

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)

Кафедра акушерства и гинекологии

А. Г. Савицкий

**СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ
РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
И РОДИЛЬНОГО ДОМА.
Приказ № 1130н от 20.10.2020**

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2023

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1(2)
С13

С13 **Савицкий, А. Г. Структура и организация работы женской консультации и родильного дома. Приказ № 1130н от 20.10.2020 :** учебно-методическое пособие. – СПб. : Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, 2023. – 24 с.

Рецензент: С. Н. Гайдуков – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Подготовлено для обучающихся IV курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело в рамках дисциплины «Акушерство и гинекология».

Предназначено для практических занятий.

Табл. 1. Библиогр. : 7 назв.

Рекомендовано методическим советом ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ в качестве учебно-методического пособия, протокол № 6 от 17 ноября 2022 г.

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1(2)

© ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Минздрава России, 2023

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебное издание представляет собой учебно-методическое пособие для изучения раздела «Введение в акушерство» дисциплины «Акушерство и гинекология» в рамках реализации образовательной программы по специальности 31.05.01 Лечебное дело и подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++.

Формируемые компетенции:

- способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза (ОПК-4);
- способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач (ОПК-5).

Основной задачей настоящего учебно-методического пособия является изучение основных принципов и положений, регламентирующих оказание акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации на основании изучения приказа № 1130н от 20.10.2020, при подготовке врачей-специалистов широкого профиля в рамках дисциплины основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень образования – специалитет).

Цель занятия:

- ознакомить обучающихся со структурой акушерского стационара и женской консультации, организацией их работы;
- изучить уровни организации службы родовспоможения в Российской Федерации;
- ознакомить с перечнем форм первичной медицинской документации и особенностями цифровых документов;
- представить перечень оснащения амбулаторных и стационарных учреждений родовспоможения;
- объяснить задачи акушерских отделений, порядок приема в роддом беременных и рожениц, показатели деятельности акушерских стационаров.

ВВЕДЕНИЕ

Основные функции и задачи **акушерского стационара (АС)** – оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме.

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

Правила содержания структурных подразделений АС и организация противоэпидемического режима регламентированы приказом Министерства здравоохранения РФ № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2009 г., регистрационный № 15922).

Порядок оказания акушерско-гинекологической службы регламентируется приказом Минздрава РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован 12.11.2020 № 60869).

Структура и оснащение АС должны соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений.

В зависимости от коечной мощности и задач, решаемых родовспомогательным учреждением, последние разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи.

Первая группа (1-й уровень) – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал, организованный в соответствии с Правилами организации деятельности urgentного родильного зала.

Вторая группа (2-й уровень) – акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и ин-

тенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации (палаты интенсивной терапии) для женщин (по решению руководителя медицинской организации – с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации), палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, пост патологии новорожденных и недоношенных детей (по решению руководителя медицинской организации).

Третья группа А (3-й уровень) – акушерские стационары, 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 группа Б (3-й уровень) – акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ

Для повышения эффективности акушерской помощи создаются перинатальные центры, которые предназначены для оказания амбулаторной и стационарной высококвалифицированной медицинской помощи женщинам группы высокого риска развития перинатальной патологии и патологии беременности у соматическиотягощенных женщин и их детям (3-й уровень). В центре осуществляется пренатальная диагностика угрожаемых и патологических состояний матери и плода, при необходимости проводится корригирующая терапия, выполняется родоразрешение женщин группы высокого риска, своевременно и адекватно проводится интенсивная терапия новорожденных, в том числе недоношенных. Для организации перинатального центра необходимы целенаправленное финансирование и оснащение, создание в регионе координированной, взаимодействующей системы акушерской и неонатальной медицинской помощи, повышение квалификации врачей и медицинского персонала. В перинатальный центр входят консультативно-диагностическое отделение, акушерский и педиатрический блоки, обязательны анестезиолого-реанимационные подразделения в акушерских и неонатологических отделениях, отделение гравитационной хирургии крови (донорство, аутодонорство).

В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или, в случае их отсутствия, – медицинской сестрой.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в офисах врачей общей практики (семейных врачей), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здра-

воохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 сентября 2015 г. № 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный № 39822), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г., регистрационный № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г., регистрационный № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г. № 59083) (далее – приказ № 543н).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается в женских консультациях, структура которых в соответствии с приказом № 1130н от 2020 г. улучшена и расширена. В настоящее время в ж/к предусмотрены кабинеты доврачебной помощи, в которых дежурная медицинская сестра или акушерка собирает анамнез, проводит первичное доврачебное консультирование пациенток и определяет их дальнейшую логику.

В дневные стационары направляются женщины со сроком беременности до 22 нед (за исключением проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности) и в послеродовом периоде, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующей круглосуточного пребывания в медицинской организации.

В случаях преждевременных родов в 22 нед беременности и более госпитализация женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар третьей группы (уровня) беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом 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

гинекологической патологии вызывается при декомпенсированной экстрагенитальной патологии и акушерских осложнениях (преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при объеме кровопотери 1000 мл и более или геморрагическом шоке).

При сроке беременности 36–37 нед формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

В акушерских стационарах основными отделениями являются:

- приемное отделение;
- родильное отделение;
- дневной стационар;
- отделение патологии беременности;
- физиологическое послеродовое отделение;
- отделение послеродовых заболеваний;
- отделение неонатологии (с реанимационными койками);
- отделение гинекологии;
- вспомогательные службы (кабинеты УЗИ, ЭКГ, КТГ, клинические лаборатории, АХЧ) (см. таблицу).

Структура акушерского стационара

Подразделения АС	% коек от общего числа
Приемно-пропускной блок	
Родильное отделение	5
Физиологическое (I) акушерское отделение	50–55
Отделение (палаты) патологии беременности	25–30
Отделение (палаты) новорожденных в I и II акушерских отделениях	Не входят
Обсервационное (II) акушерское отделение	20–25
Гинекологическое отделение	5–25 коек
Отделение (палата) интенсивной терапии и реанимации	5–15 коек

Учитывая боксированную систему подавляющего большинства родильных стационаров, в последнее время при ограниченных возможностях зданий **возможно не выделять отдельные обсервационные отделения**, обеспечивая необходимый санитарный режим в отдельных изолированных палатах физиологического послеродового отделения с внутренними санузлами.

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима, изоляцию заболевших. Акушерский стационар два раза в год закрывают для проведения плановой дезинфекции, в том числе один раз для косметического ремонта. Посещение АС родственниками и присутствие на родах (не партнерских) разрешают только при наличии соответствующих условий.

Лица, поступающие на работу в родильный дом, в дальнейшем проходят полный медицинский осмотр. Весь персонал берется на диспансерное наблюдение для своевременного выявления и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки, кожи, выявления и лечения кариеса.

Медицинский персонал с воспалительными или гнойничковыми заболеваниями, недомоганием, лихорадкой не допускают к работе. Ежедневно перед работой персонал надевает чистую специальную одежду и обувь. Персонал обеспечен индивидуальными шкафчиками для хранения одежды и обуви. В родильном зале, в операционных медперсонал работает в масках, а в отделении новорожденных – только при инвазивных манипуляциях. Ношение масок обязательно при эпидемическом неблагополучии в родильном доме.

Первое (физиологическое) акушерское отделение

Приемно-пропускной блок (ППБ)

Смотровые комнаты ППБ существуют отдельно для физиологического и обсервационного отделений. Каждая смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, то оно должно иметь отдельный приемно-пропускной блок.

Правила содержания приемно-смотровых помещений: два раза в сутки влажная уборка с применением моющих средств, один раз в сутки уборка с применением дезинфицирующих средств. После влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30–60 мин. **Существуют инструкции по правилам обработки инструментов, перевязочного материала, аппаратуры, мебели, стен (приказ Министерства здравоохранения РФ № 345).**

При поступлении беременной женщины (роженицы) в приемное отделение учреждения здравоохранения проводится санитарная обработка беременной женщины (роженицы). При отсутствии противопоказаний к госпитализации в физиологическое родильное отделение беременная женщина госпитализируется в отделение патологии беременности, при наличии противопоказаний – в наблюдательное отделение. При неотложных состояниях беременная (роженица) переводится в отделение анестезиологии и реаниматологии (операционную). Одновременно акушерка измеряет у пациентки температуру тела и АД.

Показания для госпитализации во II акушерское (наблюдательное) отделение:

- все беременные или роженицы, представляющие угрозу инфицирования – лихорадка, признаки гнойно-септической инфекции, инфекционные заболевания, кожные заболевания, мертвый плод и др.;
- необследованные роженицы и родильницы.

После решения вопроса о госпитализации акушерка переводит женщину в соответствующую смотровую, фиксируя необходимые данные в «Журнале учета беременных, рожениц и родильниц» и заполняя паспортную часть истории родов.

Затем врач и акушерка детально проводят общее и специальное акушерское обследование: взвешивание, измерение роста, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки, определяют положение плода в матке, выслушивают сердцебиение плода, определяют группу крови, резус-принадлежность. При наличии показаний проводят забор анализов крови и мочи. Дежурный врач знакомится с «Индивидуальной картой беременной и родильницы» (уч./ф. 113), собирает подробный анамнез, определяет сроки родов, предполагаемую массу плода и заносит данные опроса и осмотра в соответствующие графы истории родов.

После обследования проводят санитарную обработку, объем которой зависит от общего состояния поступающей или от периода родов. Беременная (роженица) получает индивидуальный пакет со стерильным

бельем (полотенце, рубашка, халат), чистую обувь и направляется в профильное отделение.

После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

Второе акушерское (обсервационное) отделение (отдельная боксированная палата физиологического родильного или послеродового отделения)

Во II отделение госпитализируют беременных, рожениц и родильниц, имеющих:

- лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинически выраженных симптомов);

- длительный безводный период, излитие околоплодных вод за 12 ч и более до поступления в стационар;

- инфекционную патологию, в том числе воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей; воспалительные заболевания другой локализации (пневмония, отит и др.); острые респираторные заболевания; кожные заболевания инфекционной этиологии; инфекционные процессы половых путей (кольпит, цервицит, кондиломы); инфекции с риском внутриутробного поражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения медицинского персонала (ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, D, гонорея); генитальный герпес, листериоз, токсоплазмоз, туберкулез;

- внутриутробная гибель плода; аномалии развития плода;

- злокачественные новообразования;

- родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течение 24 ч после родов);

- необследованные роженицы и при отсутствии медицинской документации.

Переводят заболевших беременных из отделения патологии и родильниц из физиологического послеродового отделения при осложненном течении послеродового периода (эндометрит, нагноение швов промежности, швов после операции кесарева сечения и др.).

В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят родильницу.

Правила содержания обсервационного отделения. Уборку палат проводят 3 раза в сутки: 1 раз с моющими средствами и 2 раза с дезинфицирующими растворами и последующим бактерицидным облучени-

ем, 1 раз в 7 дней проводят дезинфекцию палат. Инструменты дезинфицируют в отделении, затем передают в центральную стерилизационную. При переходе медперсонала в наблюдательное отделение – смена халата и обуви (бахилы). Сцеженное молоко для кормления детей не используют. Пациенток следует размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных – отдельно от родильниц.

При выявлении у беременной, роженицы или родильницы гнойно-воспалительного процесса, в связи с которым ее дальнейшее пребывание в акушерском стационаре представляет эпидемиологическую опасность, женщина подлежит переводу в специализированный стационар соответствующего профиля.

Отделение патологии беременных

Отделение патологии беременных организуют в родильных домах мощностью более 100 коек. В отделение патологии подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами (преэклампсией), невынашиванием беременности, плацентарными нарушениями, неправильными положениями плода, сужением таза и др.). В отделении работают врачи акушеры-гинекологи, терапевт, окулист, невропатолог. В отделении оборудуются кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ, смотровой кабинет, процедурный кабинет. При улучшении состояния здоровья беременных выписывают домой. С началом родовой деятельности рожениц переводят в соответствующие родильные отделения. В настоящее время создают отделения патологии санаторного типа.

Для оказания квалифицированной помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями родильные отделения на базах клинических больниц работают по определенному профилю (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, инфекционные заболевания и др.).

Родильный блок

Предродовые и родильные палаты могут быть представлены отдельными боксами. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой.

В предродовой необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезболивания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ.

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемиологический режим: температура в помещении не менее +18 °С до +25 °С; влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки – с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, использование приточно-вытяжной вентиляции с бактериальной очисткой воздуха, при ее отсутствии – использование стандартного оборудования (бактерицидных облучателей).

Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать и судно дезинфицируют.

Врач и акушерка ведут постоянное наблюдение за роженицей, течением I периода родов. На каждую роженицу заполняется партограмма. Каждые 2 ч врач производит запись в истории родов (с использованием автоматизированных компьютерных систем), в которой отражает общее состояние роженицы, пульс, АД, характер схваток, состояние матки, сердцебиение плода (в I периоде его выслушивают каждые 15–30 мин, во II периоде – после каждой схватки, потуги), отношение предлежащей части ко входу в малый таз, сведения об околоплодных водах. Каждые 3 ч в родах записывается кардиотокография. Акушерка отражает данные АД, пульса, сердцебиения плода, характера выделения из половых путей в партограмме. Врач отображает в партограмме степень раскрытия маточного зева.

В родах по показаниям проводят медикаментозное обезболивание с использованием спазмолитиков и анальгетиков, транквилизаторов, наркотических средств, широко используются методы регионарной анестезии. Обезболивание родов могут проводить врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог-реаниматолог или опытная сестра-анестезист.

Влагалищное исследование производят при поступлении в родильный дом, после излития околоплодных вод, а затем каждые четыре часа; при наличии показаний и чаще. Влагалищное исследование проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики с взятием мазков на флору.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инст-

рументами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

Во II периоде родов (период изгнания) роженицу переводят в **родильный зал** или формируют кровать-трансформер в родильное положение. Роженице надевают стерильную рубашку и бахилы. **На родах обязательно присутствие врача-акушера и неонатолога.** Нормальные роды принимает акушерка под руководством врача, патологические роды принимает врач-акушер-гинеколог.

Перед приемом родов акушерка моет руки, как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов. Новорожденных принимают в стерильный, согретый, покрытый стерильной пленкой лоток. Перед вторичной обработкой пуповины акушерка повторно обрабатывает руки (профилактика гнойно-септической инфекции).

Динамику родов и исход родов фиксируют в истории родов и в «Журнале записи родов в стационаре», а оперативные вмешательства – в «Журнале записи об оперативных вмешательствах в стационаре».

После родов все лотки, баллоны для отсасывания слизи, катетеры и др. подвергают обеззараживанию. Одноразовые инструменты, предметы и т. п. выбрасывают в специальные баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Кровати обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Родильные залы функционируют поочередно, но не более трех суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем.

Малые операционные могут быть в родильном блоке предназначены для выполнения всех акушерских пособий и оперативных вмешательств, которые не требуют чревосечения и осмотра мягких родовых путей после родов. Также допустимо подобные вмешательства производить в современных родильных залах, которые изначально оборудованы всем необходимым для этого. Большая операционная родильного отделения предназначена для экстренных чревосечений (большое и малое кесарево сечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Правила санитарно-эпидемического режима такие же.

В родильном блоке родильница и новорожденный после нормальных родов находятся в течение двух часов, а затем их переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания (отдельные палаты для матери и новорожденного или палаты-боксы для совместного пребывания матери и ребенка).

Акушерское (послеродовое) отделение

Послеродовые палаты должны быть просторными, на 3–4 койки. Температура в палатах +20 °С – +25 °С. Палаты заполняют циклично в соответствии с палатами для новорожденных в течение трех суток и не более.

Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных – уборку с использованием дезинфицирующих средств. После каждой влажной уборки включают бактерицидные очистители воздуха на 30 мин. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. Постельное белье меняют 1 раз в 3 дня, рубашки – ежедневно, подкладные – первые 3 дня через 4 ч, затем – 2 раза в день или по требованию в необходимых случаях.

После перевода родильницы во II отделение или выписки всех родильниц палаты обрабатывают по типу заключительной дезинфекции.

При появлении признаков инфекции родильница и новорожденный должны быть немедленно переведены во II акушерское отделение.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов – 3–5 сут. В новом уложении появилось официальное разрешение выписывать родильниц на 3-и сутки при отсутствии противопоказаний, при неосложненном течении послеоперационного периода после операции кесарева сечения – на 4-е сутки.

Перед выпиской родильнице предлагается проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 мес до 2 лет с момента рождения ребенка).

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

Отделение новорожденных

Комната для новорожденных родильного блока оснащена специальным оборудованием: совместными пеленальными и реанимационными столами, электроотсосами, аппаратами для проведения искусст-

венной вентиляции легких, детским ларингоскопом, набором трубок для интубации, биксами со стерильным материалом, пакетами для вторичной обработки пуповины, стерильными наборами для пеленания детей, лекарственными препаратами и др.

Палаты для новорожденных выделяют в физиологическом и обсервационном отделениях. Наряду с палатами для здоровых новорожденных выделяют палаты для недоношенных детей и детей, перенесших внутриутробную гипоксию и родившихся в асфиксии. Для здоровых новорожденных может быть организовано совместное пребывание с матерью в одной палате.

В отделении выделена молочная комната, комнаты для хранения БЦЖ, чистого белья, матрацев, инвентаря.

В отделении соблюдают такую же цикличность заполнения палат, параллельно с материнскими палатами. Палаты для новорожденных должны быть обеспечены централизованной подачей кислорода, бактерицидными лампами, теплой водой. Температура в палатах не должна быть ниже $+20\text{ }^{\circ}\text{C}$ – $+24\text{ }^{\circ}\text{C}$. Оснащение палаты обеспечивается необходимыми лекарственными средствами, перевязочным материалом, инструментами, кувезами, пеленальными и реанимационными столами, аппаратурой для инвазивной терапии, аппаратом УЗИ.

В детском отделении осуществляется строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима: мытье рук, одноразовые перчатки, обработка инструментов, мебели, помещений. Использование масок персоналом показано только при инвазивных манипуляциях и при неблагоприятной эпидемиологической обстановке в родильном доме. В течение всего пребывания в родильном доме для новорожденных используют только стерильное белье. В палатах 3 раза в сутки проводят влажную уборку: 1 раз в сутки с дезинфицирующим раствором и 2 раза с моющими средствами. После уборки включают на 30 мин бактерицидные лампы и проветривают помещение. Проветривание и облучение палат открытыми бактерицидными лампами осуществляют только во время отсутствия детей в палатах. Использованные пеленки собирают в баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Баллончики, катетеры, клизмы, газоотводные трубки после каждого использования собирают в отдельные емкости и подвергают дезинфекции. Используемые инструменты подлежат стерилизации. Неиспользованный перевязочный материал подлежит повторной стерилизации. После выписки все постельные принадлежности, детские кровати и палаты подвергают дезинфекции.

При неосложненном течении послеродового периода у матери новорожденный может быть выписан домой при отпавшем остатке пуповины, положительной динамике массы тела. Больных и недоношенных новорожденных переводят в неонатальные центры, детские стационары на **2-й этап выхаживания**.

Выписная комната находится вне детского отделения и должна иметь выход непосредственно в холл акушерского стационара. После выписки всех детей в выписной комнате проводят дезинфекцию.

В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды. При наличии в родильном стационаре детского реанимационного отделения необходимо наличие транспортного реанимационного бокса.

Основные показатели деятельности акушерского стационара.

Материнская смертность. Всемирной организацией здравоохранения «материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

Случаи материнской смертности подразделяются на группы:

– смерть, непосредственно вызванная акушерскими причинами, то есть наступившая вследствие акушерских осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также в результате неправильной тактики лечения;

– смерть, косвенно обусловленная акушерской причиной, то есть наступившая в результате существовавшей ранее болезни, прямым образом не связанная с беременностью или другими акушерскими причинами, но проявления которой были усилены физиологическими эффектами беременности;

– случайная смерть, не связанная с беременностью, родами, послеродовым периодом или ее осложнениями и лечением.

Материнская смертность = (Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности / Число живорожденных) × 100 000.

Перинатальная смертность, ‰ = (Число живорожденных + число детей, умерших в первые 168 ч / Число родившихся детей (живых и мертвых)) × 1000.

Мертворождаемость, ‰ = (Число мертворожденных / Число родившихся детей (Живых и мертвых)) × 1000.

Ранняя неонатальная смертность, ‰ = (Число детей, умерших в первые 168 ч / Число детей, родившихся живыми) × 1000.

Другие показатели:

- количество преждевременных родов;
- количество операций кесарева сечения;
- частота акушерских кровотечений;
- травматизм матери и плода;
- гнойно-септические заболевания матери и плода;
- детская заболеваемость.

В настоящее время оценка состояния службы родовспоможения проводится не только путем анализа материнской смертности, но и включает оценку критических состояний беременных, рожениц и родильниц, так называемые случаи «**near miss**».

«**Near miss**» – это пациентки с органной дисфункцией, требующие интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение, которые погибли бы при отсутствии проведения соответствующего лечения.

Согласно данным ВОЗ (2009), критериями состояния «near miss» являются дисфункция сердечно-сосудистой, дыхательной систем, почечная и/или печеночная недостаточность, дисфункция системы коагуляции (ДВС-синдром), маточная дисфункция (гистерэктомия вследствие инфекции матки или кровотечения).

Новое в законе Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н.

Минздрав РФ утвердил новый порядок оказания медпомощи по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования ВРТ и искусственного прерывания беременности)» и «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности)» (приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н).

Профильные медицинские организации применяют документ с начала 2021 г. до начала 2027 г. Он заменил действующий порядок (приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н), который с 1 января 2021 г. утратил силу.

Изменилась частота врачебных осмотров женщин при физиологическом течении беременности.

Минимальное количество осмотров гинекологом сокращено с 7 до 5 раз (абз. 1 п. 6 порядка, утв. приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н (далее – Порядок № 572н); абз. 1 п. 6 Порядка, утв.

приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н (далее – Порядок №1130н)).

Стоматолога достаточно посетить 1 раз (абз. 4 п. 6 порядка № 572н; абз. 4 п. 6 Порядка № 1130н).

Осмотр оториноларинголога исключен из числа обязательных.

Терапевт впервые осматривает беременную не позднее 7–10 дней после первичного обращения в женскую консультацию (абз. 3 п. 6 Порядка № 1130н).

Осмотр офтальмолога проводится не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию (абз. 5 п. 6 Порядка № 1130н).

Сократилось число скрининговых УЗИ. Вместо имеющихся трех исследований (абз. 7 п. 6 Порядка № 572н) проводят два (абз. 1, 13 п. 10 Порядка № 1130н): **на сроках 11–14 нед и 19–21 нед**. Для каждого УЗИ определена форма протокола.

По новым правилам врач-акушер-гинеколог делает окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния женщины и плода на сроке **до 20 нед** (п. 7 Порядка № 1130н).

В медицинских организациях используются утвержденные формы медицинской документации, которые приведены в приложениях к приказу Минздрава. В их числе:

– форма обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20) – приложение № 3 к Порядку № 1130н;

– форма карты пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного) – приложение № 7 к Порядку № 1130н;

– форма карты донесения о случае материнской смерти (форма № 003/у-МС-20) – приложение № 10 к Порядку № 1130н.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Айламазян, Э.К. Акушерство : учебник / Э.К. Айламазян. – 9-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

Айламазян, Э.К. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э.К. Айламазян. – 10-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.

Занько, С.Н. Акушерство : учебное пособие / С. Н. Занько [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2017. – 383 с.

Радзинский, В.Е. Акушерство : учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. : ил.

Савельева, Г.М. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1088 с.

Сидорова, И.С. Акушерство : руководство для практикующих врачей / И.С. Сидорова. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 1048 с. : ил.

Стрижаков, А.Н. Акушерство : учебник / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, А.И. Давыдов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1002 с.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Основные функции акушерского стационара.
2. Типы акушерских стационаров.
3. Структура акушерского стационара.
4. Правила приема в роддом.
5. Оснащение смотрового кабинета.
6. Правила допуска к работе персонала родильного дома.
7. Структура и оснащение родильного блока.
8. Документация акушерского стационара.
9. Оснащение родильного зала.
10. Санитарно-эпидемиологический режим послеродового отделения.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Введение	4
Перинатальные центры	6
Первое (физиологическое) акушерское отделение.....	9
Второе акушерское (обсервационное) отделение (отдельная боксовая палата физиологического родильного или послеродового отделения)	11
Отделение патологии беременных	12
Отделение новорожденных	15
Рекомендуемая литература	20
Контрольные вопросы	21

ДЛЯ ЗАМЕТОК

А. Г. Савицкий

**Структура и организация работы женской консультации и
родильного дома. Приказ № 1130н от 20.10.2020**

Учебно-методическое пособие

Редактор *М. С. Башун*
Технический редактор *Г. С. Гайворонская*

Подписано в печать 03.02.2023. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура «таймс». Усл. печ. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 20

Санкт-Петербург, издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41
Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41