерских стационарах

предусматриваются индивидуальные родовые залы, допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты» (рисунок 11).

В индивидуальном родовом зале женщина может находиться в течение того периода времени, которое требует конкретная клиническая ситуация. В условиях индивидуальной родовой может наблюдаться беременная с осложненным течением беременности (дородовое излитие околоплодных вод, ложные схватки), роженица во все периоды родов, родильница в течение первых двух часов после родов, а при клинической необходимости и дольше.

В **редких случаях** в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребенка, не имеющих индивидуальных родовых залов, выделены предродовые палаты и родовой зал. В предродовой палате женщина находится весь первый период родов и второй период до появления потуг. В родовом зале происходит окончание родов. При этом соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Допускается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных столах. После родов все объекты, используемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

Важно: с точки зрения эпидемиологической безопасности этот вариант организации работы родового отделения наиболее уязвим из-за рисков внутрибольничного инфицирования.

При поступлении в родовое отделение акушерка принимает пациентку и медицинскую документацию у сопровождающего ее медицинского персонала. Учитывая, что рождение ребенка является серьезным социальным явлением и важным событием в жизни женщины и членов ее семьи, персоналу необходимо создать благоприятную психологическую обстановку и проявлять эмпатию. За каждой роженицей закрепляется акушерка, оказывающая помощь на протяжении всего своего рабочего времени. Непосредственно с роженицей акушерка должна находиться большую часть времени в первом периоде родов и постоянно во втором.



Рисунок 12. Использование дыхательной гимнастики и релаксирующих упражнений во время родов. ГБУЗ СО Екатеринбургский перинатальный центр.

В обязанности акушерки при оказании помощи при нормальных родах входят непосредственное наблюдение за состоянием роженицы, динамикой родовой деятельности, контроль за состоянием плода и выполнение назначений врача. Кроме этого, акушерка, активно взаимодействуя с

роженицей и сопровождающими ее лицами, проводит мероприятия по немедикаментозному обезболиванию родов: активное вертикальное положение, упражнения на фитболе, массаж, тепловые/холодовые аппликации, душ, мышечная релаксация и др.

При поступлении женщины в родовое отделение врач акушер-гинеколог после знакомства с пациенткой, изучения первичной медицинской документации, общего осмотра и проведения специального акушерского наружного и внутреннего исследования формулирует диагноз, определяет план ведения родов с указанием рисков осложнений родов и послеродового периода, делает назначения по дополнительному обследованию и использованию лекарственных средств.

Регистрация показателей пульса, АД, температуры тела, характера родовой деятельности (тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей), мочеиспускания в латентной фазе первого периода родов проводится каждые 4 часа с внесением данных в «Историю родов». В активной фазе первого периода родов проводится учет пульса каждые 30 минут, температуры тела каждые 2 часа, АД и мочеиспускания каждые 4 часа.

Состояние плода оценивается по характеру его сердцебиений, зарегистрированных при аускультации при помощи акушерского стетоскопа или фетального монитора. Выслушивание сердцебиений плода проводится в течение 1 минуты в первом периоде родов после схватки, в латентной фазе каждый час, в активной фазе каждые 15–30 минут, во втором периоде родов каждые 5 минут и после каждой потуги. При сомнительных результатах аускультации проводится запись кардиотокограммы (КТГ).

Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. Промежуток между схватками определяют от начала одной схватки до начала другой, о частоте судят по количеству схваток за 10 минут.

Основным показателем прогресса родов является характер структурных изменений шейки матки, скорость раскрытия маточного зева и

динамика изменения положения предлежащей части относительно плоскостей малого таза. Объективную информацию об этих показателях получают при проведении внутреннего акушерского исследования (влагалищное исследование).

Первое внутреннее акушерское исследование проводят при поступлении в родовое отделение. Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений. В «Истории родов» каждое исследование должно быть пронумеровано с указанием даты, времени и показаний для его проведения.

Повторяют влагалищное исследование с целью оценки динамики родов в латентной фазе первого периода родов через 6 часов, в активной фазе – через 4 часа, во втором периоде родов – каждый час. При излитии околоплодных вод, кровотечении из половых путей, нарушениях сердцебиения плода, появлении других признаков осложненного течения родов и перед применением методов медикаментозного обезболивания влагалищное исследование повторяют без соблюдения временного интервала.

Все клинические данные о течении нормальных родов фиксируются в «Истории родов» в виде дневников врача акушера-гинеколога, ведущего роды. Дневники оформляются каждые 3−4 часа. При отсутствии осложнений допустимо оформление только партограммы без заполнения «Истории родов». Партограмма является графическим изображением динамического изменения ключевых данных о состоянии роженицы и плода, она заменяет дневники наблюдения за пациенткой, кроме записи об изменении тактики ведения родов (приложение № 5).

Даже при нормальном течении могут реализоваться риски развития осложнений в родах, прежде всего кровотечение и/или гнойно-септические

осложнения. Поэтому ведение родов предусматривает применение превентивных мероприятий.

В частности, всем роженицам с началом активной фазы родов показано установка постоянного периферического венозного доступа с использованием катетера, что оформляется отдельным врачебным назначением и отметкой акушерки о выполнении с указанием калибра катетера и топографии его расположения.

С целью профилактики инвазивных форм ранней неонатальной инфекции, вызванной стрептококком группы В (Streptococcus agalactiae), проводится антибиотикопрофилактика бета-лактамными препаратами (ампициллин, цефазолин). Целевой группой являются женщины-носительницы S. agalactiae, выявленные при проведении бактериологического скрининга в сроке 35–36 недель в женской консультации. При отсутствии результатов этого исследования, при поступлении в родовое отделение проводится иммунохроматографический экспресс-тест на определение антигена S.agalactiae во влагалищном отделяемом.

Кроме того, антибиотикопрофилактика в родах проводится всем роженицам с момента излития околоплодных вод свыше 18 часов бета-лактамными препаратами (ампициллин, цефазолин).

В медицинских организациях Российской Федерации пособие при головном предлежании во время неосложненных родов оказывает акушерка, при тазовом предлежании или осложненном течении родов – врач акушер-гинеколог. При физиологических (нормальных) родах выбор положения делает роженица на основании своих предпочтений, национальных, религиозных и других установок в разумных пределах. Это может быть положение в позиции полусидя, на «корточках», лежа на боку. Необходимо отметить, что положение на спине с приведенными к передней брюшной стенке бедрами является наиболее нефизиологичным, но дает возможность

специалисту, принимающему роды, занять более удобную позу и обеспечивает возможность проведения основных элементов пособия и манипуляций.

Акушерка (врач) перед приемом родов готовится так же, как к хирургической операции, используя стерильный комплект одежды, предпочтительнее одноразового пользования.

При наличии показаний для завершения родов через естественные родовые пути (влагалищным путем) с использованием оперативных пособий (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, экстракция плода за тазовый конец, внутренний поворот плода на ножку) врач акушер-гинеколог выполняет эти операции в условиях родового зала. Такие роды и операция кесарева сечения называются оперативными.

В третьем периоде родов для профилактики маточного кровотечения всем роженицам внутримышечно вводят в боковую поверхность бедра 2 мл (10 ЕД) раствора окситоцина или внутривенно раствор окситоцина в дозе 1 мл (5 ЕД) в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или 5 % раствора декстрозы.

После рождения плаценты и околоплодных оболочек их осматривает врач акушер-гинеколог для определения целостности и исключения задержки в полости матки. Следующим этапом является осмотр шейки матки и слизистой влагалища в зеркалах для диагностики разрывов тканей и их ушивания.

Перед приемом родов необходимо создать условия для поддержания оптимальной температуры в родовом зале и профилактики гипотермии новорожденного. Для того акушерки должны закрыть все окна и двери родового зала для предупреждения сквозняков. Включить «лучистое тело», согреть пеленки для новорожденного, проконтролировать температуру воздуха в родовом зале. Оптимальная температура воздуха в родовом зале должна быть не менее 24 °С.

Новорожденного принимают в стерильную теплую пеленку. Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект. Для отсасывания слизи у новорожденного (**только если это необходимо по клиническим показаниям**) используют стерильные баллоны и катетеры одноразового применения.

Первичный туалет новорожденного проводят в родовом зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта «кожа-к-коже» с последующим прикладыванием к груди. Ребенка на животе у матери укрывают стерильной (хлопчатобумажной) сухой теплой пеленкой и одеялом. Обработку кожных покровов новорожденного проводят только в случае сильного загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой. При удовлетворительном состоянии новорожденного для предотвращения разрыва тепловой цепочки и контакта «кожа к коже» осмотр неонатологом производится при нахождении ребенка на животе матери.

Одним из труднопредсказуемых осложнений периода новорожденности является асфиксия при рождении. Поэтому врач неонатолог и неонатальная медицинская сестра приглашаются в родовую заблаговременно, что фиксируется в «Истории родов». К моменту рождения в родовой должно быть все готово для проведения возможной первичной реанимации новорожденного вне зависимости от результатов оценки состояния плода. Профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводят с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази в одноразовой фабричной упаковке. Врач-неонатолог обязательно проводит осмотр новорожденного ребенка и оценку его состояния по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни.

При применении в родах медикаментозных методов обезболивания (нейроаксиальной анальгезии) или при наличии рисков осложнений родов в

послеродовой период в родовую заблаговременно приглашаются врач анестезиолог-реаниматолог и медицинская сестра-анестезист.

При завершении родов медицинский персонал заполняет «Историю родов» и «Историю развития новорожденного», проводит мероприятия по идентификации новорожденного.

На протяжении первых двух часов после родов происходит динамическое наблюдение за состоянием родильницы и новорожденного в условиях родового зала. Каждые 15 минут в течение первых двух часов после родов проводится контроль состояния родильницы с определением артериального давления, пульса, тонуса матки, объема кровянистых выделений из влагалища, а контроль температуры тела − через два часа после окончания родов. Результаты динамического контроля фиксируются в «Истории родов».

При отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии родильница через два часа после родов может быть переведена в акушерское (послеродовое) отделение совместно с новорожденным. Транспортировка родильницы на каталке осуществляется медицинским персоналом.

После освобождения индивидуальной родовой проводится дезинфекция по типу заключительной. Все оборудование, используемое при приеме родов и оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

Для заметок:

……
……
……
……

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ. ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Акушерское отделение предназначено для родильниц и имеет палаты с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка. Отделение новорожденных располагается на площадях акушерского отделения.

Основная задача акушерского отделения состоит в обеспечении квалифицированного ухода, профилактики осложнений послеродового периода и оказании специализированной медицинской помощи.



Рисунок 14. Палата «Мать и дитя» рассчитывается максимум на двух родильниц и двух новорожденных. ГБУЗ СО Екатеринбургский перинатальный центр.

С позиции профилактики внутрибольничного инфицирования оптимальным является совместное пребывание родильницы и новорожденного в отдельной палате «Мать и дитя» с максимальным привлечением членов семьи к уходу за ними.

Палаты «Мать и дитя» могут иметь не более 2 материнских и 2 детских коек. Заполнение палаты в таком случае происходит в течение одних суток,

таким образом, в одной палате могут находиться родильницы с одинаковой продолжительностью послеродового периода.

В редких случаях организуется раздельное пребывание, тогда в послеродовых палатах количество коек для родильниц должно быть не более четырех, а общее их число должно соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных. При раздельном пребывании в отделении для новорожденных палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами. В том случае уход за новорожденными осуществляют медицинские сестры отделения новорожденных.



Рисунок 13. Палата новорожденных обсервационного профиля. Уход за каждым ребенком осуществляется в индивидуальной кроватке или кувезе. Одним из элементов обеспечения безопасности пациента является наличие прозрачных перегородок между блоками.

Динамическое наблюдение за родильницей в условиях акушерского отделения включает в себя следующее:

1. Оценка общего состояния, физиологических функций организма.
2. Оценка психологического состояния.
3. Измерение температуры тела (дважды в сутки).

4. Контроль гемодинамики: пульса, артериального давления.
5. Оценка состояния молочных желез, характера лактации.
6. Регистрация инволюции матки по динамике высоты стояния матки.
7. Оценка характера лохий.
8. Оценка состояния акушерской раны (на передней брюшной стенке или промежности).

За время пребывания родильницы в родильном доме персонал проводит индивидуальную работу с каждой женщиной, заключающуюся в пропаганде грудного вскармливания, укреплении собственных гигиенических навыков и навыков по уходу за новорожденным, раннему выявлению и психологической коррекции при появлении предвестников послеродовой депрессии.

Для обеспечения санитарно-гигиенических условий пребывания родильницы замена нательной рубашки и полотенца производится ежедневно, подкладных пеленок − по необходимости, постельное белье меняют каждые 3 календарных дня. Для ухода за родильницей и новорожденным допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок, одноразового белья, одноразовых подгузников промышленного производства.

При неосложненном послеродовом периоде родильнице проводится обследование в объеме общего анализа крови, общего анализа мочи, ультразвукового исследования матки. В рамках мероприятий по профилактике туберкулезной инфекции всем женщинам проводят флюорографическое исследование грудной клетки.

Для новорожденного в родильном доме предусмотрена вакцинация от туберкулеза и вирусного гепатита В. Также проводится неонатальный скрининг на наследственные заболевания обмена веществ (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) и аудиологический скрининг для ранней

диагностики поражения органа слуха. Но отсутствие результатов обследования новорожденного не должно быть причиной задержки выписки из родильного дома.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в родильном доме составляет суток 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения – 4 суток. Недопустима задержка женщины и ребенка в родильном доме свыше 4 суток. Превышение длительности пребывания в родильном доме является предрасполагающим фактором риска возникновения внутрибольничных вспышек гнойно-септических заболеваний как родильниц, так и новорожденных.

При необходимости стационарного пребывания в силу развившегося послеродового осложнения у женщины или эктрагенитального заболевания родильница переводится в гинекологическое отделение или в профильное по характеру заболевания отделение. Новорожденного при наличии заболевания перинатального периода, требующего стационарного пребывания, переводят в неонатальные отделения второго этапа выхаживания (отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение патологии новорожденных).

При выписке родильнице даются разъяснения о профилактике нежелательной беременности, необходимости применения методов контрацепции.

После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию (талон № 2 «Обменной карты беременной, роженицы и родильницы»), в детскую поликлинику (талон № 3 «Обменной карты беременной, роженицы и родильницы») в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»). Бумажный вариант

выдается родильнице на руки для продолжения диспансерного наблюдения в женской консультации и детской поликлинике.

После выписки пациентов в освободившейся палате послеродового отделения проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.

Для заметок:

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Важно: обсервационное отделение выделяется отдельно в случае невозможности организовать в медицинской организации работу индивидуальных палат и родовых. Необходимо помнить, что мероприятия по обсервации, разобщению новорожденных с матерями сопряжены с повышением рисков неблагоприятных исходов, возникновения условий для развития медико-технологических происшествий и сегрегации наиболее уязвимой категории пациентов. Поэтому организация обсервационного отделения должна восприниматься в качестве исключительной меры.

Показаниями к госпитализации в обсервационное отделение беременных и рожениц являются:

− лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше);

− острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.), острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);

− ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;

− туберкулез любой локализации;

− внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода;

− необследованные женщины;

− родильницы, родившие вне стационара при продолжительности послеродового периода свыше 24 часов после родов.

Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

− новорожденные, чьи матери переведены в обсервационное отделение;

− новорожденные с видимыми врожденными пороками развития;

− дети, родившиеся вне родильного дома.

При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа в отделение должны быть одноразовые халаты, емкости с бахилами и система для утилизации использованных средств индивидуальной защиты.

Особенностью организации службы детства и родовспоможения на территории города Екатеринбурга является работа всех акушерских стационаров третьей и второй группы по системе индивидуальных родовых залов, максимально расширенного пребывания родильницы и новорожденного ребенка по системе «Мать и дитя». Родильницы, имеющие показания для дальнейшего лечения в обсервационном отделении, с послеродовыми гнойно-септическими и геморрагическими осложнениями: эндометритом, перитонитом, кровотечением, гематомами акушерской локализации госпитализируются в акушерское обсервационное отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Центральная городская больница № 7 города Екатеринбурга» (далее – ГБУЗ СО «ЦГБ № 7») в течение 42 дней после родов. Данное отделение входит в состав многопрофильной больницы, в которой имеется возможность оказания медицинской помощи при различных сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях: хирургических, урологических, терапевтических, кардиологических, пульмонологических, гематологических и т. д. Родильницы по медицинским показаниям переводятся из акушерских стационаров в акушерское обсервационное отделение или поступают по направлению врача акушера-гинеколога женской консультации. Направление на госпитализацию может осуществляться бригадой «скорой медицинский помощи» с территории города Екатеринбурга или специалистами центра медицины катастроф (ГАУЗ СО «ТЦМК») из муниципальных образований Свердловской области.

Акушерское обсервационное отделение ГБУЗ СО «ЦГБ № 7» также работает по системе «Мать и дитя». В практике данного отделения широко используются эндоскопические методы диагностики и лечения, направленные на восстановление анатомии органов репродуктивной системы женщины и сохранение детородной функции.

Для заметок:

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Акушерское отделение патологии беременности предназначено для оказания медицинской помощи женщинам при развитии осложнений беременности, требующим круглосуточного динамического наблюдения, обследования, лечения и подготовки к родоразрешению. При наличии экстрагенитального заболевания беременная госпитализируется в профильное отделение по характеру основного заболевания. При сочетании акушерской и соматической патологии вопрос решается индивидуально, исходя из необходимости проведения инструментальных, аппаратных методов обследования и лечения, возможности динамического наблюдения за состоянием плода и организации безопасного родоразрешения.

Любая госпитализация беременной повышает индивидуальные риски реализации тромбоэмболических осложнений, способствует контаминации внутрибольничной флорой, ухудшает психологическое состояние женщины. По этим причинам перевод на стационарное лечение осуществляется при объективной невозможности организовать подобную помощь в амбулаторных условиях.

Показаниями для госпитализации в отделение патологии беременности чаще всего являются:

1. Гипертензивные расстройства (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия) с целью уточнения степени тяжести, подбора терапии, определения необходимости родоразрешения.

2. Нарушение состояния плода, патология околоплодных вод (маловодие, многоводие) для динамической оценки состояния плода.

3. Преждевременное излитие околоплодных вод в сроках как доношенной, так и недоношенной беременности без развития родовой деятельности.

4. Перенашивание беременности для подготовки к родоразрешению.

5. Подготовка к оперативному родоразрешению способом операции кесарева сечения в плановом порядке.

Принципы работы отделения патологии беременности соответствуют работе большинства стационарных отделений многопрофильного стационара. Для госпитализированных женщин предусмотрен режим, порядок прохождения обследования, процедур и приема пищи. Все данные о пациентке, результаты обследования, план ведения заносятся в «Медицинскую карту беременной, находящейся в отделении патологии беременности».

Для осуществления динамического наблюдения за состоянием беременной используются:

1. Мониторное наблюдение за показателями гемодинамики (артериальное давление, пульс), уровнем сатурации.

2. Методы оценки состояния плода – кардиотокография (нестрессовый и стрессовый тест), ультразвуковое исследование (фетометрия, оценка объема околоплодных вод, определение расположения и структуры плаценты), допплерометрия сосудов маточно-плацентарного комплекса (артерии пуповины, маточных артерий, сосудов плода).

При возникновении необходимости подготовки к родоразрешению оценивают степень биологической готовности организма к родам по шеечному тесту в соответствии со шкалой Бишоп (приложение № 6).

Для ускорения структурных изменений шейки матки используются медикаментозные и немедикаментозные способы:

1. Синтетический антагонист прогестерона (Мифепристон) перорально двукратно в дозе 200 мг через 24 часа.

2. Простагландины класса Е при «незрелой» шейке матки интравагинально в дозе 10 мг, при «недостаточно зрелой» шейке матки – интрацервикально в дозе 0,5−1,0 мг.

3. Гигроскопические синтетические расширители цервикального канала (DILAPAN-S).

4. Катетер цервикальный дилатационный (тип Фолея, баллонные расширители Cook).

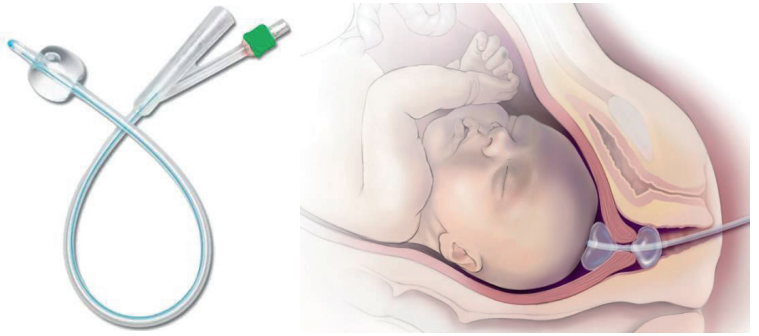


Рисунок 14. Катетер цервикальный дилятационный (www.cookmedical.com).

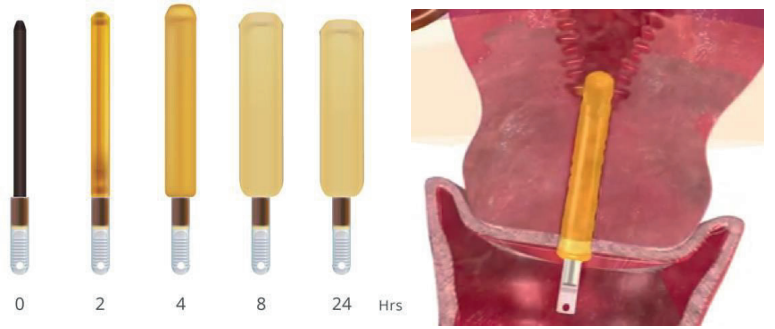


Рисунок 15. Гигроскопические расширители цервикального канала (DILAPAN-S). Показано увеличение диаметра расширителя в зависимости от времени нахождения в цервикальном канале (www.medisafecanada.com).

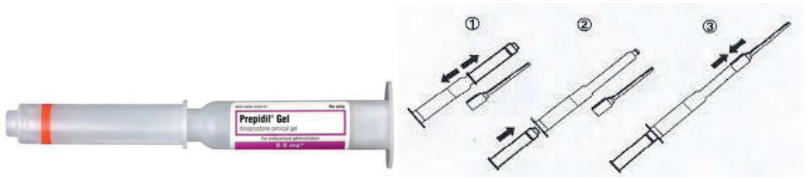


Рисунок 16. Препарат простагландинов класса Е для интрацервикального введения (www.pfizer.ca).

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

Специализированное отделение анестезиологии-реанимации для женщин создается в родильных домах второго уровня и перинатальных центрах. Задачи этого отделения:

1. Обеспечение анестезиологическими пособиями акушерских операций и манипуляций, обезболивание родов.

2. Проведение реанимации, интенсивной терапии беременным, роженицам и родильницам.

3. Обследование и динамическое наблюдение за состоянием женщины при развитии жизнеугрожающих акушерских осложнений.

4. Динамическое наблюдение за родильницами после операции кесарева сечения в течение ближайшего послеоперационного периода при отсутствии осложнений.

Отделение комплектуется врачами анестезиологами-реаниматологами, медицинскими сестрами-анестезистами и медицинскими сестрами палатными. Для обеспечения доступности помощи в крупных родильных домах происходит распределение сотрудников по постам, например, в родовом отделении организуется пост врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста.

Курация пациенток, находящихся в отделении, производится совместно врачами акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами. При проведении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий всегда учитывается физиологическое состояние женщины – беременность, роды и послеродовый период, и решаются акушерские тактические вопросы, например, о необходимости родоразрешения или гистерэктомии.

Пациентки после операции кесарева сечения с неосложненным послеоперационным периодом наблюдаются в течение ближайших шести часов для раннего выявления послеоперационных осложнений. При этом

ведется лист наблюдения, в котором отмечаются оценка состояния, ее физическая активность, показатели гемодинамики, сатурации, тонус матки и высоту ее стояния, объем выделений из влагалища (приложение). Наблюдение может осуществлять медсестра-анестезист, акушерка, врач. Кратность наблюдения следующая: каждые 20−30 минут после операции в течение 2-х часов, каждые 2−3 часа − спустя 2 часа после операции до 6 часов.

Мониторный контроль в течение 2-х часов осуществляется в следующем объеме: ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия. Для определения адекватности обезболивания производят оценку степени боли по шкале ВАШ, эта шкала может быть адаптирована для использования средним медицинским персоналом (приложение 7).

Регистрации подлежат:

− результаты измерения АД, пульса;

− состояние кожных покровов;

− перистальтика кишечника;

− консистенция и болезненность матки;

− оценка количества и характера выделений из влагалища;

− состояния послеоперационного шва;

− оценка объема мочеиспускания.

Родильницам после общей анестезии разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции кесарева сечения. Начиная с третьего часа после операции, родильницы могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов. Родильницам, перенесшим общую анестезию, энтеральное питание может быть назначено через 4−6 часов после операции – бульон.

После родоразрешения путем кесарева сечения рекомендована ранняя активизация пациентки. Так, через 4−6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Ранняя активизация минимизирует риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких, а

также тромбоэмболических осложнений при вынужденной длительной иммобилизации. Удаление мочевого катетера после активизации пациентки производят как можно раньше, это минимизирует риск катетер-ассоциированного инфицирования мочевого пузыря.



Рисунок 17. Совместное пребывание родильницы и новорожденного после операции кесарева сечения в условиях палаты послеоперационного наблюдения в отделении анестезиологии и реанимации (4 часа после оперативных родов). ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр».

После активизации родильницы возможно проведение общегигиенических мероприятий, в том числе душ. Рекомендовано удаление повязки с передней брюшной стенки через шесть часов с последующим сухим введением швов. Повышению активности женщины способствует совместное пребывание с новорожденным (рисунок 17). В родильных домах

с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

При активизации пациентки, стабильном ее состоянии, отсутствии признаков осложнений послеоперативного периода через шесть часов она может быть переведена в акушерское отделение.

К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в акушерском дистанционном консультативном центре, относятся:

- остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);
- нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS);
- инсульт;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- желтуха при преэклампсии;
- билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии);
- повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ;
- внутрисосудистый гемолиз;
- тромботическая микроангиопатия;
- острый цианоз;
- одышка более 25 в 1 минуту;
- патологические ритмы дыхания;
- апное (любая этиология);
- острый респираторный дистресс синдром;
- paO 2/FiO 2 < 200 мм рт. ст.;
- сатурация кислорода менее 90 % более 60 мин;
- отек легких (любая этиология);

− интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией;

− аспирационный синдром;

− шок: анафилактический, гиповолемический, кардиогенный;

− продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология);

− нарушения ритма сердца (любые формы);

− сердечная недостаточность;

− олигурия, резистентная к введению жидкости;

− креатинин более 150,0 ммоль/л;

− тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл);

− сгустки крови не образуются, гипокоагуляция;

− pH крови менее 7,2;

− признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза;

− кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;

− тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией;

− трансфузия компонентов крови;

− гистерэктомия (любые показания);

− лапаротомия кроме операции кесарева сечения;

− релапаротомия (любые показания);

− разрыв матки;

− осложнения после прерывания беременности в ранние сроки;

− сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;

− лактат крови более 2,0 ммоль/л;

− госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания);

− согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях во время беременности;

− осложнения анестезиологического обеспечения (любые);

− осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов;

− прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи;

− декомпенсация соматической патологии (любая).

В случае необходимости оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации привлекаются врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в реанимации и интенсивной терапии.

Основанием для перевода родильниц в послеродовое отделение, беременных женщин − в отделение патологии беременности (другие профильные отделения по показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

Для заметок:

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГОВ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ. ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИСМП

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ

К инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (далее − ИСМП), относят любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи (в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и вне медицинской организации, в организациях социального обслуживания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, санаторно-оздоровительных организациях и других), а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в медицинской организации и не имевшиеся до обращения за медицинской помощью, в том числе в инкубационном периоде. Клинические проявления данных инфекций могут быть выявлены как в момент пребывания в медицинской организации, так и после выписки в течение периода инкубации. Внутрибольничные инфекции являются частью ИСМП. Следует учитывать, что к ИСМП относят как экзогенные, так и эндогенные случаи инфицирования пациентов.

Родильные дома являются объектами риска по возникновению ИСМП. Группами риска развития ИСМП являются как новорожденные, так и родильницы.

Источники ИСМП − пациенты, медицинские работники, а также лица, ухаживающие за больными, и посетители. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами, в том числе внутриутробного характера заражения (ВУИ), носители

антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией верхних и нижних дыхательных путей, мочевыводящего и желудочно-кишечного трактов, кожи и подкожной клетчатки.

Механизмы передачи ИСМП. В родильном доме могут быть реализованы различные механизмы передачи инфекции: естественные (фекально-оральный, аспирационный, контактный, транслокация) и искусственные (артифициальный: ассоциированный с инвазивными и неинвазивными лечебно-диагностическими процедурами и манипуляциями).

Факторы передачи ИСМП в родильном доме: руки персонала и пациенток, белье, медицинское оборудование, инструменты, средства ухода за пацеинтами, инъекционные растворы (в первую очередь в многодозовых флаконах), повторно используемые одноразовые медицинские изделия, воздух и др. Руки персонала играют наибольшее эпидемиологическое значение в передаче инфекции (более 50 %).

Основными формами ИСМП, возникающими в родильных домах являются:

Гнойно-септические инфекции новорожденных (ГСИ новорожденных): бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит, омфалит, инфекции кровотока, пиодермия, импетиго, панариций, паронихий, мастит, неонатальная инфекция мочевых путей, конъюнктивит и дакриоцистит, пневмонии.

Гнойно-септические инфекции родильниц (ГСИ родильниц): сепсис, инфекции соска и молочной железы, связанные с деторождением, острый перитонит, инфекция хирургической акушерской раны, расхождение швов после кесарева сечения, расхождение швов промежности, инфекции мочевых путей после родов, инфекции органов дыхания, осложняющие роды и послеродовой период.

Перечень ИСМП родильниц, подлежащих регистрации в соответствии с действующими санитарными правилами, представлен в приложении 4.

Необходимо учитывать, что помимо гнойно-септических инфекций у пациентов родильного дома могут быть выявлены внутрибольничные инфекции с традиционными механизмами передачи: острые кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, рота- и норовирусный гастроэнтериты), воздушно-капельные инфекции (ОРВИ, корь, ветряная оспа и пр.), парентеральные инфекции (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция).

Для предупреждения возникновения и распространения ИСМП в родильном доме необходимо обеспечить активное своевременное выявление, учет и регистрацию случаев заболеваний новорожденных и родильниц на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических (гистологических) данных.

Врач, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в истории болезни и информирует лицо, отвечающего за регистрацию случая инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных болезней (форма 060/у), а также доводит информацию до заместителя руководителя медицинской организации, отвечающего за данное направление работы, и врача-эпидемиолога. На каждый выявленный случай ИСМП подается экстренное извещение (форма № 058/у) в течение 12 часов с момента выявления больного. Это необходимо для своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

Локализованные гнойно-септические инфекции новорожденных, вызванные условно-патогенной микрофлорой (омфалит, конъюнктивит, везикулез и т. п.) подлежат регистрации при выявлении их в момент нахождения в родильном доме, либо в течение 7 дней после выписки из него. Генерализованные формы (сепсис, гематогенный остеомиелит, менингит) учитываются в течение 1 месяца после рождения ребенка.

Локализованные и генерализованные послеродовые заболевания родильниц, вызванные условно патогенными (эндометрит, пиелонефрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), подлежат выявлению и

регистрации в период пребывания в роддоме и (или) в течение 30 дней после родов.

Исходя из данных требований, необходимо организовать выявление и учет случаев ИСМП новорожденных и родильниц не только в период пребывания в родильном доме, который в данное время значительно сокращен, но и в детских поликлиниках и женских консультациях по месту жительства (прикрепления), а также на втором этапе выхаживания (детские стационары, гинекологические отделения).

Врач-эпидемиолог родильного дома (или медицинской организации) проводит оперативный и ретроспективный анализ заболеваемости и летальности ИСМП, выявляет причины и факторы, способствующие возникновению и распространению ИСМП у отдельных категорий пациентов родильного дома. *Например, новорожденные с низкой или экстремально низкой массой тела, родильницы после оперативного родоразрешения, пациенты отделения реанимации и пр.*

Обязательно проводится оценка эпидемиологической безопасности лечебно-диагностического процесса с учетом факторов риска развития ИСМП.

Например, длительность послеродовой госпитализации (более 4-х дней), количество ИВЛ-дней, количество катетеро-дней, виды родоразрешения (кесарево сечение, роды через естественные родовые пути) и пр.

При проведении эпидемиологического анализа учитывают такие данные как спектр и объемы применяемых антимикробных препаратов, результаты микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП, выделенных от пациентов, от персонала и с объектов больничной среды родильного дома, их спектр устойчивости к антибиотикам и дезинфицирующим средствам.

На основе полученных данных разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, организуется контроль его реализации.

Эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП новорожденных и родильниц включает в себя расчет и оценку следующих показателей:

− многолетняя динамика заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения (на 1000 соответствующих родоразрешений, на 1000 живорожденных);

− помесячная динамика заболеваемости (на 1000 соответствующих родоразрешений, на 1000 живорожденных);

− структура заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

− анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм инфекции;

− анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

− определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

− анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

Для проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в акушерских стационарах (отделениях) **необходимы следующие сведения:** дата родов, сроки возникновения заболевания, локализация патологического процесса, его этиология, виды медицинских вмешательств, данные о перемещениях в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение), дата выписки или перевода в другой стационар, длительность пребывания в стационаре, результаты исследования последа.

По результатам эпидемиологического анализа заболеваемости происходит выявление признаков активизации эпидемического процесса,

развития группой и вспышечной заболеваемости. При этом групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных, родильниц и персонала (суммарно), возникающих в пределах одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи.

Для предупреждения возникновения и распространения ИСМП в родильных домах необходимо выявлять группы риска. В Российской Федерации согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам[1] **к группам риска возникновения ИСМП среди родильниц относятся женщины**:

− с хориоамнионитом в родах;

− с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

− с иммунодефицитными состояниями;

− с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;

− с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);

− после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);

− с кровотечениями в послеродовом периоде.

К группам риска возникновения ИСМП среди новорожденных относятся:

− недоношенные;

− переношенные;

− родившиеся от матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;

− родившихся от матерей, страдающих алкоголизмом и наркоманией,

− родившиеся в результате оперативного родоразрешения;

[1] Санитарно-эпидемиологические правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

− родившиеся в результате родов с патологическим течением (длительный безводный период и др.);

− с врожденными аномалиями развития;

− с родовой травмой;

− с синдромом дыхательных расстройств;

− с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;

− при проведении искусственной вентиляции легких.

Следует учитывать, что отнесение к группе риска не является причиной возникновения ИСМП у новорожденного и родильницы, а лишь предрасполагает возникновение данного явления.

Помимо групп риска необходимо выявлять факторы риска развития ИСМП. Изучение факторов риска развития ГСИ родильниц является одним из активно развивающихся направлений госпитальной эпидемиологии.

Таблица 1. Ведущие факторы риска развития воспалительных заболеваний послеродового периода (обзор)

Нозологии	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации, источник (источники) информации	Ведущие факторы риска	OR/RR (95 % доверительный интервал), источник (источники) информации
1	2	3	4
Послеродовый сепсис и послеродовый перитонит	2019 [21–23]	• кесарево сечение – экстренное	OR 1,39 (1,11 – 1,75), [23]
		– плановое	OR 4,71 (4,08 – 5,43), [23]
	2008, 2015 [11,24]	• акушерские – разрывы промежности III−IV степени	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
		– мастит	
		– дородовое излитие околоплодных вод	
		– хориоамнионит	
		• не акушерские – инфекционные заболевания	

Нозологии	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации, источник (источники) информации	Ведущие факторы риска	OR/RR (95 % доверительный интервал), источник (источники) информации
1	2	3	4
		(внебольничная пневмония, инфекции почек и мочевыводящих путей, менингит)	
		– неотложные хирургические состояния (аппендицит, холецистит)	
		– социально-значимые заболевания (ВИЧ/СПИД, туберкулез)	
		– ожирение	
Послеродовый эндометрит	2016, 2017, 2020 [25–27]	• материнские модифицируемые – курение	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
		– низкий уровень гигиены	
		– отказ от грудного вскармливания, сопровождающийся снижением сократительной способности матки	
		• материнские немодифицируемые – перенесенные заболевания в анамнезе, особенно диабет и анемия	
		– иммунная недостаточность, в т. ч. ВИЧ-инфекция	
		– ожирение/увеличение ИМТ	
		– дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей, в т. ч. бактериальный вагиноз	
		– колонизация родовых путей *Streptococcus group* B, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* или *Gardnerella vaginalis*, массивное обсеменение влагалища *Streptococcus agalactiae* или *Escherichia coli*, носительство *Staphylococcus aureus* или обсеменение им экстрагенитальных органов	
		– увеличение возраста матери, и в тоже время молодой возраст	
		– низкий социально-экономический статус	

Нозологии	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации, источник (источники) информации	Ведущие факторы риска	OR/RR (95 % доверительный интервал), источник (источники) информации
1	2	3	4
		– доступность медицинской помощи	
		• родовые модифицируемые – частые вагинальные осмотры	
		– техника операции	
		– оперативное родоразрешение (в зависимости от метода родоразрешения и этапа родов)	
		• родовые немодифицируемые – длительный безводный период	
		– затяжные роды	
		– внутренний мониторинг за состоянием плода / internal monitoring of the fetus	
		– остатки плацентарной ткани в матке	
		– хориоамнионит	
		– послеродовая гематома	
		– послеродовое кровотечение	
		– травматизм в родах (наличие раневой поверхности в матке после отделения последа, разрывы шейки матки и промежности)	
		– обильная мекониальная насыщенность околоплодных вод	
		– снижение иммунитета родильницы в сочетании с кровопотерей в родах	
		– преждевременные роды, переношенная беременность	
		– исследование плода или полости матки, мануальное удаление плаценты	
		– вакуум-экстракция плода	
	2019 [28]	• соматотип женщины	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
Послеродовый мастит	2014, 2015, 2019 [29–31]	• лактостаз	OR 2,77 (1,70–4,49), [31]

Нозологии	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации, источник (источники) информации	Ведущие факторы риска	OR/RR (95 % доверительный интервал), источник (источники) информации
1	2	3	4
		• кесарево сечение	OR 1,70 (1,01–2,86), [31]
		• аномалии развития сосков (плоские, втянутые, добавочные) accessory)	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
		• пластика молочных желез, хирургические операции на молочных железах	OR 1,86 (0,62–5,60), [31]
		• наличие хронических очагов инфекции в горле	OR 2,05 (1,10–3,80), [31]
		• инфекции мочевыводящих путей	OR 1,77 (1,04–3,01), [31]
		• использование молокоотсоса	OR 2,78 (1,68–4,58), [31]
		• трещины сосков	OR 1,43 (1,23–1,67), [31]
		• проблемы с захватом соска у младенца	OR 2,68 (1,62–4,44), [31]
		• отказ от очередного сеанса грудного вскармливания	OR 4,70 (0,60–36,80), [31]
		• случаи мастита в семье (в анамнезе)	OR 2,28 (1,26–4,13), [31]
		• мастит в анамнезе после предыдущих родов	OR 3,91 (1,60–9,56), [31]
		• отделение ребенка от матери более чем на 24 часа после рождения	OR 6,40 (1,77–23,18), [31]
		• анемия	OR 2,25 (1,17–4,32), [31]
		• использование антибиотиков в период грудного вскармливания	OR 5,38 (2,85–10,14), [31]
		• трещины сосков	OR 1,43 (1,23–1,67), [31]
		• первородящие	OR 1,63 (1,10–2,43), [31]
	2015, 2020 [30,32]	• возраст 32−34 года	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
	2000, 2014, 2018 [15,31,33]	• осложнения в родах	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были

Нозологии	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации, источник (источники) информации	Ведущие факторы риска	OR/RR (95 % доверительный интервал), источник (источники) информации
1	2	3	4
			представлены
		• травматизация сосков молочной железы	OR 5,59 (3.096 − 10.108)
	2007 [34]	• увеличение вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных женщин в грудном молоке	в анализируемых источниках OR/RR (95 % ДИ) не были представлены
Послеродовые инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ)	2000, 2007, 2015, 2017, 2018 [35–40][11]	• сахарный диабет	OR 3,7 (1,8−7,7) [41]
		• преэклампсия	OR 2,3 (1,1–4,9) [38]
		• наличие кесарева сечения в анамнезе	1,3 [36]
		• табакокурение во время беременности	5,3 [36]
		• наличие очага инфекции в организме женщина до операции	OR 16,5, (2,1−128,3) [38]
		• экстренный характер кесарева сечения	OR 1,39, (1,11–1,75) [11]
		• продолжительность родов более 12 часов и длительный второй период родов	2,0, [36]
		• отсутствие периоперационной антибиотикопрофилактики	OR 2,63, (1,50–4,6), [11]
		• увеличение длины разреза промежности	OR 4,9 [36]
		• значительная кровопотеря	OR 1,3 на каждые 100 мл. (1,1−1,5) / [38]
		• хориоамнионит	OR 10,6, (2,1−54,2), [38]
		• избыточная масса тела	OR 2,0, (1,3−3,0), [38] OR 2,8 (1,3–6,2), [42]
		• частые влагалищные исследования (свыше 7) во время родов	OR 1,9, (1,2–3,1), [11]
	2019, 2020 [43,44]	• анемия легкой степени	OR 2,80 (1,03–7,64), [43]
		• умеренная анемия	OR 2,71 (1,00–7,31), [43]

Для различных нозологических форм ГСИ родильниц характерны разные факторы риска их развития.

Послеродовый сепсис и послеродовый перитонит. Одним из основных факторов риска развития послеродового сепсиса является оперативное вмешательство, которое всегда сопряжено с риском развития инфекционных осложнений. Однако риск развития тех или иных осложнений зависит от экстренности оперативного вмешательства, его объема и локализации. Так, по данным A.Ali и R. Lamont (2019) в развитии послеродового сепсиса выделено три основных вида оперативного вмешательства. Кесарево сечение по сравнению с вагинальным родоразрешением связано с увеличением риска инфекционных осложнений на 5–20 %, при этом наибольший риск представляет кесарево сечение по неотложным показаниям, на втором месте – плановое и на третьем – оперативное вагинальное родоразрешение.

Послеродовый эндометрит. Наиболее часто эндометрит развивается после абдоминального родоразрешения, при этом, в зависимости от экстренности операции, частота инфекции может варьировать от 5 % до 85 %. После планового кесарева сечения она составляет 5−6 %, а после экстренного – 25−85 %. Основной причиной более высокого риска развития инфекционных осложнений после экстренного оперативного родоразрешения по данным Баринова С. В. с соавт. (2017) является дефицит времени для предоперационной подготовки и санации очагов инфекции. В тоже время отмечено, что частота инфекций родовых путей у пациенток из группы высокого инфекционного риска может достигать 60 %, вне зависимости от вида родоразрешения.

Послеродовый мастит. Риски послеродового мастита зависят от продолжительности послеродового периода и процессов регуляции лактации.

В раннем послеродовом периоде лактостаз возникает из-за дисбаланса процессов молокопродукции и молокоотдачи. В течение 7–8 дней после родов преобладает эндокринный механизм регуляции лактации за счет таких

гормонов, как пролактин и окситоцин, в связи с чем в этот период наиболее значимыми факторами риска являются неправильная техника прикладывания ребенка к груди, редкие кормления, трещины сосков, вялое сосание новорожденного или отказ от грудного вскармливания.

На эндокринный механизм регуляции лактации доказано отрицательное влияние абдоминального родоразрешения (кесарева сечения). Эпидуральная анестезия и, как правило, невозможность прикладывания новорожденного к груди сразу после операции, приводит к снижению синтеза окситоцина и угнетению окситоцинового рефлекса. Это приводит к нарушению лактации. На второю стадию лактогенеза влияют высокий уровень кортизола и замедленный процесс отслойки плаценты. В результате происходит удлинение сроков становления лактационной функции, и сокращается период лактации.

При аутокринном механизме регуляции, когда молоко секретируется по требованию, на первый план выходят ошибки грудного вскармливания, способствующие неэффективному сосанию, застою и прекращению секреции молока.

Послеродовые инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Факторы риска развития ИОХВ после абдоминального родоразрешения и эпизиотомии достаточно разнообразны и находятся в прямой зависимости от наличия микробной контаминации операционного поля, количества микробного агента, а также продолжительности оперативного вмешательства и качества шовного материала.

Немаловажную роль в увеличении рисков инфицирования послеоперационной раны играет такое состояние беременной, как анемия, которая в настоящее время рассматривается одной из ведущих причин осложненного течения беременности. Низкий уровень гемоглобина приводит к снижению напряжения кислорода и уменьшению синтеза коллагена. Такая ситуация, наряду со снижением активности макрофагов, способствует

формированию менее стабильного рубца, склонного к расхождению и инфицированию.

Говоря об избыточной массе тела, стоит отметить тот факт, что у таких родильниц имеет место более высокая контаминация кожи предполагаемого места разреза с меньшим микробиологическим разнообразием микробиоты, которое характеризуется преобладанием представителей грамположительных спорообразующих бактерий.

В Российской Федерации согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам [2] **к факторам риска возникновения ИСМП новорожденных и родильниц**, в первую очередь, относится абдоминальное родоразрешение, а также все инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. При оценке факторов риска учитываются кратность и длительность проведения медицинских манипуляций их обоснованность.

Следует учитывать, что высокая инвазивная нагрузка на новорожденных и родильниц всегда сопровождается ростом заболеваемости гнойно-септическими инфекциями, в связи с чем одной из профилактических мер по борьбе с ИСМП является сокращение числа и длительности инвазивных манипуляций, проведение их по строгим клиническим основаниям.

Для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме необходимо отслеживать **предпосылки и предвестники эпидемиологического неблагополучия** и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемиологической обстановки и появления групповых заболеваний.

[2] Санитарно-эпидемиологические правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Предпосылки осложнения эпидемиологической ситуации в родильном доме:

1. Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения здания родильного дома:

− несоответствие состава и площади помещений;

− перекрест технологических потоков;

− отсутствие механической приточно-вытяжной вентиляции.

2. ***Нарушения в организации работы родильного дома:***

− превышение нормируемой мощности по числу родоразрешений (в сутки, неделю);

− аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебои и отсутствие подачи горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении, сбой в работе стерилизационного оборудования;

− нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

3. ***Недостаточное материально-техническое оснащение родильного дома:***

− недостаток медицинских изделий, в том числе одноразовых;

− нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

− перебои в поставке белья, моющих и дезинфицирующих средств.

4. ***Нарушение противоэпидемического режима в роддоме:***

− несоблюдение цикличности заполнения родовых палат, палат послеродового отделения и отделения новорожденных;

− несвоевременный перевод новорожденных и родильниц с клиникой инфекционных заболеваний в соответствующие стационары;

− повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное использование средств ухода за пациентами, емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

− нарушение правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации.

Предвестники осложнения эпидемиологической ситуации в родильном доме:

1. факты поздней выписки новорожденных и родильниц из роддома (после 4-го дня);
2. увеличение доли новорожденных и родильниц, переводимых на второй этап выхаживания;
3. появление генерализованных форм ИСМП;
4. увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
5. увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
6. смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и родильниц, ее идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
7. выделение преимущественно одного вида возбудителя, появление микробных ассоциаций;
8. увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
9. возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
10. рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
11. рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог (при отсутствии − заместитель по лечебной работе) оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома (медицинской организации) принятия мер по устранению нарушений. Параллельно проводится усиление всего комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

При невозможности устранения причин, способствующих росту заболеваемости ИСМП, в том числе наличие грубых нарушений противоэпидемического режима, необходимо решить вопрос о прекращении работы родильного дома. При этом закрытие родильного дома по эпидемическим показаниям крайне негативно сказывается на качестве оказания акушерской помощи прикрепленному населению, увеличивает нагрузку на другие родильные дома, повышает риск перинатальной и материнской смертности. В связи с этим важно качественно и в полном объеме реализовывать профилактические мероприятия, своевременно выявлять предвестники осложнения эпидемиологической ситуации и принимать адекватные управленческие решения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ

Микробиологический мониторинг позволяет определить этиологическую структуру ИСМП, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционных мероприятий, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия. В каждом родильном доме (медицинской организации) должен быть разработан и внедрен в работу протокол микробиологического мониторинга.

В рамках микробиологического мониторинга приоритетным в части выявления эпидемических рисков является анализ результатов исследований материала, взятого из патологических локусов пациентов при подозрении и/или возникновении ИСМП.

Таблица 2. Ведущие возбудители воспалительных заболеваний послеродового периода (обзор)

Нозологические формы ГСИ родильниц	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации	Основные группы микроорганизмов	Ведущие возбудители	Примечание
1	2	3	4	5
Инфекционные агенты ГСИ в акушерстве	2017	грамотрицательные бактерии	*Escherichia coli*	
			Klebisiella spp.	
			Enterobacter spp.	
			[35]	*Proteus spp.*	
				Pseudomonas spp.	
				Hemophilus influenzae	
				Serratia spp.	
		грамположительные бактерии [35]	*Pneumococcus spp.*	
			Streptococcus групп *A, B* и *D* / *Streptococcus groups A, B* and *D*	
			Enterococus spp.	
			Staphylococcus aureus	
			Listeria monocytogenes	
		анаэробы [35]	*Bacteroides spp.*	
			Clostridium perfringens	
			Fusobacterium spp.	
			Peptococcus spp.	
			Peptostreptococcus spp.	
Послеродовый сепсис	2011−2015, 2019	грамотрицательные бактерии	*Esherihia coli* [14,40]	
			Acinetobacter baumannii [14,40]	
	2011−2015, 2018, 2019	грамположительные бактерии	*Streptococcus pyogenes* [12,14,40,41]	
	2017, 2019		*Streptococcus agalactiae* [12,42]	
	2011−2015, 2019		*Listeria monocytogenes* [14,40]	
	2011−2015, 2019	вирусы	вирусы гриппа [14,40]	
	2015	дрожжеподобные грибы	*Candida glabrata* [17,43]	
Послеродовый перитонит	2006, 2011	грамположительные бактерии	*Enterococcus spp.* (64%), в частности *Enterococcus faecalis* (29,4%) [44]	Имеются данные о выделении ассоциаций грамположительной и грамотрицательной микрофлоры совместно с неспорообразующими анаэробами и представителями родов *Bacteroides, Peptococcus, Peptostreptococcus* у значительной части заболевших женщин

Нозологические формы ГСИ родильниц	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации	Основные группы микроорганизмов	Ведущие возбудители	Примечание
1	2	3	4	5
	2006, 2011		*Staphylococcus haemolyticus*, *Staphyloccocus aureus* [44]	
	2006, 2011	грамотрицательные бактерии	*Pseudomonas aeruginosa* [44]	
	2006, 2011	дрожжеподобные грибы	*Candida sp.* [44]	
Послеродовый эндометрит	2006, 2011, 2016	грамположительные бактерии	*Streptococcus agalactiae* [19,24,45]	
	2006, 2011, 2016		*Staphylococcus aureus* [19,20,24,45,46]	
	2006, 2011, 2016		*Enterococcus spp.* [19,24,45]	
	2006, 2011, 2016, 2017, 2020		*Streptococcus pyogenes* [19,20,24,45,46]	
	2016, 2017		*Listeria monocytogenes* [9,47]	
	2006, 2011, 2016	грамотрицательные бактерии	*Escherichia coli* [19,24,45]	
	2006, 2011, 2016		*Proteus spp.* [19,24,45]	
	2006, 2011, 2016		*Klebsiella spp.* [19,24,45]	
	2006, 2011, 2016		*Enterobacter spp.* [19,24,45]	
	2016, 2017		*Haemophilus influenzae* [9,47]	
	2017, 2020	грамположительные анаэробы	*Peptostreptococcus spp.* [20,46]	
	2017, 2020		*Peptococcus spp.* [20,46]	
	2017, 2020	грамотрицательные анаэробы	*Prevotella bivia* [20,46]	
	2017, 2020		*Bacteroides fragile* [20,46]	
	2017, 2020		*Clostridium spp.* [20,46]	

Нозологические формы ГСИ родильниц	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации	Основные группы микроорганизмов	Ведущие возбудители	Примечание
1	2	3	4	5
	2011		*Chlamydia trachomatis, Mycoplasma spp.* [6]	Выделение монокультур *Chlamydia* и *Mycoplasma,* не всегда указывает на их этиологическую роль в развитии послеродового эндометрита, однако с осторожностью следует относится к их ассоциации с УПФ [6]
Послеродовый мастит	2013−2017, 2018, 2019	грамположительные бактерии	*Staphylococcus epidermidis* [30,34,48]	
	2015, 2019		*Staphylococcus aureus* [34,49]	
	2018, 2019		*Streptococcus groups A* и *B* [30,34]	
	2018, 2019	грамотрицательные бактерии	*Escherichia coli* [30,34]	
	2018, 2019		*Enterobacter spp*. [30,34]	
	2018, 2019		*Pseudomonas aeruginosa* [30,34]	
	2018, 2019		*Klebsiella spp*. [30,34]	
	2016		*Salmonella typhi* и другие представители рода *Salmonella* [50]	
	2016		*Mycobacterium tuberculosis* [50]	
	2016		*анаэробная микрофлора* [50]	
	2009−2011	дрожжеподобные грибы	*Candida albicans* [51]	Роль *Candida albicans* в этилогии послеродового мастита неоднозначна и требует сопоставления результатов бактериологического исследования и клинической

Нозологические формы ГСИ родильниц	Год (годы) исследования/ год (годы) публикации	Основные группы микроорганизмов	Ведущие возбудители	Примечание
1	2	3	4	5
				картины [51]
Послеродовые инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ)	2013, январь−май 2016	грамположительные бактерии / gram-positive bacteria	*Enterococcus faecalis* [52–54]	
	2013, январь−май 2016		*Corynebacterium spp*. [52–54]	
	2013, январь−май 2016		*Staphylococcus aureus* и *коагулазонегативные стафилококки (CNS)* [52–54]	
	2013, январь−май 2016		*Streptococcus pyogenes* [52–54]	
	2013, январь−май 2016	грамотрицательные бактерии	*Escherichia coli* [52–54]	Описаны случаи выделения из биологического материала, полученного с раневой поверхности родильниц при ИОХВ после кесарева сечения, *E.coli* совместно с *S.marcescens* и *P. mirabilis* [55]
	2013, январь−май 2016		*Klebsiella pneumoniae* [52–54]	
	2013, январь−май 2016		*Citrobacter spp.* [52–54]	
	2013, январь−май 2016		*Enterobacter spp.* [52–54]	
	2013, январь−май 2016	дрожжеподобные грибы	*Candida albicans* [52–54]	
	2009−2012		*Mycobacterium massiliense* [56]	

Лица с подозрением на ИСМП из числа пациентов или персонала родильного дома должны быть обследованы лабораторно в целях идентификации возбудителя, вызвавшего заболевание, и определения чувствительности к антибиотикам любым из доступных методов диагностики.

Для лабораторной диагностики ИСМП могут использоваться бактериологический, молекулярно-генетический, серологический и другие методы исследования с использованием тест-систем, зарегистрированных в Российской Федерации.

При выделении из патологических очагов пациентов патогенов из группы ESCAPE (*Enterococcus, Staphylococcus aureus, Acinetobacter spp., Pseudomonasaeruginosa, Enterobacteriaceae − E. coli, K. pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp*.) с множественной и экстремальной устойчивостью к антибиотикам проводится определение устойчивости к дезинфицирующим средствам.

Микроорганизмы одного вида, выделенные в одном отделении или после схожих операций (манипуляций), при ранжировании, занимающие первые или вторые места по частоте высева, будут свидетельствовать с большой долей вероятности о госпитальном характере данной микрофлоры и необходимости принятия целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Для выявления госпитальных штаммов и их циркуляции на объектах больничной среды (факторы передачи инфекции экзогенного генеза) проводят тестирование выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам (антибиотикам, дезинфицирующим средствам).

Санитарно-бактериологические исследования внутрибольничной среды проводят по эпидемическим показаниям, а также в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации по каждому отделению, с кратностью, предусмотренной санитарными правилами или локальными нормативными актами, но не реже 1 раз в 6 месяцев.

Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью. Приоритетным следует считать контроль качества обработки рук медицинского персонала, контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

В связи с тем, что бактерии на абиотических поверхностях (медицинское оборудование, мебель, инструментарий) могут находиться в форме микробных ассоциаций − биологических пленок, дополнительно 1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям проводят процедуры индикации и разрушения (деструкции) матрикса биопленок с последующим выявлением свободноживущих микроорганизмов.

Объектами исследования при проведении санитарно-бактериологического контроля являются:

− воздушная среда;

− предметы внутрибольничной среды, рабочие поверхности, медицинское оборудование, в том числе для наркоза, для экстракорпорального кровообращения, кувезы для новорожденных, посуда в пищеблоках (буфетных), помещения для приготовления детских смесей и для сбора и хранения грудного молока;

− медицинские изделия (медицинские инструменты, перевязочный и шовный материал и др.) на стерильность;

− лекарственные формы;

− грудное молоко, детские питательные смеси, молокоотсосы для индивидуального применения, емкости для сбора сцеженного грудного молока, емкости для детских смесей, растворы для питья новорожденных, средства для ежедневного туалета новорожденных;

− руки персонала;

− оборудование для стерилизации;

− дезинфекционные камеры;

− химические средства для дезинфекции;

− белье;

− рабочие поверхности и оборудование пищеблока (буфетных), посуда.

В плановом порядке исследования проводят на санитарно-показательную микрофлору − стафилококки, бактерии группы кишечной палочки (БГКП).

По эпидемическим показаниям перечень и объем исследований определяют в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой и предполагаемым этиологическим агентом.

При расследовании групповых заболеваний для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды с применением **молекулярно-генетических методов идентификации**.

Для заметок:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

В настоящее время организация лечебного питания в круглосуточных стационарах на территории Российской Федерации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.09.2020 №1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием» (далее – Порядок питания). Этим же документом руководствуются для организации лечебного питания в родильном доме, используя клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, содержащие различные виды лечебного питания, в том числе специализированные продукты лечебного питания.



Рисунок 18. Таблет-питание пациентки в госпитальных условиях. Готовые порции располагаются в термоподносах, позволяющих сохранять температурный режим, предохранять пищу от бактериального загрязнения (www. ipita.ru).

Санитарно-гигиенические нормативы для организации питания в медицинской организации, в том числе для родильниц и новорожденных определены санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения». В настоящее время допускается применение технологии «таблет-питания» и привлечение для приготовления пищи сторонних организаций (кейтеринговых компаний).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебно-профилактических мероприятий и включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность и состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, а именно белковых композитных сухих смесей и витаминно-минеральных комплексов, подвергаемых соответствующей технологической обработке, а также лечебные продукты энтерального питания.

Рацион лечебного питания пациентов должен соответствовать следующим характеристикам:

1) соответствие энергетической ценности энерготратам пациента, с учетом половозрастных характеристик, уровня физической активности;

2) обеспечение коррекции нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма в целях повышения адаптационного потенциала, в том числе с использованием специализированных пищевых продуктов смесей белковых композитных сухих, витаминно-минеральных комплексов (по медицинским показаниям − продуктов энтерального питания);

3) соответствие химического состава физиологическим потребностям пациента в макронутриентах (белках, жирах, углеводах) и микронутриентах (витаминах, минеральных веществах и микроэлементах);

4) обеспечение разнообразного набора пищевых продуктов;

5) обеспечение режима питания;

6) применение технологической и кулинарной обработки пищевых продуктов, обеспечивающих сохранность их исходной пищевой ценности, повышение усвояемости пищевых веществ.

Лечебное питание назначается беременной женщине или родильнице (кормящей матери) лечащим или дежурным врачом акушером-гинекологом,

врачом по профилю заболевания в соответствии с нозологической формой экстрагенитального заболевания, осложнением беременности или периодом родов не позднее 4 часов с момента поступления пациента в родильный дом при установлении предварительного диагноза. При изменении клинического диагноза, требующего изменение лечебного питания, беременной женщине или родильнице назначается соответствующее лечебное питание в срок не позднее 48 часов с момента изменения.

Питание беременных женщин и кормящих женщин организуется в соответствии с номенклатурой стандартных диет, изложенных в Приложении № 3 Порядка питания.

Обеспечение пациентов лечебным питанием в медицинских организациях, в том числе в родильном доме, осуществляется в соответствии с нормами лечебного питания, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» в актуальной редакции.

При выписке беременной женщины или родильницы из родильного дома лечащим врачом в выписном эпикризе даются рекомендации по лечебному питанию.

Контроль расходования средств на приобретение сбалансированных рационов питания, деятельности пищеблоков медицинских организаций, в том числе родильных домов, учет и мониторинг организации обеспечения лечебным питанием осуществляется с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Режим питания, суточная энергетическая ценность и нутриентный состав пищи беременной в родильном доме определяется характером осложнений беременности и по возможности не должны отличаться от привычного питания.

Важно: учитывая физиологические изменения углеводного обмена при беременности, развитие физиологической инсулинорезистентности,

необходимо максимально ограничить потребление углеводов, особенно легкоусвояемых.

В период неосложненных родов обязательно обеспечивается питьевая жидкость без ограничений, а в латентной фазе первого периода родов при отсутствии осложнений предусматривается возможность кормления высококалорийной легкоусвояемой **жидкой прозрачной пищей небольшими порциями** (бульоны, готовые высококалорийные сбалансированные смеси).

После родов требования к организации питания существенно меняются. Это обусловлено физиологическими особенностями послеродового периода – необходимостью восполнения материнских энергетических потерь и обеспечения питательными веществами новорожденного.

Ближайший послеродовый период при желании родильницы возможен прием высококалорийной жидкой пищи – сладкого чая или некрепкого кофе со сливками, бульона или готовых сбалансированных смесей. При возобновлении аппетита рекомендован постепенный перевод на привычную твердую пищу, богатую кисломолочными продуктами и пищевыми волокнами, что способствует улучшению перистальтики кишечника и профилактике запоров. К третьим суткам рацион должен соответствовать общему столу (диета № 15).

Энергетическая ценность пищи в период лактации должна быть увеличена примерно на 450–500 ккал, увеличение потребления белка на 30−40 г, жира – на 15 г, углеводов – на 30−40 г. При этом доля животного белка должна составлять до 60–70 % от суточного количества за счет творога и сыров. Доля растительных жиров (растительные масла) может быть снижена до 25 % от суточного количества. Необходимо увеличить потребление продуктов, содержащих омега-3 кислот за счет морской рыбы

(форель, семга, горбуша). Оптимальным соотношение омега-3 и омега-6 кислот составляет 1:5−10.

Сбалансировать увеличение калорийности суточного рациона и количество ненасыщенных жирных кислот позволяет добавление 30−50 г в сутки орехов (грецкого, миндаля) или 1 плода авокадо в сутки. Потребление такого количества этих растительных продуктов благотворно влияет на качество лактации, становление функции кишечника новорожденного.

После родов возрастает потребность в витаминах и минералах: витамина С до 120 мг/сутки, В1 до 1,8 мг/сутки, В2 до 1,8 мг/сутки, В3 до 23 мг/сутки, В5 до 7 мг/сутки, В6 до 2,5 мг/сутки, В9 до 500 мг/сутки, В12 до 3,5 мкг/сутки, А до 1300 рет.экв/сутки, Е до 19 ток.ед/сутки, Д до 12,5 мкг/сутки, кальция до 1400 мг/сутки, фосфора до 1000 мг/сутки, железа до 18 мг/сутки.

В рационе родильницы должно быть до 2,5 л жидкости, из которых 0,5 л жидких молочных продуктов.

Прием пищи может быть разделен на 6 приемов в день за 30−40 минут до кормления ребенка небольшими порциями не более 300−350 г.

К основным принципам питания родильниц относят:

1. Ограничение потребления продуктов с большим содержанием легких углеводов, насыщенных жиров.
2. Замена цельного коровьего молока кисломолочными продуктами.
3. Ограничение потребления продуктов с высоким содержанием экстрактивных веществ, эфирных масел (лук, чеснок), специй, пряностей, красителей, стабилизаторов, ароматизаторов.
4. Исключение из рациона продуктов, способствующих диспепсии и метеоризму: огурцов, винограда, виноградного сока, а также крепкого кофе, алкоголя, газированных напитков.
5. Использование щадящих способов приготовления пищи: варка, тушение, запекание, приготовление на пару.

6. Применение специализированных готовых продуктов питания, обогащенных эссенциальными жирными кислотами, витаминами, минеральными солями, микронутриентами.
7. При отсутствии возможности достичь рациона, сбалансированного по содержанию микронутриентов, показан дополнительный прием биологически активных добавок, витаминных или минеральных комплексных препаратов.

Перечень основных продуктов, используемых для организации питания родильниц:

1. Мясо и мясопродукты: говядина 1 и 2 категории, нежирные свинина и баранина.
2. Мясо птицы: цыплята, в том числе нежирные окорочка, курица, индейка.
3. Сосиски и сардельки (говяжьи), колбасы вареные, ветчина из говядины, индейки, кур, нежирной свинины – не чаще двух раз в неделю.
4. Субпродукты: сердце, язык.
5. Рыба, в том числе вымоченная сельдь.
6. Молоко и молочные продукты.
7. Творог промышленного производства с жирностью от 5 до 9 %.
8. Неострые твердые сыры.
9. Сметана с жирностью 10−15 %.
10. Кефир с жирностью 1,5−3,2 %, йогурты и другие кисломолочные продукты промышленного производства без добавления цитрусовых, ягод, других облигатных аллергенов.
11. Яйца куриные вареные или в виде омлетов.
12. Сливочное масло до 20−40 г/сутки, рафинированные растительные масла до 20−30 г/сутки.
13. Хлеб из муки грубого помола, крупы, макаронные изделия.

Требования к использованию овощей, фруктов, ягод:

1. В суточном рационе допускается до 500 г овощей, несладких фруктов и ягод.

2. Употребление томатов, бананов, цитрусовых, тропических ягод, сухофруктов (чернослив, курага, инжир) должно быть ограничено по причине большого количества углеводов.

Перечень продуктов, не рекомендованных при организации питания родильниц:

1. Мясо утки и гуся.
2. Шашлык, бифштексы, люля-кебаб, копченые и копчено-вареные колбасы, закусочные консервы.
3. Крепкие бульоны.
4. Рыбные деликатесы, в том числе икра.
5. Бараний жир, майонез, сало, кулинарные жиры, блюда во фритюре.
6. Пончики, блины, пирожные с большим количеством масла.
7. Продукты с повышенной способностью вызывать пищевую аллергию – орехи, какао, шоколад, цитрусовые, мед, томаты, креветки.
8. Чипсы, специи, хрен, горчица, лук, чеснок, соусы с уксусом, солью, маринады.

Необходимо помнить, что практически все химические вещества и чужеродные примеси, содержащиеся в пище или мигрирующие из упаковки продуктов питания, поступают в грудное молоко.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Поощрение грудного вскармливания является неотъемлемой составляющей работы современного родильного дома. Рекомендуется организовать грудное вскармливание по «требованию» младенца.

Для организации отсроченного кормления грудным молоком либо при невозможности реализации грудного вскармливания (например, наличие ВИЧ-инфекции у родильницы) в отделениях новорожденных акушерских стационаров предусматривают помещения для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей – молочную комнату.

Молочная комната должна состоять не менее чем из трех помещений:

1) помещение − для сбора, дезинфекции и подготовки посуды, бутылочек;

2) помещение − для стерилизации посуды;

3) помещение − для приготовления смесей.

Все помещения должны быть оборудованы раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для мытья рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие, но не кистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла. При входе в эти помещения персонал должен использовать специально выделенную спецодежду. Доступ посторонних лиц в эти помещения запрещается.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют соответствующим образом оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока.

Организация сцеживания грудного молока

Емкости для сбора грудного молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают.

Сетки для молочной посуды обеззараживают методом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, разрешенного к применению для обеззараживания столовой посуды.

Для сцеживания грудного молока матерям выдают стерильную посуду. Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.

Условия допуска матерей к сбору грудного молока, его хранению, требования к посуде, расходным материалам для сбора и хранения грудного молока, подготовка матерей к процедуре сцеживания, закладка на хранение, кормление новорожденного, подготовка и кормлению сцеженным молоком, действия медицинского персонала, помогающего матерям и контролирующим процесс сбора и хранения молока, должны соответствовать инструкции, утвержденной руководителем медицинской организации.

Инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации продукта и максимальное сохранение пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, имеющей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме. Собранное грудное молоко для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей медицинской сестрой передается в молочную комнату.

Организация работы молочной комнаты

Молочная комната должна быть зонирована на 3 зоны: грязную, чистую и стерильную, которые должны быть размещены в смежных помещениях.

Закрытые емкости с грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре 4±2 °С не более 24 часов от момента сцеживания. Емкости с грудным молоком маркируются с указанием данных женщины, даты и временем сбора молока. Допускается хранение сцеженного молока при комнатной температуре (но не выше 25 °С в темном месте не более 2 часов) для использования при следующем кормлении ребенка, оставшееся при этом молоко охлаждению и хранению не подлежит.

Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, под контролем медицинского работника допускается дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными до 4±2 °С новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в день) от момента сцеживания первой порции в течение не более чем 24 часов. Кратность добавления молока в одну и ту же емкость − не более 5 раз за 24 часа.

Охлажденное сцеженное грудное молоко в количестве не более 150 мл, хранящееся в индивидуальных промаркированных емкостях в холодильнике не более 24 часов (в случае объединения порций − от момента сцеживания первой порции), допускается замораживать при температуре минус 18−40 °С.

Закрытые емкости (контейнеры) с замороженным грудным молоком могут храниться в специально предназначенном морозильнике при температуре не выше минус 18 °С в течение не более 3 месяцев.

Для медленного размораживания сцеженного грудного молока следует поместить емкости с замороженным молоком в холодильник (при температуре 4±2 °С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при температуре не более 37−40 °С) на 20 мин.

Для быстрого размораживания сцеженного грудного молока емкость с замороженным молоком можно сразу поставить в теплую проточную воду (при температуре не более 37−40 °С).

Размороженное и подогретое молоко следует сразу употребить для кормления ребенка. Размороженное и подогретое молоко запрещено хранить при комнатной температуре более 2-х часов. Не подвергавшееся подогреванию размороженное в холодильнике грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре 4±2°С, но не более 24 часов от момента размораживания. Не использованное в течение 24 часов от момента размораживания для кормления ребенка размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

В случае необходимости отсроченного (более чем 24 часов с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления ребенка. Допускается хранить не подвергшееся подогреванию размороженное грудное молоко в холодильнике при температуре 4±2 °С не более 24 часов от момента размораживания, неиспользованное размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделения реанимации и иные) собранное грудное молоко может быть подвергнуто пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30−50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования порционно под заказ, закрывают пробками и пастеризуют на водяной бане в течение 5-7 минут от начала закипания воды, уровень которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры, поместив их в емкость с холодной водой, и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 24 часов.

Пастеризованное молоко, молочные смеси используются для новорожденных по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть в индивидуальной стерильной разовой расфасовке.

Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей производят в стерильной посуде. Допускается использование готовых жидких смесей фабричного производства.

Для заметок:

Приложение 1

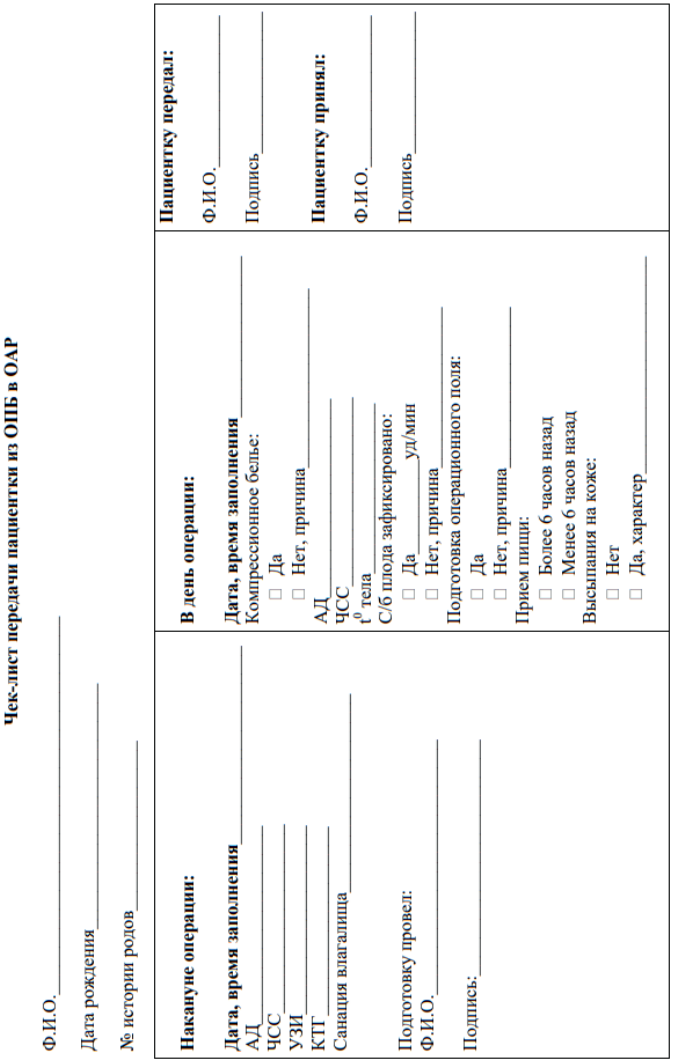
Набор основных помещений, необходимых для обеспечения противоэпидемического режима и минимальные площади помещений в акушерском стационаре[3]

№ п/п	Наименование помещений	Площадь ($м^2$)
1. Палатные отделения		
1.1.	Индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером (на 1 койку)	24
1.2.	Индивидуальная родовая палата (на 1 койку)	30
1.3.	Палата для новорожденных, в т. ч. изолятор (на 1 койку)	6
1.4.	Предродовые палаты (на одну койку)	10
1.5.	Палаты интенсивной терапии, реанимации (на 1 койку)	13
1.6.	Пост дежурной медицинской сестры	6 (помещение или зона)
1.7.	Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды	15
1.8.	Буфетная при применении технологии системы «таблет-питания»	8
1.9.	Обеденный зал (при наличии)	1,2 на 1 посадочное место
1.10.	Санитарный узел при палате (унитаз, умывальник, душ)	3
1.11.	Туалет при палате (унитаз, умывальник)	2
1.12.	Туалет палатной секции (унитазы, умывальники)	6
1.13.	Ванная, душевая палатной секции	8
2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения общие для разных структурных подразделений		
2.1.	Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и иные)	10
2.2.	Кабинет врача для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	12
2.3.	Кабинет врача с оборудованным рабочим местом (гинеколог)	17
2.4.	Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения при кабинете врача-специалиста	16
2.5.	Перевязочная	16
2.6.	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, прививочный кабинет	12
2.7.	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
2.8.	Малая операционная	24
2.9.	Предоперационная при малой операционной	6
2.10.	Шлюз при малой операционной	4
2.11.	Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре	5
2.12.	Процедурная	в соответствии с техническими требованиями к оборудованию
3. Приемное отделение		
3.1.	Фильтр для приема рожениц и беременных	8
3.2.	Помещение временного хранения вещей пациентов	не нормируется
3.3.	Родильный бокс в приемном покое:	
3.3.1.	уличный тамбур	2
3.3.2.	помещение санитарной обработки рожениц	12
3.3.3.	индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером	24
3.3.4.	индивидуальная родовая палата	30
4. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии		
4.1.	Операционная общепрофильная	36
4.2.	Предоперационная для одной операционной	6
4.3.	Предоперационная для двух операционных	10
4.4.	Инструментально-материальная или помещение для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	4 на каждую операционную
4.5.	Стерилизационная для экстренной стерилизации (при наличии)	8
4.6.	Помещение разборки и мытья инструментов	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
4.7.	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	не нормируется
4.8.	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	не нормируется
4.9.	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	не нормируется
4.10.	Помещение для хранения грязного белья и послеоперационных отходов	не нормируется
5. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения общие для всех структурных подразделений		
5.1.	Комната для работников (в каждом отделении)	не нормируется
5.2.	Ординаторская (в каждом отделении)	не нормируется
5.3.	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей (в каждом отделении)	не нормируется
5.4.	Помещение хранения расходного материала и медикаментов (в каждом отделении)	не нормируется
5.5.	Гардеробная уличной одежды работников, посетителей	не нормируется
5.6.	Гардеробная домашней и рабочей одежды работников	не нормируется
5.7.	Туалет для работников (унитаз, умывальник) (в каждом отделении)	не нормируется
5.8.	Санитарный узел для работников (унитаз, умывальник, душ) (в каждом отделении)	не нормируется

[3] В соответствии с приложением 1 санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

№ п/п	Наименование помещений	Площадь ($м^2$)
5.9.	Санитарная комната (обработка суден, временное хранение медицинских отходов, грязного белья) (в каждом отделении)	не нормируется
5.10.	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов (шкаф) (в каждом отделении)	не нормируется
5.11.	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	не нормируется
5.12.	Помещение временного хранения трупов	не нормируется

Приложение 2



Приложение 3

Obstetric Falls Risk Assessment System (OFRAS)

Obstetric Falls Risk Assessment System (OFRAS)

Признак	Баллы
Анамнез	
1. Падения в последнем триместре	2
2. Головокружение, мелькание мушек перед глазами	3
Болезни сердца	
1. Преэклампсия	2
2. Положительная ортостатическая проба	3
Послеродовое кровотечение	
1. 1000 – 1500 мл	2
2. Более 1500 мл	3
Фармакотерапия	
Обезболивание наркотиками менее 30 минут назад	1
Анестезия	
Наркоз или роды менее 3 часов назад	3
Моторная блокада	
Невозможность согнуть ногу в колене	3

Итог

менее 2 баллов возможно самостоятельное передвижение

2 – 5 баллов перед началом движения обязательно проведение ортостатической пробы и движение только с сопровождением

Вставание с постели только после сидения в течение 2 минут

5 и более баллов самостоятельное перемещение невозможно, перемещение на каталке сидя или лежа в зависимости от тяжести состояния

Ортостатическая проба – пациент лежит – подсчёт пульса, далее пациент садится и через 3 минуты повторно считают пульс. При увеличении частоты более чем на 25 ударов проба считается положительной.

Приложение 4

Перечень нозологических форм ИСМП новорожденных и родильниц, подлежащих обязательной регистрации[4]

Нозологическая форма	№ строки	Код по МКБ 10
Гнойно-септические инфекции новорожденных	**01**	**P36, P38, P39, G00, L00, L01, L02, L03, L08.0,8,9, M86.0,1,2,8,9, J12-J18**
из них: бактериальный менингит	02	P39.8, G00
сепсис	03	P36
остеомиелит	04	P39.8, M86.0,1,2,8,9
омфалит новорожденного	05	P38
инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной иньекцией, иммунизацией, флебит пупочной вены	06	T80.2, T88.0, I80.8
пиодермия, импетиго, панариций, паронихия, мастит	07	P39.4, L00, L01, L03, L08.0,8,9, P39.0
неонатальная инфекция мочевых путей	08	P39.3, T83.5, T88.8
конъюнктивит и дакриоцистит у новорожденного	09	P39.1
пневмонии	10	J12-J15
Внутриутробные инфекции	11	A54.3, P23, P35-P37, P39.2, P39.9
Гнойно-септические инфекции родильниц	**12**	**O75.3, O85, O86, O90.0,1, O91.0,1, O99.5, J12-J18, J20-21**
из них: сепсис	13	O85
инфекции соска и молочной железы, связанные с деторождением	14	O91.0, O91.1
острый перитонит	15	O85
инфекция хирургической акушерской раны, расхождение швов после кесарева сечения	16	O86.0, O90.0

[4] Форма федерального статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (раздел 3 «Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи»), утв. Приказом Росстата от 30.12.2020 N 867.

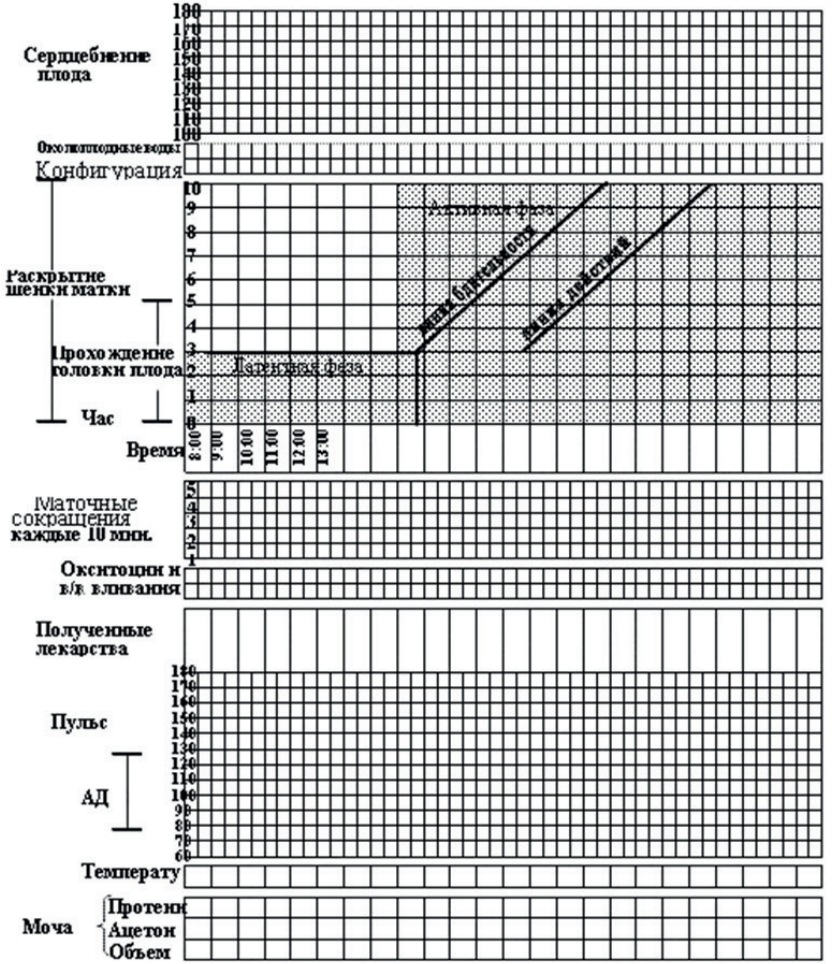
Нозологическая форма	№ строки	Код по МКБ 10
расхождение швов промежности	17	O90.1
инфекции мочевых путей после родов	18	O86.2
инфекции органов дыхания, осложняющие роды и послеродовой период	19	J12-18, J20-21, 099.5

Приложение 5

ПАРТОГРАММА

Фамилия Беременность Регистрационный номер

Дата поступления Время поступления Время отхождения вод



Приложение 6

Шкала Э. Бишопа

Состояние шейки матки	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение шейки матки	кзади	по центру/ кпереди	-	-	
Консистенция шейки матки	плотная	умеренно размягчена	мягкая	-	
Длина шейки матки, см	>4	2-4	1-2	<1	
Открытие, см	<1	1-2	2-4	>4	
Положение головки	-3 над входом	-2 прижата	-1/0 малый/большой сегмент	+1/+2 в полости	
Общий балл по Бишоп					

Интерпретация:

Степень зрелости шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Баллы по Бишоп	0-5	6-7	8-9 и более

Пояснения:

Заполнять перед каждым этапом преиндукции/индукции родов.

Оценка по шкале Бишоп является лучшим доступным инструментом для оценки степени зрелости шейки матки.

Зрелая шейка матки – клинические признаки готовности шейки матки к родам (8 и более баллов).

Недостаточно зрелая шейка матки – клинические признаки недостаточной готовности шейки матки к родам (6-7 баллов).

Незрелая шейка матки – отсутствие клинических признаков готовности шейки матки к родам (5 баллов и менее).

Приложение 7

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) интенсивности боли



После операции кесарева сечения: -через 6 часов после операции – трамадол -через следующие 6 часов + 2 сутки – парацетамол 500 мг + кетопрофен 150 мг **ПРИ ВАШ > 5 баллов – ВЫЗОВ ВРАЧА** -3и сутки – при ВАШ <3 баллов – отмена обезболивания	**После родов через естественные родовые пути:** -ВАШ 1-3 балла – обезболивание не требуется -ВАШ 3-4 балла – холод на промежность -ВАШ>4 баллов - парацетамол 500 мг + кетопрофен 150 мг **ПРИ ВАШ > 5 баллов – ВЫЗОВ ВРАЧА**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Повторнобеременная, повторнородящая женщина, 32 года, в анамнезе одни своевременные роды без осложнений, состоит на диспансерном учете по беременности в женской консультации. Данная беременность – вторая. При ультразвуковом исследовании в 35−36 недель диагностирован крупный плод, головное предлежание плода. Очередной прием врача акушера-гинеколога запланирован в сроке беременности 36−37 недель.

На предстоящем визите в женскую консультацию сформулируйте диагноз, определите группу риска беременной и мероприятия по маршрутизации, которые должен выполнить лечащий врач акушер-гинеколог женской консультации.

2. Бригада сотрудников скорой медицинской помощи выехала на вызов на дом к женщине 25 лет, которая указывает на схватки в течение трех часов и отхождение околоплодных вод один час тому назад. Настоящая беременность – первая, протекала без осложнений. По данным обменной карты экстрагенитальный и акушерско-гинекологический анамнезы не отягощены, размеры плода – средние, срок беременности 40−41 неделя. При диспансерном наблюдении в женской консультации программа обследования выполнена в полном объеме. Размеры таза женщины – в пределах нормальных значений. Данные клинического обследования сотрудниками скорой медицинской помощи на дому: состояние удовлетворительное, пульс 84 удара в 1 минуту, АД – 120/80 – 115/78 мм рт. ст. Температура тела – 36,5 ^{0}С. Схватки средней силы по 2−3 за 10 минут, продолжительностью по 20-25 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 ударов в 1 минуту. Подтекают светлые околоплодные воды.

Сформулируйте диагноз, определите группу риска и маршрутизацию роженицы.

3. Во время приема врачом акушером-гинекологом женской консультации у беременной женщины в сроке беременности 35−36 недель зарегистрировано артериальное давление 160/110 мм рт. ст. Женщина предъявляет жалобы на головную боль, мельканье «мушек перед глазами», боли в эпигастральной области в течение 3-х часов. По результатам общего анализа мочи, сданного накануне, протеинурия составила 3,0 г/л. Общее состояние средней степени тяжести. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 120 ударов в 1 минуту.

Сформулируйте диагноз, определите группу риска и маршрутизацию беременной женщины.

4. Беременная женщина, 28 лет, доставлена в приемное отделение перинатального центра (Областного перинатального центра ГАУЗ «Областная детская клиническая больница») в сопровождении реанимационной бригады скорой медицинской помощи с диагнозом: Беременность 35−36 недель. Головное предлежание плода. Преэклампсия тяжелой степени. Внутриутробная гипоксия плода.

Определите показания для госпитализации беременной женщины в акушерский стационар третьей группы и отделение перинатального центра.

5. Роженица, 25 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение родильного дома (акушерский стационар второй группы) в первом периоде своевременных родов (срок беременности 40 недель 2 дня). При поступлении женщина предъявляет жалобы на заложенность носа, насморк, боль в горле, повышение температуры тела до 37,8 ^{0}С в течение двух дней. Околоплодные воды не отходили. Сердцебиение

плода ясное, ритмичное 132 удара в 1 минуту. Выделения из половых путей – светлые, слизистые.

Сформулируйте диагноз и определите отделение родильного дома для госпитализации роженицы.

6. Первобеременная женщина, 35 лет, самостоятельно обратилась в приемное отделение родильного дома (акушерского стационара второй группы) с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение трех часов в сроке беременности 41 неделя. Состояла на диспансерном учете по беременности в женской консультации. По данным обменной карты осложнения беременности, гинекологические и экстрагенитальные заболевания не выявлены. При осмотре в приемном отделении: состояние удовлетворительное, температура тела и показатели гемодинамики – в пределах нормальных значений. Матка в нормотонусе, схватки по 3 за 10 минут слабой силы по 15−20 секунд. Положение плода продольное предлежит головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в 1 минуту. Выделения и половых путей – светлые, слизистые. Околоплодные воды целы.

Сформулируйте диагноз, определите показания для госпитализации и отделение родильного дома.

7. Повторнобеременная, повторнородящая женщина, 30 лет, находится в акушерском отделении патологии беременности в ожидании планового родоразрешения по поводу рубца на матке после двух операций кесарева сечения и тазового предлежания плода в сроке беременности 38−39 недель. Составлен план ведения родов – родоразрешение операцией кесарева сечения в плановом порядке не позднее 39 недель. 30 минут тому назад женщина пожаловалась на отхождение околоплодных вод, равномерно окрашенных меконием в зеленоватый цвет.

Результаты осмотра дежурного врача акушера-гинеколога: состояние удовлетворительное, показатели гемодинамики и температуры тела – в пределах нормальных значений. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, сердцебиение плода приглушено, ритмичное 142 удара в 1 минуту. Пальпация матки в проекции области послеоперационного рубца на матке безболезненная. Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки сохранена, из цервикального канала подтекают зеленоватые околоплодные воды.

Сформулируйте диагноз, определите показания и условия транспортировки беременной женщины в другие отделения родильного дома.

8. Повторнобеременная женщина 30 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение многопрофильной больницы по поводу кровотечения из половых путей, общей слабости, болезненности и гиперемии по ходу вен предплечья справа после неоднократных инъекций. На диспансерном учете по беременности не состоит. Данная беременность – пятая, в анамнезе – четверо своевременных родов. При обследовании в приемном отделении врачами-специалистами: акушером-гинекологом и хирургом установлено, что имеется беременность 18 недель, ретроплацентарная гематома на ½ плаценты, кровотечение из половых путей в объеме 50−100 мл, гемоглобин в общем анализе крови 100 г/л, сердцебиение плода отсутствует, множественные следы инъекции, гиперемия кожи, уплотнение и болезненность по ходу поверхностных вен предплечья. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 88 ударов в 1 минуту. Клинические и лабораторные признаки сепсиса отсутствуют.

Сформулируйте диагноз, определите маршрутизацию беременной женщины в многопрофильной медицинской организации.

9. Беременная, 22 года, обратилась в приемное отделение многопрофильной больницы в сроке беременности 27−28 недель с жалобами

на боли по всему животу, сухость во рту, слабость, озноб, вздутие живота, отсутствие аппетита. Накануне вечером появились тупые постоянные боли в эпигастральной области, которые затем «спустились» в правую подвздошную область. На следующий день появились сначала ощущения напряжения матки, а затем присоединились схваткообразные боли в области матки и чувство распирания в области поясницы. Беременность первая, ранее протекала без осложнений.

При осмотре беременной женщины в приемном отделении установлено, что состояние тяжелое. Лицо с землистым оттенком, кожные покровы бледные. Температура тела − 38,0 ^{0} С. Пульс − 110 ударов в 1 минуту, артериальное давление − 90/60 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки, в дыхании участвует ограниченно, напряжен во всех отделах. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга – отрицательные. Симптом Михельсона положительный. Пальпация матки через переднюю брюшную стенку затруднена из-за боли. Дно матки на уровне пупка. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 150 ударов в 1 минуту. Из половых путей умеренные светлые выделения. При ультразвуковой цервикометрии установлено, что цервикальный канал длиной 30 мм сомкнут на всем протяжении.

Сформулируйте диагноз, определите показания и отделение для госпитализации беременной.

10. Повторнобеременная, повторнородящая, 32 года, обратилась в скорую медицинскую помощь с жалобами на нерегулярные тянущие боли внизу живота в течение последних суток. Данная беременность третья, наступила в результате ЭКО. Срок беременности 24−25 недель. При ультразвуковом исследовании, выполненным одну неделю назад: цервикальный канал − 23 мм, шириной 10 мм. От госпитализации женщина отказалась и оформила добровольный информированный отказ в письменном виде.

При осмотре сотрудниками скорой медицинской помощи: состояние удовлетворительное, показатели гемодинамики в пределах нормальных значений. Матка возбудима при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, низко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 120 ударов в 1 минуту.

Сформулируйте диагноз, определите показания для госпитализации и маршрутизацию пациента.

11. Повторнобеременная женщина 28 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение трех часов в сроке беременности 40 недель. Состояла на диспансерном учете по беременности в женской консультации. По данным обменной карты, осложнения беременности, гинекологические и экстрагенитальные заболевания не выявлены. В обменной карте указан факт контакта с больным открытой формой туберкулеза (брат мужа, проживает отдельно). Данная беременность – вторая, в анамнезе – одни своевременные роды. При осмотре в приемном отделении: состояние удовлетворительное, температура тела и показатели гемодинамики в пределах нормальных значений. Матка в нормотонусе, схватки по 3 за 10 минут слабой силы по 20-25 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в 1 минуту. Выделения из половых путей слизистые. Околоплодные воды целы.

Сформулируйте диагноз, определите показания для госпитализации и отделение родильного дома.

12. Повторнобеременная женщина 32 лет доставлена в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение трех часов в сроке беременности 40 недель. Состояла на диспансерном учете по беременности в женской консультации. По данным

обменной карты, осложнения беременности, гинекологические и экстрагенитальные заболевания не выявлены. Данная беременность – вторая, в анамнезе регрессирующая беременность. При осмотре в приемном отделении: состояние удовлетворительное, температура тела и показатели гемодинамики – в пределах нормальных значений. Матка в нормотонусе, схватки по 3 за 10 минут слабой силы по 25 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в 1 минуту. Выделения из половых путей слизистые. Околоплодные воды целы. При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что все совместно проживающие с женщиной родственники (муж, свекровь, свекор) госпитализированы в инфекционный госпиталь с диагнозом: U07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19 (Вирус идентифицирован).

Сформулируйте диагноз, определите показания для госпитализации и отделение родильного дома.

ПРАВИЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

1. Диагноз: беременность 36−37 недель. Головное предлежание плода. Крупный плод.

Учитывая приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – Порядок), беременные женщины и роженицы с крупным плодом относятся к группе среднего риска.

В сроке беременности 36−37 недель врач-акушер-гинеколог женской консультации должен сформулировать полный клинический диагноз беременной женщины, сделать о нем запись в индивидуальной и обменной картах беременной и родильницы (формы 111/у-20 и 113/у-20). В данном случае медицинской организацией, в которую необходимо направить женщину для родоразрешения, является акушерский стационар второй группы. В 36−37 недель беременности лечащий врач акушер-гинеколог должен проинформировать женщину о конкретной медицинской организации, в которую планируется плановая госпитализация для родоразрешения, и сделать об этом запись в формах 111/у-20 и 113/у-20.

2. Диагноз: первый период своевременных родов в сроке беременности 40−41 неделя. Головное предлежание.

По результатам обследования данным обменной карты и с учетом диагноза роженица имеет низкий риск. В соответствии с Порядком роженицы низкого риска госпитализируются на роды в ближайший акушерский стационар первой или второй группы. При отсутствии условий для транспортировки в родах или отдаленностью акушерского стационара первой и второй группы возможна госпитализация в медицинскую организацию, в составе которой развернут ургентный родильный зал.

3. Диагноз: беременность 35−36 недель. Головное предлежание. Преэклампсия тяжелой степени. Внутриутробная гипоксия плода.

Беременная женщина в данной клинической ситуации является пациентом высокого риска и в соответствии с Порядком подлежит направлению на госпитализацию в акушерский стационар третьей группы в сопровождении сотрудников скорой медицинской помощи.

4. Преэклампсия тяжелой степени является критерием группы высокого риска. Согласно Порядку, госпитализация пациента с преклампсией тяжелой степени осуществляется в отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин акушерского стационара третьей группы (перинатального центра).

5. Диагноз: первый период своевременных родов в сроке беременности 40 недель 2 дня. Головное предлежание. Острая респираторная вирусная инфекция.

Учитывая клинику острой респираторной вирусной инфекции, роженица подлежит госпитализации в обсервационное акушерское отделение родильного дома.

6. Диагноз: первый период своевременных родов в сроке 41 неделя. Головное предлежание плода.

Показаниями для госпитализации является первый период своевременных родов. Роженицу следует госпитализировать в родовое отделение (акушерское физиологическое) родильного дома.

7. Диагноз: беременность 38-39 недель. Тазовое предлежание плода. Рубец на матке от двух бывших операций кесарева сечения. Преждевременное излитие околоплодных вод. Хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Беременная женщина подлежит переводу в операционную родильного дома для проведения операции кесарева сечения, согласно ранее намеченному плану, на каталке в положении «лежа». В данном случае оперативное родоразрешение будет проведено в неотложном порядке в связи с преждевременным излитием околоплодных вод и хронической внутриутробной гипоксией плода при тазовом предлежании. Одновременно с переводом пациента осуществляется передача медицинской документации – «Истории родов» из акушерского отделения патологии беременности в операционную.

8. Диагноз: беременность 18 недель. Несостоявшийся поздний внебольничный выкидыш. Отслойка плаценты. Кровотечение. Тромбофлебит поверхностных вен предплечья. Постгеморрагическая анемия легкой степени.

Беременная женщина подлежит госпитализации в гинекологическое отделение по преобладающей патологии, так как срок беременности составляет менее 22 недель и имеется кровотечение. Цель госпитализации в гинекологическое отделение – остановка кровотечения, завершение беременности.

9. Диагноз: острый аппендицит. Беременность 27−28 недель.

Наличие острого аппендицита определяет необходимость госпитализации беременной женщины в многопрофильную медицинскую

организацию (круглосуточный стационар), в составе которой имеются хирургическое отделение и родильный дом с круглосуточным постом врачей: хирурга, акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога, а также отделении реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения. Госпитализация осуществляется в хирургическое отделение для оперативного лечение острого аппендицита при беременности.

10. Диагноз: беременность 24−25 недель. Угрожающие преждевременные роды. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. ЭКО.

Угрожающие преждевременные роды являются критерием высокого риска и показаниями для госпитализации беременной женщины в акушерский стационар третьей группы для проведения токолитической терапии и медикаментозной профилактики синдрома дыхательных расстройств новорожденного ребенка. При наличии клинике угрожающих сверхранних преждевременных родов (24-25 недель) жительницы г. Екатеринбурга госпитализируются в акушерский стационар № 1 ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр».

11. Диагноз: первый период своевременных родов в сроке беременности 40 недель. Головное предлежание.

Учитывая наличие близкого (семейного) контакта с больными туберкулезом, роженица подлежит госпитализации в обсервационное акушерское отделение родильного дома.

12. Диагноз: первый период своевременных родов в сроке беременности 40 недель. Головное предлежание.

Учитывая наличие близкого (семейного) контакта с больными COVID-19, роженица подлежит госпитализации в обсервационное акушерское отделение родильного дома.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какие нормативные документы используются при организации и оказании медицинской помощи на территории Российской Федерации:

а) положение об организации оказания медицинской помощи по видам

медицинской помощи

б) порядки оказания медицинской помощи

в) клинические рекомендации

г) стандарты медицинской помощи

д) все перечисленное

2. В каком году была утверждена первая редакция порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в Российской Федерации в:

а) 2010

б) 2015

в) 1998

г) 2009

3. Назовите действующую редакцию порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»:

а) приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

б) приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)»

в) приказ Министерства здравоохранения и социального Российской Федерации от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»

г) все перечисленное

4. Настоящая редакция Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» действует до:

а) 01.01.2027

б) 05.10.2025

в) 01.01.2024

г) все перечисленное

5. К мероприятиям по охране здоровья матери и ребенка в Российской империи относятся:

а) ясли

б) молочные кухни

в) детские консультации

г) все перечисленное

5. Укажите основные структурные элементы системы охраны здоровья матери и ребенка при Советской власти:

а) женская консультация

б) родильный дом

в) гинекологическое отделение

г) все перечисленное

6. Государственная политика Российской Федерации по охране материнства и детства заключается в том, что материнство:

а) охраняется государством

б) поощряется государством

в) бесплатная медицинская помощь женщине при беременности, в родах и послеродовом периоде гарантируется государством

г) все перечисленное

7. Укажите органы исполнительной власти Российской Федерации, в которых созданы отделы по контролю и обеспечению оказания медицинской помощи женщинам и детям:

а) Министерство здравоохранения Российской Федерации

б) Министерство здравоохранения субъекта Российской Федерации

в) Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации

г) все перечисленные

8. Охарактеризуйте систему организации медицинских учреждений акушерско-гинекологической службы:

а) трехуровневая

б) двухуровневая

в) пятиуровневая

г) все перечисленные

9. Назовите медицинские организации третьей группы (уровня) в Свердловской области, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам высокого риска на стационарном этапе:

а) ГАУЗ СО «ОДКБ»

б) ГБУЗ СО «ЕКПЦ»

в) ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России

г) все перечисленные

10. Медицинская помощь при осложненном течении беременности оказывается в:

а) женской консультации

б) родильном доме

в) гинекологическом отделении

г) все перечисленное

11. Медицинская помощь осуществляется беременным женщинам в гинекологическом отделении до срока беременности:

а) 22 недели

б) 37 недель

в) 28 недель

г) все перечисленное

12. Медицинская помощь беременной женщине при остром или хроническом экстрагенитальном заболевании осуществляется в:

а) акушерском отделении патологии родильного дома

б) профильном отделении многопрофильной больницы

в) гинекологическом отделении

г) все перечисленное

13. Укажите медицинские организации третьей группы (уровня) в Свердловской области, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам высокого риска на догоспитальном этапе:

а) консультативно-диагностические отделения перинатальных центров третьей группы: ГАУЗ СО «ОДКБ», ГБУЗ СО «ЕКПЦ», ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России

б) ГАУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»

в) ГАУЗ СО «ТЦМК»

г) все перечисленные

14. Перечислите базовые принципы Всемирной организации здравоохранения, рекомендуемые при оказании медицинской помощи роженице в родах:

а) уважительное отношение к роженице

б) эффективное общение с роженицей и членами ее семьи

в) присутствие партнера по родам

г) непрерывность взаимодействия с медицинскими сотрудниками

д) все перечисленное

15. Какие критерии используются для разделения акушерских стационаров на три группы (уровня):

а) структура медицинской организации

б) коечная мощность

в) оснащение медицинским оборудованием

г) обеспеченность квалифицированными кадрами

д) все перечисленное

16. Назовите критерии выделения акушерских стационаров первой группы:

а) отсутствие круглосуточного поста врачей: акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога;

б) пациенты: беременные женщины, роженицы и родильницы низкого риска;

в) наличие ургентного родильного зала

г) все перечисленное

17. Назовите критерии выделения акушерских стационаров второй группы:

а) наличие палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в родовспомогательном учреждении

б) межрайонные перинатальные центры

в) отделение хирургии для новорожденных детей

г) все перечисленное

18. К критериям выделения акушерских стационаров третьей «А» группы относятся:

а) отделения анестезиологии-реанимации для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных

б) отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания)

в) акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации

г) все перечисленное

19. Укажите степень риска пациентов, которым предназначено оказание медицинской помощи в акушерским стационарах второй группы:

а) низкий риск

б) средний риск

в) высокий риск

г) все перечисленное

20. Назовите дополнительные критерии выделения акушерских стационаров третьей «Б» группы:

а) оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным

б) разработка и тиражирование новых методов диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии

в) проведение мониторинга и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации

г) все перечисленное

21. Укажите степень риска пациентов, которым предназначено оказание медицинской помощи в акушерским стационарах третьей «А» группы:

а) низкий риск

б) средний риск

в) высокий риск

г) все перечисленное

22. Охарактеризуйте пациентов, которым предназначено оказание медицинской помощи в акушерским стационарах третьей «Б» группы:

а) низкий риск

б) средний риск

в) высокий риск

г) состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий

23. Назовите медицинские организации Свердловской области, имеющие в своем составе акушерский дистанционный консультативный центр:

а) ГАУЗ СО «ГКБ № 40 г. Екатеринбург»

б) ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»

в) ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр»

г) ГАУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф»

24. Укажите название информационной системы, используемой в службе родовспоможения Свердловской области, для мониторинга состояния беременных женщин, рожениц, родильниц:

а) АИСТ «Региональный акушерский мониторинг»

б) АИС «Медицинская информационная регистратура»

в) АИС «Промед»

г) все перечисленное

25. Мониторинг состояния здоровья пациентов в АИСТ «Региональный акушерский мониторинг» проводится:

а) во время беременности

б) в родах

в) в течение 42 дней после родов, аборта, внематочной беременности

г) все перечисленное

26. Какие показатели здоровья указывает беременная женщина в дневнике самоконтроля:

а) самочувствие

б) артериальное давление

в) температура тела

г) окраска кожных покровов

27. Какие показатели состояния внутриутробного плода указывает беременная женщина в дневнике самоконтроля:

а) результат теста шевеления плода

б) окраска околоплодных вод

в) результаты кардитахограммы

г) все перечисленное

28. Медицинская помощь женщинам при беременности, в родах и послеродовом периоде в акушерском стационаре является:

а) специализированной

б) первичной доврачебной

в) высокотехнологичной

г) все перечисленное

29. Для оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам медицинская организация, имеющая в своем составе акушерский стационар, должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю:

а) акушерское дело

б) акушерство и гинекология

в) анестезиология и реаниматология

г) все перечисленное

30. Для оказания медицинской помощи новорожденным детям в акушерском стационаре медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю

а) неонатология

б) детская хирургия

в) детские инфекционные болезни

г) все перечисленное

31. Семейно-ориентированные технологии ведения родов в отношении роженицы включают:

а) рациональное ведение родов, уменьшение использования фармакологических средств, пособий и манипуляций

б) максимальное привлечение членов семьи к оказанию помощи женщине при вынашивании беременности, в родах и послеродовый период

в) запрет посещения женщины в родильном доме, партнерских родов

г) все перечисленное

32. Семейно-ориентированные технологии оказания медицинской помощи новорожденным детям включают:

а) привлечение к уходу за новорожденным членов семьи

б) совместное пребывание матери и ребенка на всех этапах оказания медицинской помощи в условиях акушерского стационара

в) профилактика гипотермии новорожденных, в том числе при оперативном родоразрешении

г) все перечисленное

33. Семейно-ориентированные технологии грудного вскармливания включают:

а) ранее прикладывание к груди

б) кормление по требованию

в) абсолютный приоритет грудного вскармливания

г) все перечисленное

34. Родильный дом может работать как:

а) самостоятельная медицинская организация

б) в составе многопрофильной медицинской организации

в) в составе учреждения Роспотребнадзора

г) все перечисленное

35. С какими специализированными службами взаимодействует родильный дом:

а) противотуберкулезной

б) кожно-венерологической

в) онкологической

г) центрами профилактики и борьбы со СПИД

д) все перечисленное

36. Критериями рождения являются:

а) срок беременности 22 недели и более

б) срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 граммов и более

в) срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 граммов при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)

г) все перечисленное

37. Своевременные роды – это роды в сроке беременности:

а) 22−36 недель 6 дней

б) 37−41 неделя 6 дней

в) до 22 недель беременности

г) все перечисленное

38. Преждевременные роды – это роды в сроке беременности:

а) 22−36 недель 6 дней

б) 22−27 недель 6 дней

в) 28−36 недель 6 дней

г) все перечисленное

39. Превентивные технологии ведения родов включают:

а) установку внутривенного катетера в периферическую вену с началом активной фазы родов

б) антибиотикопрофилактику ранней неонатальной инфекции, вызванной стрептококком группы В

в) профилактику послеродового кровотечения в третьем периоде родов с использованием раствора окситоцина

г) все перечисленное

40. В составе родильного дома имеются отделения акушерского профиля:

а) акушерское отделение патологии беременности

б) родовое отделение с операционно-родовым блоком

в) послеродовое отделение по системе «мать и дитя»

г) все перечисленное

41. Мероприятия по немедикаментозному обезболиванию в первом периоде родов включают:

а) активное вертикальное положение

б) упражнения на фитболе

в) тепловые/холодовые аппликации

г) душ

д) все перечисленное

42. При неосложненном течении родов и послеродового периода перевод родильницы в послеродовое отделение проводится после родов через:

а) 2 часа

б) 3 часа

в) 6 часов

г) все перечисленное

43. Функциями приемного отделения родильного дома являются:

а) прием и регистрация пациентов, поступающих в акушерский стационар

б) оказание экстренной медицинской помощи

в) сортировка пациентов

г) санитарно-гигиеническая обработка пациентов

д) все перечисленное

44. Основными функциями послеродового отделения родильного дома являются:

а) обеспечение квалифицированного ухода

б) профилактика осложнений послеродового периода

в) оказание медицинской помощи

г) все перечисленное

45. С целью предупреждения внутриутробного инфицирования в акушерском отделении применяются технологии:

а) совместное пребывания матери и ребенка

б) грудное вскармливание

в) ранняя выписка из родильного дома

г) все перечисленное

46. Основными функциями акушерского отделения патологии беременности являются:

а) диагностика и лечение осложнений беременности

б) подготовка беременных женщин к родоразрешению

в) проведение планового родоразрешения операцией кесарева сечения

г) все перечисленное

47. Перечислите средства для подготовки шейки матки к родам:

а) препарат антагониста прогестерона

б) препарат простагландина «Е»

в) гигроскопические синтетические расширители цервикального канала

г) катетер цервикальный дилатационный: баллонные расширители Cook, тип Фолея

д) все перечисленное

48. Функциями отделения анестезиологии и реанимации для женщин являются:

а) проведение анестезиологических пособий акушерских операций и манипуляций, обезболивание родов

б) реанимация, интенсивная терапия беременным, роженицам и родильницам

в) динамическое наблюдение за состоянием женщины при жизнеугрожающих акушерских состояниях

г) динамическое наблюдение за родильницей после операции кесарева сечения в течение ближайшего послеоперационного периода

д) все перечисленное

49. Какие показатели являются основанием для перевода беременных женщин или родильниц из отделения анестезиологии и реанимации в отделения патологии беременности и послеродовое отделение родильного дома:

а) стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания

б) коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций

в) необходимость дообследования

г) все перечисленное

50. Какие особенности имеет идентификация пациента в родильном доме:

а) необходимость идентификации матери (беременной женщины, роженицы, родильницы) и новорожденного ребенка

б) широкое применение совместного пребывания матери и ребенка во всех отделениях родильного дома

в) необходимость идентификации партнера, присутствующего на родах

г) все перечисленное

51. Укажите период времени для подачи экстренного извещения с момента выявления случая инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, у родильницы или новорожденного

а) 1 час

б) 12 часов

в) 24 часа

г) 36 часов

52. Укажите период выявления заболеваний родильниц инфекциями, вызванными условно патогенными микроорганизмами и связанными с родами (эндометрит, пиелонефрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит):

а) 7 дней после родов

б) 14 дней после родов

в) 30 дней после родов

г) 45 дней после родов

53. Какие условно-патогенные микроорганизмы относятся к группе ESCAPE:

а) Enterococcus

б) Staphylococcus aureus

в) Acinetobacter spp.

г) Pseudomonas aeruginosa

д) Clostridium difficile

е) Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Klebsiella pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp)

ж) Candida spp.

54. Какие микроорганизмы определяют при взятии смывов с объектов окружающей среды медицинских организаций в плановом порядке:

а) стафилококки

б) бактерии группы кишечной палочки (БГКП)

в) микроорганизмы группы ESCAPE

55. Какие микроорганизмы определяют при взятии смывов с объектов окружающей среды медицинских организаций по эпидемическим показаниям:

а) стафилококки

б) бактерии группы кишечной палочки

в) микроорганизмы группы ESCAPE

56. Выберите правильное определение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи:

а) ИСМП – это любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему медицинской помощи в стационарных условиях, а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

б) ИСМП – это любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи, а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности

в) ИСМП – это любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи

57. Укажите период выявления локализованных форм заболеваний новорожденных инфекциями, вызванными условно патогенной флорой (в соответствии с СанПиН 3.3686-21):

а) в период пребывания в родильном доме

б) в течение 7 дней после выписки из родильного дома

в) в течение месяца после рождения ребенка

г) в течение 1 года после рождения ребенка

58. Укажите период выявления генерализованных форм заболеваний новорожденных инфекциями, вызванными условно патогенной флорой (в соответствии с СанПиН 3.3686-21):

а) в период пребывания в родильном доме

б) в течение 7 дней после выписки из родильного дома

в) в течение месяца после рождения ребенка

г) в течение 1 года после рождения ребенка

59. Укажите предвестники осложнения эпидемиологической ситуации в родильном доме:

а) наличие аварийных ситуаций на системах жизнеобеспечения родильного дома

б) факты поздней выписки родильниц из роддома (после 4-го дня)

в) появление генерализованных форм ИСМП родильниц

г) смена вида циркулирующей микрофлоры у родильниц, её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды

д) рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах

е) поступление на роды женщины из очага инфекционного заболевания

60. Укажите предпосылки осложнения эпидемиологической ситуации в родильном доме:

а) рост числа воспалительных заболеваний у новорожденных и родильниц

б) неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения здания родильного дома

в) недостаточное материально-техническое оснащение родильного дома

г) нарушение противоэпидемического режима в роддоме

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Номер тестового задания	Правильный ответ	Номер тестового задания	Правильный ответ	Номер тестового задания	Правильный ответ
1	д	21	в	41	д
2	г	22	в, г	42	а
3	а	23	б, в	43	д
4	а	24	а	44	г
5	г	25	г	45	г
6	г	26	а, б, в	46	г
7	г	27	а	47	д
8	а	28	а	48	д
9	г	29	г	49	г
10	г	30	а	50	а, б
11	а	31	а, б	51	б
12	б	32	г	52	в
13	г	33	г	53	а,б,в,г,д,е
14	д	34	а, б	54	а, б
15	д	35	д	55	в
16	г	36	б, в	56	б
17	а, б	37	б	57	а, б
18	г	38	а	58	а, в
19	б	39	г	59	б, в, г, д
20	г	40	г	60	б, в, г

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. − Москва, 2011. – 133 с.

2. Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»

3. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»

4. Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»

5. Методические рекомендации МР 2.1.0247-21 «Методические рекомендации по обеспечению санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»

6. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 330 от 05 августа 2003 г. − Москва, 2003. – 62 с.

7. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи: приказ М-ва здравоохранения и социального развития Рос. Федерации № 1687н от 27 декабря 2011 г. − Москва, 2011. – 11 с.

8. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология»: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 919н от 15 ноября 2012 г. − Москва, 2012. – 52 с.

9. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 912н от 15 ноября 2012 г. − Москва, 2012. – 24 с.

10. Об утверждении критериев оценка качества оказания медицинской помощи: приказ М-ва здравоохранения Рос.Федерации № 203н от 10 мая 2017 г. − Москва, 2017. – 34 с.

11. Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации №1008н от 23 сентября 2020 г. − Москва, 2020. – 16 с.

12. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации № 1130н от 20 октября 2020 г. − Москва, 2020. – 688 с.

13. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2021 и на плановый период 2022 и 2023 годы: постановление Правительства Свердловской области № 1018-ПП от 30 декабря 2020 г. − Екатеринбург, 2020. – 142 с.

14. О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области: приказ М-ва здравоохранения Свердловской области № 2496-п от 30 декабря 2021 г. − Екатеринбург, 2021. – 35 с.

15. О совершенствовании работы женских консультаций на территории Свердловской области на основе внедрения организационных «бережливых» технологий: приказ М-ва здравоохранения Свердловской области № 2498-п от 30 декабря 2020 г. − Екатеринбург, 2020. – 27 с.

16. О структуре и организации работы акушерских дистанционных консультативных центров на территории Свердловской области: приказ М-ва здравоохранения Свердловской области № 1031-п от 20 мая 2021 г. − Екатеринбург, 2021. – 45 с.

17. Нормальная беременность: клинические рекомендации. − Москва, 2020. – 80 с.

18. Роды одноплодные, самопроизвольные в затылочном предлежании (нормальные роды): клинические рекомендации. − Москва, 2021. – 66 с.

19. Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале: клинические рекомендации. − Москва, 2020. – 54 с.

20. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде: клинические рекомендации. − Москва, 2021. – 79 с.

21. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение): клинические рекомендации. − Москва, 2021. – 61 с.

22. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях: клинические рекомендации. − Москва, 2019. – 76 с.

23. Анестезия и интенсивная терапия у пациенток, получающих антикоагулянты для профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений в акушерстве : клинические рекомендации. − Москва, 2018. – 41 с.

24. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения: клинические рекомендации. − Москва, 2021. – 106 с.

25. Резус-иммунизация. Гемолитическая болезнь плода: клинические рекомендации. − Москва, 2020. – 35 с.

26. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). − Москва, 2015. – 116 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1743 с.

2. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с.

3. Акушерство: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 920 с.

4. Хаггард Г., Хаггард, Г. В. От знахаря до врача. История науки врачевания / Г. В. Хаггард; Пер. с англ. А. Н. Анваер. – Москва : Центрполиграф, 2012. − 447 с.

5. Loudon I. Ignaz Phillip Semmelweis' studies of death in childbirth // Journal of the Royal Society of Medicine. – 2013. – Vol. 106. − № 11. – P. 461−463.

6. Моргошия, Т. Ш. У истоков антисептики: жизненный путь легендарного профессора Игнаца Земмельвейса (1818−1865). К 200-летию со дня рождения / Т. Ш. Моргошия, Н. А. Сыроежин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18. – № 3. – С. 104−108. – DOI 10.17116/rosakush2018182104-108.

7. Смирнова С. С. Внутриутробные инфекции новорожденных как маркер эпидемического неблагополучия в учреждениях родовспоможения / С. С. Смирнова, А. А. Голубкова, А. В. Алимов, В. Г. Акимкин // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2019. – Т. 18. – № 5. – С. 42−49. – DOI 10.31631/2073-3046-2019-18-5-42-49.

8. Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации / Н. Б. Найговзина, А. Ю. Попова, Е. Е. Бирюкова [и др.] // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 1(11). – С. 17−26.

9. GDP per capita, PPP (current international $) [Electronic resource]. 2020. URL: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD.

10. Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // The Lancet global health. – 2014. – Vol. 2. – № 6. – P. 323−333.

11. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия, v. 2.0 // Москва : Изд-во журнала Status Praesens. – 2017. – P. 872.

12. Паршина А. Ю. Определение структуры материнской смертности в Российской Федерации с применением статистического анализа // Социосфера. – 2020. – № 1. С. 131–135.

13. Bonet M. et al. The global maternal sepsis study and awareness campaign (GLOSS): Study protocol // Reprod. Health. Reproductive Health, 2018. Vol. 15, № 1. P. 1–17.

14. Девятова, Е. А. Акушерский сепсис / Е. А. Девятова // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. – 2015. – № 3(9). – С. 33−44.

15. Hensley M. K. et al. Incidence of Maternal Sepsis and Sepsis-Related Maternal Deaths in the United States // JAMA − J. Am. Med. Assoc. 2019. Vol. 322, № 9. P. 890–892.

16. Ali A., Lamont R. F. Recent advances in the diagnosis and management of sepsis in pregnancy // F1000Research. 2019. Vol. 8. P. 1–11.

17. Пустотина, О. А. Опыт лечения лактационного мастита у 642 родильниц в России. Сравнительный анализ с международными рекомендациями / О. А. Пустотина // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. – 2015. – Т. 2. – № 2. – С. 42−47.

18. Мастит. Причины и ведение / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2000. – 46 с.

19. Khanal V. et al. Incidence of Mastitis in the Neonatal Period in a Traditional Breastfeeding Society: Results of a Cohort Study // Breastfeed. Med. 2015. Vol. 10, № 10. P. 481–487.

20. Karacam Z., Saglık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey // Turk Pediatr. Ars. 2018. Vol. 53, № 3. P. 134–148.

21. Jones K. et al. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. Ireland, 2019. Vol. 240. P. 1–8.

22. Zejnullahu V. A. et al. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: Rates, microbiological profile and risk factors // BMC Infect. Dis. BMC Infectious Diseases, 2019. Vol. 19, № 1. P. 1–9.

23. Sway A. et al. Burden of surgical site infection following cesarean section in sub-Saharan Africa: a narrative review // Int. J. Womens. Health. 2019. Vol. 11. P. 309–318.

24. Современные подходы в лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний / Н. Ю. Иванников, А. Е. Митичкин, В. И. Димитрова [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 7. – С. 58−69. – DOI 10.21518/2079-701X-2019-7-58-69.

25. Обоскалова, Т. А. Динамика и структура инфекционно-воспалительных заболеваний позднего послеродового периода / Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов, А. Н. Харитонов // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 5(138). – С. 5−9.

26. Conroy K. et al. Infectious morbidity after cesarean delivery: 10 strategies to reduce risk. // Rev. Obstet. Gynecol. 2012. Vol. 5, № 2. P. 69–77.

27. De Castro E. O. et al. Sepse e cheque séptico na gestação: manejo clínico // Rev. Bras. Ginecol. e Obstet. 2008. Vol. 30, № 12. P. 631–638.

28. Каримова, Г. Н. Совершенствование клинико-лабораторных подходов к прогнозированию, диагностике и тактике лечения послеродового эндометрита: специальность 14.01.01 «Акушерство и гинекология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Каримова Галия Насибуллаевна. – Москва, 2017. – 22 с.

29. Докудаева, Ш. А. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике послеродового эндометрита / Ш. А. Докудаева // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2016. – Т. 11. – № 4. – С. 109−115.

30. Taylor M., Pillarisetty L. S. Endometritis. Treasure Island (FL), 2020.

31. Томаева, К. Г. Частота встречаемости послеродового эндометрита у женщин с разными соматотипами / К. Г. Томаева, С. Н. Гайдуков, Е. Н. Комиссарова // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – Т. 26. – № 3. – С. 9−13. – DOI 10.24411/1609-2163-2019-16400.

32. Новые тенденции в профилактике и лечении послеродового мастита и лактостаза / А. А. Балушкина, В. Л. Тютюнник, Н. Е. Кан [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 12. – С. 136−141. – DOI 10.21518/2079-701X-2019-12-136-141.

33. Cullinane M. et al. Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: A cohort study // BMC Fam. Pract. BMC Family Practice, 2015. Vol. 16, № 1. P. 1–8.

34. Mediano P. et al. Case–control study of risk factors for infectious mastitis in Spanish breastfeeding women // BMC Pregnancy Childbirth. 2014. Vol. 14, № 1. P. 195.

35. Blackmon M. M., Nguyen H., Mukherji P. Acute Mastitis. – 2020.

36. Yu Z., Sun S., Zhang Y. High-Risk Factors for Suppurative Mastitis in Lactating Women // Med. Sci. Monit. 2018. № 24. P. 4192–4197.

37. De Allegri M. et al. A qualitative investigation into knowledge, beliefs, and practices surrounding mastitis in sub-Saharan Africa: What implications for vertical transmission of HIV? // BMC Public Health. 2007. Vol. 7. P. 1–9.

38. Zuarez-Easton S. et al. Postcesarean wound infection: prevalence, impact, prevention, and management challenges. 2017. P. 81–88.

39. Kawakita T., Landy H. J. Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment // Matern. Heal. Neonatol. Perinatol. Maternal Health, Neonatology and Perinatology, 2017. Vol. 3, № 1. P. 1–9.

40. Rood K. M. et al. Skin Microbiota in Obese Women at Risk for Surgical Site Infection after Cesarean Delivery // Sci. Rep. 2018. Vol. 8, № 1. P. 1–8.

41. Tran T. S. et al. Risk factors for postcesarean surgical site infection. // Obstet. Gynecol. United States, 2000. Vol. 95, № 3. P. 367–371.

42. Takoudes T. C. et al. Risk of cesarean wound complications in diabetic gestations // Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier, 2004. Vol. 191, № 3. P. 958–963.

43. Opoien H. K. et al. Post-cesarean surgical site infections according to CDC standards: rates and risk factors. A prospective cohort study // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2007. Vol. 86, № 9. P. 1097–1102.

44. Takoudes T. C. et al. Risk of cesarean wound complications in diabetic gestations // Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier, 2004. Vol. 191, № 3. P. 958–963.

45. Opoien H. K. et al. Post-cesarean surgical site infections according to CDC standards: rates and risk factors. A prospective cohort study // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2007. Vol. 86, № 9. P. 1097–1102.

46. Yerba K. et al. Factors Associated with Surgical Site Infection in Post-Cesarean Section: A Case-Control Study in a Peruvian Hospital // Ethiop. J. Health Sci. 2020. Vol. 30, № 1. P. 95–100.

47. Анемия беременных как медико-социальная проблема / К. Е. Моисеева, К. Г. Шевцова, Е. Н. Березкина, Ш. Д. Харбедия // Бюллетень науки и практики. – 2019. – Т. 5. – № 1. – С. 103−110. – DOI 10.5281/zenodo.2539588.

48. Куперт, М. А. Эндометрит после родов в современном акушерстве : специальность 14.00.01 : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Куперт Михаил Альбертович. – Челябинск, 2006. – 202 с.

49. Факторы риска развития и особенности течения послеродового эндометрита / С. В. Баринов, Е. С. Блауман, Ю. И. Тирская [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 2(69). – С. 22−28.

50. Самойлова, Т. Е. Микробные ассоциации при послеродовом эндометрите / Т. Е. Самойлова, Н. И. Кохно, Ш. А. Докудаева // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2018. – Т. 2. – № 10. – С. 6−13.

51. Мастит и/или лактостаз? Как отличить? Чем помочь? Как лечить? / И. Н. Захарова, А. Е. Кучина, И. В. Бережная, Т. Н. Санникова // Медицинский совет. – 2019. – № 11. – С. 10−15. – DOI 10.21518/2079-701X-2019-11-10-15.

52. Кесарево сечение и проблемы лактации у женщин / И. Н. Захарова, И. В. Бережная, Т. Н. Санникова [и др.] // Медицинский совет. – 2018. – № 17. – С. 22−29. – DOI 10.21518/2079-701X-2018-17-22-29.

53. Tkatchenko, R. A. Postoperative infections in obstetrics and gynecology: prevention, diagnosis and treatment / R. A. Tkatchenko, V. V. Kaminski // Акушерство. Гінекологія. Генетика. – 2017. – Vol. 3. – № 1(7). – P. 54−65.

54. Yokoe D. S. et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections // Emerg. Infect. Dis. 2001. Vol. 7, № 5. P. 837–841.

55. Qomariyah S. N. A community-based surveillance system for maternal deaths in Indonesia. 2013.

56. Rikshospitalet K. Infections after caesarean sections // Tidsskr. Den Nor. legeforening. 2009. P. 2–14.

57. CDC NHSN [Electronic resource]. URL: https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html.

58. Проблемы и перспективы борьбы с внутрибольничными инфекциями в России / В. И. Покровский, Н. А. Семина, Е. П. Ковалева,

В. Г. Акимкин // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2007. – № 1(32). – С. 5−8.

59. Ковалева, Е. П. Принципы борьбы с внутрибольничными инфекциями и их профилактики в родовспомогательных учреждениях (Предложения к проекту новых санитарно-эпидемиологических правил) / Е. П. Ковалева, А. И. Заргарьянц // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2010. – № 2(51). – С. 46−50.

60. Эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в учреждениях родовспоможения / А. В. Любимова, И. Г. Техова, Т. В. Осмирко, Н. А. Шаляпина // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2014. – № 1(74). – С. 15−18.

61. Эпидемиологическая диагностика -основа риск-ориентированных технологий профилактики госпитальных инфекций / Л. П. Зуева, Б. И. Асланов, К. Д. Васильев [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2017. – Т. 16. – № 5(96). – С. 69−74.

62. Сергевнин, В. И. Предэпидемическая диагностика заболеваемости внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями / В. И. Сергевнин, Н. М. Ключарева // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – № 1(298). – С. 27−29. – DOI 10.35627/2219-5238/2018-298-1-2.

63. Клинико-микробиологические особенности пуэрперального эндометрита, диагностика и лечение / В. С. Горин, И. В. Матвеева, Ж. Ю. Попова [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 101. – № 2. – С. 9−16.

64. Carroli G., Mignini L. Europe PMC Funders Group Episiotomy for vaginal birth // Cochrane Database Syst Rev. 2014. № 11. P. 1–53.

65. Факторы риска развития и особенности течения послеродового эндометрита / С. В. Баринов, Е. С. Блауман, Ю. И. Тирская [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 2(69). – С. 22−28.

66. Агарев, А. Е. Прогнозирование развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи у родильниц в родовспомогательном учреждении второго уровня / А. Е. Агарев, Т. Д. Здольник // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения : Материалы к 22-ой Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием, Рязань, 30 ноября – 01 2018 года / Под редакцией В. А. Кирюшина. – Рязань: Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, 2018. – С. 196−202.

67. Верес, И. А. Исследование факторов риска и разработка прогнозирования возникновения послеродового гипотонического и инфекционного эндометрита / И. А. Верес, В. И. Белько // Военная медицина. – 2018. – № 4(49). – С. 77−86.

68. Послеродовый эндометрит и его профилактика (обзор литературы) / Л. И. Анохова, Т. Е. Белокриницкая, А. В. Патеюк, С. Т. Кохан // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 4. – С. 6−13.

69. Септические осложнения в акушерстве : Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л. В. Адамян, Н. В. Артымук, Т. Е. Белокриницкая [и др.]. – Москва : Министерство здравоохранения РФ, 2017. – 59 с.

70. Ахметова, Ж. С. Гематометра как осложнение после оперативного родоразрешения / Ж. С. Ахметова, Р. А. Ибаева, Г. В. Слета // Неделя науки − 2016 : Материалы Всероссийского молодёжного форума с международным участием, Ставрополь, 17–18 ноября 2016 года. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2016. – С. 5−6.

71. Агарев, А. Е. Факторы риска развития донозологических и нозологических форм инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у родильниц / А. Е. Агарев, Т. Д. Здольник, М. С. Коваленко // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36. – № 5. – С. 76−82. – DOI 10.17816/pmj36576-82.

Научное издание

Беломестнов Сергей Разумович
Севостьянова Ольга Юрьевна
Смирнова Светлана Сергеевна
Семенов Александр Владимирович
Мартиросян Сергей Валерьевич
Миляева Наталья Маратовна
Ковалев Владислав Викторович
Кузнецова Елена Ивановна
Егоров Иван Андреевич

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА В СОВРЕМЕННОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

ISBN 978-5-6047760-2-5

ООО «ИЗДАТЕЛЬСТВО АМБ»
620140, г. Екатеринбург, ул. Фрунзе, 35А, офис 513
Тел.: +7 (912) 242-20-73, +7 (963) 449-75-40
www.amb-ural.ru, amb@amb.ur.ru
Генеральный директор *Владимир Лобок*
Главный редактор *Елена Киселева*
Корректура, предпечатная подготовка *Анастасия Плащенкова*
Размещение в РИНЦ

Подписано в печать 15.03.2022. Формат 60×90/16
Усл. печ. л. 10,63. Тираж 300 экз. Заказ 15/03/2022/1
Отпечатано в типографии ИЗДАТЕЛЬСТВА АМБ