



Н. А. ГУСЬКОВА, М. В. СОЛОДЕЙНИКОВА,  
С. В. ХАРИТОНОВА

УЧЕБНИК ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

# АКУШЕРСТВО

Санкт-Петербург  
СпецЛит

**Светлана Васильевна Харитоновна  
Наталья Александровна Гуськова  
Муза Владимировна Солодейникова**

## **Акушерство**

**Серия «Учебник для средних  
медицинских учебных заведений»**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=10239160](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10239160)*

*Акушерство : учебник для средних медицинских учебных заведений:  
ISBN 978-5-299-00387-1*

### **Аннотация**

Учебник акушерства предназначен для студентов медицинских училищ и колледжей. Он написан в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта для специальности «Акушерское дело» 060102 и может быть также рекомендован для обучения по специальностям «Лечебное дело» и «Сестринское дело» в качестве основной и дополнительной литературы. Его могут использовать практические акушерки и фельдшера. В учебнике приведены иллюстрации, схемы, таблицы и справочный материал: терминологический словарь и перечень авторских пособий.

# Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
Глава 1	9
ИСТОРИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ. РОЛЬ АКУШЕРКИ	9
СТРУКТУРА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ.	33
МЕСТО АКУШЕРКИ В СИСТЕМЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	
ФИЛОСОФИЯ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА.	49
РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ МАТЕРИНСТВА, СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ	
АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ	62
АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	83
Конец ознакомительного фрагмента.	95

# **Светлана Харитонов, Наталья Гуськова, Муза Солодейникова Акушерство**

## **УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ**

АД – артериальное давление

АКТГ – адренокортикотропный гормон

АКТГ-РФ – адренокортикотропный релизинг-фактор

АТФ – аденозинтрифосфорная кислота

ВБИ – внутрибольничная инфекция

ВПР – внутриутробные пороки развития

ГУЗ – государственные учреждения здравоохранения

ГТ – гонадотропин

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертыва-

ние

ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем

ЖК – женская консультация

КТГ – компьютерная томография

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ЛГ-РФ – лютеинизирующего гормона релизинг-фактор

ЛТГ – лютеотропный гормон

М-ИФ – меланотропный ингибирующий фактор

М-РФ – меланотропный рилизинг-фактор

МСГ – меланоцитостимулирующий гормон

НАПП – наркозный аппарат прерывистой подачи

ОАА – отягощенный акушерский анализ

ОАГА – отягощенный акушерско-гинекологический ана-

лиз

ОГА – отягощенный гинекологический анамнез

ОПК – оксипрогестерона капронат

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПИТ – палата интенсивной терапии

П-ИФ – пролактин-ингибирующий фактор

ПЛ – плацентарный лактоген

ПрЛ – пролактин

ПРФ – пролактин рилизинг-фактор

РГ – рилизинг-гормон

С-ИФ – соматотропный ингибирующий фактор

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

СТГ – соматотропный гормон

СТГ-РФ – соматотропный рилизинг-фактор

Т – температура

Т-РФ – тиреотропный рилизинг-фактор

ТТГ – тиреотропный гормон

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФКГ – фонокардиограмма

ФСГ – фолликулистимулирующий гормон

ФСГ-РФ – фолликулостимулирующего гормона рилизинг-фактор

ХГ – хорионический гонадотропин

ЦРБ – центральная районная больница

ЦСО – централизованное стерилизационное отделение

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Акушерство – главный предмет для тех, кто выбрал профессию акушерки, изучает физиологические и патологические изменения, происходящие во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также принципы и методы оказания помощи беременным, роженицам и родильницам. Эта многогранная и древняя дисциплина включает черты консервативной и оперативной медицины. За последние 15 лет в области родовспоможения произошло много организационных изменений, внедрены прогрессивные медицинские технологии, используются новые методы диагностики, лекарственные средства и оперативные пособия.

Настоящий учебник составлен в полном соответствии с программой акушерства и требованиями Государственного образовательного стандарта для специальности «Акушерское дело» 060102. Учебник написан в соответствии с классическими акушерскими знаниями с учетом новшеств и изменений в родовспоможении. Авторы использовали в качестве образца лучшие пособия по акушерству, свой собственный педагогический и клинический опыт, пожелания и рекомендации других преподавателей акушерства и опытных акушеров.

Во введении изложены этапы развития акушерства с древних времен до настоящего времени, рассмотрены современ-

ная концепция специальности и роль акушерки в системе родовспоможения, требования Государственного образовательного стандарта к содержанию и уровню подготовки в области акушерства. Представлены современные нормативные документы, на основании которых организована работа учреждений родовспоможения и профилактика внутрибольничной инфекции. В главах подробно, в соответствии с программой предмета, изложены все темы физиологического, патологического и оперативного акушерства. Указаны конкретные обязанности акушерки, особенности ухода, выделены проблемы по ведению беременных, рожениц и родильниц.

Первое издание учебника «Акушерство» вышло в 2005 г., второе – в 2006 г., полностью востребованы, получив положительные отзывы со стороны преподавателей, студентов и практических акушерок. Авторы надеются, что третье издание учебника окажется полезным более широкому кругу специалистов акушерского дела, и будут благодарны всем читателям за предложения по работе над совершенствованием учебника.



# **Глава 1**

## **ВВЕДЕНИЕ В АКУШЕРСТВО**

### **ИСТОРИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ. РОЛЬ АКУШЕРКИ**

Профессия акушерки – одна из наиболее древних. Сначала помощь в родах оказывали старшие родственницы, которые сами много раз рожали и наблюдали большое количество родов. Очевидно, что это были наиболее опытные и умелые пожилые женщины. Однако можно предположить, что не всегда эти «акушерки» могли спасти мать и ребенка, в те времена более всего действовал естественный отбор и выживали сильнейшие.

Позже, точно так же, как это произошло с происхождением ремесел, акушерство выделилось в профессию вместе с врачебной профессией; специалисты в области родовспоможения стали накапливать опыт, применять специальные снаряды и технические приемы. Поскольку о тех временах не осталось письменных свидетельств, можно делать заключения на основании палеонтологических, археологических, этнографических исследований или искать аналогии в развитии медицинской помощи у тех племен, которые живут в ма-

лообитаемых местах планеты и сохраняют первобытно-общинные отношения.

В развитых странах сейчас все женщины получают во время беременности, в родах и после родов квалифицированную помощь специалистов по акушерству.

**Основные этапы развития акушерства.** В древности уровень образования даже профессионально работающих акушеров и врачей был несравненно ниже современного. Наиболее грамотные акушерки обслуживали только привилегированных пациенток. Простые женщины обходились самой примитивной помощью. Помощь в родах была связана с магическими и религиозными обрядами и суевериями, которые часто были бесполезными и даже вредными. В пантеоне богов всех древних религий были богини – защитницы в родах, но они не очень помогали. Материнская и младенческая смертность была обычным явлением. Тем не менее с древних времен постепенно накапливались знания и опыт, методом проб и ошибок врачи и акушерки выбирали более правильные приемы ведения беременности и родов.

К XVIII в. в Европе (а чуть позже и у нас в России) уже появились небольшие акушерские клиники, кафедры, повивальные школы, которые к настоящему времени превратились в развитую медицинскую отрасль. Развитие акушерской науки связано прежде всего с деятельностью выдающихся врачей – сначала общей практики, а потом и специалистов-акушеров. Особенно эффективно проявилась по-

мощь врачей при акушерской патологии.

Первые упоминания о лечении женских болезней и акушерской патологии встречаются в древнеегипетских папирусах. Уже во времена Древнего царства в Египте (4 тыс. лет до н. э.) существовали медицинские школы при религиозных храмах, где из рабов и вольноотпущенных юношей подготавливали врачей; обширными для того времени медицинскими знаниями обладали жрецы.

Около 3 тыс. лет до н. э. (времена Среднего царствования) был составлен свод знаний по лечебному питанию и по лечению женских болезней. В это время уже существовала некая система медицинской помощи, были больницы при храмах, в крупных городах имелись специальные дома для родовспоможения. В папирусе Эберса<sup>1</sup> описаны наряду с другими заболеваниями и женские болезни. В папирусе Смита описаны хирургические инструменты, методы обезболивания и хирургических вмешательств. В более позднем папирусе из Кахуна (2 тыс. лет до н. э.) описаны признаки и методы лечения маточных кровотечений, нарушений менструального цикла, воспалительных заболеваний, сведения об анатомии гениталий, хотя и во многом ошибочные.

Например, египтяне считали, что в дне матки имеется отверстие. Возможно, при бальзамировании умерших во время родов женщин они находили разрыв матки. Был разработан метод для диагностики беременности: замечено, что зер-

---

<sup>1</sup> Папирусы названы по имени открывших их ученых.

но быстрее проросло, если его поливали мочой беременной женщины (в XX в. доказано, что это наблюдение правильно). В Египте были акушерки, которые оказывали профессиональную помощь при родах: роженицу сажали на сложенные стульчиком теплые кирпичи; применяли средства, усиливающие сокращения матки; в случае смерти роженицы ребенка извлекали из чрева матери хирургическим путем.

В древней Месопотамии и древнем Иране существовала развитая медицина. Были специалисты-врачи по родовспоможению, применялись лекарственные средства для лечения женских болезней и наркотические препараты для обезболивания родов. Так же как и в древнем Египте, в этих странах пытались изучить физиологические и патологические процессы, много внимания уделяли астрологическим прогнозам, магическим обрядам.

В древней Индии умели применять лекарственные средства из трав и ртути для лечения венерических болезней, использовать йогу для коррекции патологических состояний у беременных и рожениц.

Философские школы древнего Китая использовали свои достижения в медицине, в основе любого метода лечения было философское осознание происходящего и психологическое воздействие на больного. Китайцы разработали диагностику по пульсу, методы диагностики и лечения с использованием специальных точек и др. Метод иглорефлексотерапии и сейчас используется в медицине, в том числе для обез-

боливания родов и лечения патологических состояний в акушерстве. Китайцы знали много лекарственных трав, обезболивающих средств, разработали много гигиенических рекомендаций для поддержания чистоты тела. Лечебные физические упражнения китайской медицины применялись и в акушерстве для исправления положения плода.

Тибетская медицина развивалась под воздействием китайской медицины. Тибетские врачи-монахи учились своему искусству от 15 до 30 лет. Надо было изучить не только медицину, но, чтобы лучше понимать суть вещей, необходимы были широкие познания об окружающей природе, мироздании. С больным предписывалось говорить и действовать «...безобманно, кротко, правдиво и с улыбкой». Наблюдения по диагностике и лечению болезней изложены в трактате «Джудши», что в переводе значит «Четыре доклада». Наиболее сложными считались детские и женские болезни. Были разработаны гигиенические советы, регламентация сна, отдыха, половой жизни, питания, подробно изучены свойства пищи. Тибетские лекарства готовились на основе трав, плодов, корней, минералов, тканей животных и отличались большим разнообразием и эффективностью.

Обширными медицинскими знаниями обладали врачи Древней Греции, которые развивали медицинскую науку и практику на основании опыта более древних культур. Наиболее известный врач этой эпохи *Гиппократ* был представителем целой врачебной династии и врачебной школы. Муж-

чины из рода Гиппократов были врачами, а некоторые женщины – акушерками. В Греции и Риме уже в древности имели представление о влиянии вредных факторов на плод, о пользе гигиены, о наследственной патологии, проводились попытки обезболивания родов и стимуляции родовой деятельности, выполнялись акушерские пособия (поворот плода на ножку, плодоразрушающие операции и др.). Если женщина погибала в родах, то для спасения плода проводили чревосечения. По легенде, так появился на свет сам бог медицины Асклепий (Эскулап), а также великий Гай Юлий Цезарь, что и отражено в названии операции «кесарево сечение». Но скорее всего это легенда. Выдающийся врач Древнего Рима *Цельс* умел проводить операцию по ручному удалению последа и оригинальные пособия по извлечению плода. Медицина Рима и латинский язык стали эталоном для всех более поздних европейских медицинских школ.

В Америке (до проникновения европейцев) у наиболее культурных индейских народов – ацтеков и майя – были известны рецепты для предохранения от беременности и лечения бесплодия, пособия при нормальных и осложненных родах, родостимулирующие (например, хина) и обезболивающие средства. Об этом нам рассказывают древние легенды и миниатюрные скульптуры, изображающих родовой акт и работу акушерки. Роды проводили в теплой бане, в потугах роженица находилась в полусидячем положении. Но, несмотря на все применяемые приемы, число осложнений, в том чис-

ле смертельных, было велико, иначе не было бы среди богов специального божества, опекающего детей и женщин, умерших в родах.

В средневековье в Европе были утрачены некоторые методики, не разрешалось проводить обезболивание в родах, производить вскрытие. Некоторым оазисом для развития науки, в том числе медицины, являлась Византия, устраивались больницы, были очень большие лечебницы с разнообразными отделениями (хирургическое, инфекционное). Даже название «лазарет» пришло к нам из Византии (инфекционная лечебница при церкви святого Лазаря). В женских монастырях находили пристанище беременные женщины, там совершенствовался опыт при родоразрешении.

Византийская монастырская культура оказала влияние на русскую монастырскую медицину.

В Европе научная и практическая медицина развивалась главным образом в тех университетах, где было меньшее влияние христианской церкви (в Салерно, Монпелье, Болонье).

На Востоке в средние века было много знаменитых врачей, которые, несмотря на запреты религии, развивали методы диагностики осложнений родов и гинекологических заболеваний, в том числе и по пульсу. Они воспользовались наследием античной медицины. Известный врач *Ибн-Сина (Авиценна)* владел многими акушерскими манипуляциями.

В Европе возрождение акушерства началось с XVI в. Фал-

лопием были описаны строение и функции маточных труб, которые позже стали называть фаллопиевыми трубами, он исследовал также развитие зародыша.

Выдающийся французский хирург *Амбруаз Паре* в XVI в. возродил и усовершенствовал акушерские пособия, применявшиеся в древности (например, поворот на ножку). Его ученица *Луиза Буржуа* была очень известной акушеркой, имела большую практику, обучала акушеров и оставила монографию об акушерских и гинекологических болезнях. В самом начале XVII в. шотландцем *Чемберленом* были изобретены акушерские щипцы, правда, он держал свое изобретение в секрете.

Подъем в развитии акушерства начался в конце XVII в. и особенно в XVIII в. Французский врач *Ф. Морисо* написал труд о болезнях беременных и рожениц и предложил ряд акушерских пособий для родоразрешения при патологических родах. Нидерландский врач *Х. Девентер* подробно изучил таз и дал характеристики нормальным и патологическим формам таза. Другой голландец *Ж. Пальфин* предложил в 1723 г. новую модель акушерских щипцов, на основе которой позже были созданы все последующие модели (французская модель *А. Левре*, немецкая — *Ф. Негеле*, английская — *Дж. Симпсона*).

Деятельность врачей известна больше, чем акушеров. Однако сохранились записки фрисландской (голландской) акушерки *Катарины Шредер* (1656 – 1746). Она описала 400



наиболее интересных случаев с указанием оперативных и лекарственных методов, которые она применяла в акушерской практике, причем из этих записок следует, что акушерская помощь в Голландии в эти годы была на высоком уровне и оказывалась не только знатным и богатым, но и женщинам среднего и низшего сословия. Акушерки имели представление о биомеханизме родов, течении и ведении беременности и родов.

В XVIII в. во многих европейских городах были открыты родильные дома, но смертность в них была очень велика из-за родильной горячки. В XIX в. в связи с изобретением наркоза, внедрением методов асептики и антисептики более успешно стали применяться оперативные методы родоразрешения, особенно акушерские щипцы; ручное обследование матки; рассечение промежности и даже кесарево сечение. Но число акушерских осложнений, материнская и детская смертность продолжали оставаться очень большими, а полостные операции были крайне опасны из-за несовершенства оперативных методов.

В XX в., и особенно во второй его половине, акушерство стало более безопасным для матери и плода. Это стало возможным из-за стремительного развития всех отраслей научной и практической медицины. Эндотрахеальный наркоз, перидуральное и внутривенное обезболивание, антибиотики, развитие трансфузиологии и инфузионной терапии, успехи неонатологии, фармакологии, массовая под-

готовка квалифицированных специалистов, строительство специально оборудованных учреждений родовспоможения позволили женщинам не бояться родов и не относиться к ним как к смертельной и фатальной опасности.

**Развитие родовспоможения в России.** В древности в России помощь оказывали бабки-повитухи. Некоторые из них были умелыми и наблюдательными, использовали приемы для исследования беременных и рожениц, применяли травяные растворы, стимулирующие родовую деятельность, кровоостанавливающие, средства для лечения полового бессилия, бесплодия. Роды принимали обычно в бане, в чистоте и изоляции от прочих членов семьи. Использовались и заговоры, которые иногда помогали в качестве психотерапевтического метода. Однако было множество и неграмотных повитух, которые к тому же применяли примитивные abortирующие средства, что часто приводило к серьезным осложнениям и смерти.

Медицина на Руси развивалась за счет монастырской и военной медицины. Светская лечебная наука и практика появились позже, и на них оказали влияние античная, византийская, европейская и восточная медицина. При дворах русских царей еще в средние века находились приглашенные иноземные лекари, которым предписывалось обучать русских учеников. Были и придворные повитухи, кормилицы, которые помогали подобрать для царя здоровую и целомудренную невесту. Каждая претендентка подвергалась меди-

цинскому осмотру со стороны таких бабок. Они же, вместе с кормилицами, смотрели за здоровьем будущих наследников. Аналогичные услуги могли себе позволить только богатые и знатные люди.

Официально аптекарский Приказ (аналог современного медицинского министерства) был основан уже во времена царствования Ивана Грозного. Более серьезный уровень медицины был во времена царя Алексея Михайловича, и особенно – Петра Первого. В период их царствования в Россию приглашались медицинские специалисты, в том числе и акушерки, для обслуживания знати; много русских посылалось за границу для обучения медицине.

В XVIII в. у России были очень тесные связи с Голландией. Эта страна оказала влияние не только на развитие нашего кораблестроения и мореплавания, но и медицины, и в частности акушерства. Придворным врачом Петра Первого был доктор *Николай Бидлоо* (1670 – 1735) из Амстердама. В течение 20 лет с Бидлоо сотрудничала акушерка *Энгельбрехт*, также приехавшая из Амстердама; они оба оказывали акушерскую помощь на дому. Бидлоо способствовал открытию в 1707 г. Московского госпиталя, при котором обучали лекарей и оказывалась акушерская помощь. Уже после его смерти было открыто специальное акушерское отделение.

В 1733 г. в Москве и Петербурге при госпиталях были открыты лекарские школы, в которых начали готовить отечественных врачей.

Развитию отечественной медицины и медицинского образования, в том числе и акушерской специальности, способствовал придворный врач *П. З. Кондоиди* (1710 – 1760). Грек по происхождению, он вырос в России, получил очень хорошее образование, медицине учился в Голландии (в Лейденском университете). Под руководством П. З. Кондоиди в Москве и Петербурге в 1754 г. открываются акушерские школы (они тогда назывались повивальными). Обучение там велось немецкими врачами, и обучались главным образом немки. До конца XVIII в. было подготовлено этими двумя школами всего 65 акушерок. В 1754 г. при Императорском дворе появилась должность придворной акушерки, на которую первой была назначена голландка *Адриана Ван дер Шаар*. Она наблюдала во время беременности царевну Екатерину Алексеевну (будущую императрицу Екатерину II) и принимала у нее роды.

В 1757 г. был учрежден статус присяжной акушерки, или повивальной бабки, которую экзаменовали, допускали к работе и предписывали ее обязанности. В это время в Петербурге было зарегистрировано всего 14 акушерок, а в Москве – 5.

Кафедры акушерства и первые маленькие родильные приюты организовываются со второй половины XVIII в. Многие передовые образованные люди того времени, в том числе великий ученый М. В. Ломоносов, придворный вельможа И. И. Бецкой, считали, что для сохранения народа российско-

го необходимо улучшение медицинской и, в частности, акушерской помощи не только для привилегированных кругов, но и для простого населения. Вопрос о снижении рождаемости и высокой детской и материнской смертности обсуждался в правительстве. В 1764 г. в Москве и в 1771 г. в Петербурге были открыты воспитательные дома, при которых оказывали акушерскую помощь бедным женщинам. Царствующие императрицы с сочувствием отнеслись к проблеме развития акушерской помощи. В 1764 г., уже при Екатерине II, в Московском университете открылся медицинский факультет, на котором лекции по анатомии, хирургии и акушерству стал читать приглашенный из Страсбурга профессор *И. Эразмус*. Этот врач первым в России выполнил операцию кесарево сечение. Страсбургская акушерская школа вообще оказала большое влияние на развитие акушерства в России, так как именно оттуда приглашались в Петербург и Москву врачи, там проходили стажировку и обучение русские специалисты.

Первым русским выдающимся акушером и отцом российского акушерства по праву считается *Нестор Максимович Максимович-Амбодик* (1744 – 1812). Он учился в Киевской духовной академии, лекарской школе при сухопутном госпитале в Санкт-Петербурге, затем закончил медицинский факультет Страсбургского университета и там же защитил диссертацию. В России Максимович-Амбодик первым начал читать лекции по повивальному искусству на русском языке,

в 1781 г., не оставляя медицинской практики, возглавил в Петербурге новую бабичью (акушерскую) школу. Анализируя причины материнской и детской смертности, он пришел к выводу о недостаточном уровне подготовки повивальных бабок, вложил много сил и средств в реорганизацию процесса подготовки акушерок, внедрил фантомный курс, практические занятия у постели роженицы, написал первое и превосходное по своему уровню акушерское пособие на русском языке, подготовил много врачей и акушерок. Первым в России применил акушерские щипцы, предложил свои оригинальные акушерские методики и инструменты. Максимович-Амбодик не смог реализовать до конца свои планы из-за засилья иностранных авторитетов, придворных интриг и ухудшения здоровья. Во вновь организованном Императорском повивальном институте он выполнял лишь роль консультанта, хотя отдал основанию этого учреждения много сил. В последние годы жизни Максимович-Амбодик продолжал заниматься частной акушерской практикой и частными уроками акушерства. Он известен как выдающийся анатом, ботаник, философ, поэт, исследователь геральдики, автор многих научных словарей и сборников и по праву может называться великим русским просветителем и энциклопедистом.

На пожертвования императрицы Марии Федоровны (венценосной супруги императора Павла I) 8 сентября 1797 г. открылся Повивальный институт, который включал: родиль-

ный госпиталь на 20 кроватей и Повивальную школу для 22 воспитанниц, которые были на полном казенном обеспечении. Первое время туда брали молодых девушек-сирот, которым давали сначала общее образование, потом специальное медицинское. Выпускницам школы давали деньги, приданое, транспорт и сопровождающего до места службы. Позже в школу стали брать более взрослых девушек и женщин – от 18 до 40 лет. Поступающим необходимо было иметь свидетельство в политической благонадежности, согласие на поступление от родителей или мужа, проверялось умение правильно писать и читать на русском языке и знание иностранного языка (предпочтительно немецкого). При поступлении ученица давала обязательство, что, получив специальность, отслужит 6 лет или вернет казне плату за обучение (200 рублей серебром – сумма по тем временам очень большая). В правилах для учениц было записано: «учиться самопожертвенно, кротко слушаться наставников, стараться ухаживать за больными, избегать споров с соученицами, беречь казенное оборудование». Постепенно школа была расширена, так же как и программа обучения, в которую кроме акушерской науки были включены анатомия, гигиена, физиология, химия, физика и другие предметы в соответствии с достижениями того времени. В обучении участвовали акушерки, врачи и даже известные профессора, такие как *А. Я. Крассовский*, *Д. О. Отт*, *В. В. Строганов*. Ученицы дежурили в клинике, которая вместе с Повивальной школой за столетие претер-

пела изменения.

За период 1797 – 1897 гг. было выпущено 3600 присяжных повивальных бабок. В клятве, которую давали акушерки, было записано: «Клянусь всемогущим моим Богом перед святым его Евангелием... с ревностью и исправностью к роженницам богатым и убогим... днем и ночью... немедленно ходить, усердие им оказывать... к муке напрасно не склонять». За период 1901 – 1917 гг. было выпущено 3800 учениц – больше, чем за первые 100 лет. Это связано с ростом родовспомогательных учреждений как в Петербурге, так и в других городах. После обучения выпускницы распределялись в том числе в губернии: Самарскую, Нижегородскую, Екатеринбургскую; в Крым, Варшаву, Фергану, Читу, Уссурийский край и даже в Харбин (Китай).

В клиническом отделении института за первые сто лет было принято 45 тыс. родов, здесь были внедрены все новейшие по тем временам методики и разработаны новые, что позволило уменьшить и материнскую, и младенческую смертность. Для выхаживания недоношенных новорожденных применялся специальный паровой кювез.

В начале XX в. Повивальный институт, возглавляемый в то время Д. О. Оттом, получил новое, совершенное по тем временам, здание. Теперь в этом здании находится Институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта, названный в честь выдающегося ученого и врача. А Повивальная школа со временем отделилась от клиники, получила новое учебное зда-



ние и называется теперь Санкт-Петербургским акушерским базовым колледжем.

В течение XIX – XX вв. в России открылось более 200 медицинских школ и училищ, которые по современным программам обучают квалифицированных акушеров и медицинских сестер.

В 1798 г. в Санкт-Петербурге была организована Медико-хирургическая академия (ныне Военно-медицинская академия), в 1832 г. в ней была открыта акушерская кафедра, которую сначала возглавил *С. Ф. Хотовицкий*, а с 1848 г. – талантливый ученик *Н. И. Пирогова* *А. А. Кутер*. Он способствовал развитию хирургических навыков у акушеров-гинекологов, первым выполнил в России влагалищную экстирпацию матки. Наибольшее развитие кафедра получила при *А. Я. Крассовском* (1823 – 1898), который был учеником *А. А. Кутера* и *Н. И. Пирогова*. *А. Я. Крассовский* поднял акушерскую профессию на очень высокий уровень. По его инициативе были построены многие акушерские клиники, издан акушерский журнал, основано общество акушеров-гинекологов, подготовлено много выдающихся специалистов, изучены важнейшие проблемы и внедрены новые методики. Он особенно глубоко изучал узкие тазы, акушерские кровотечения, профилактику инфекционных осложнений, первым успешно удалил опухоль яичника, первым в Петербурге выполнил успешную операцию кесарево сечение и операцию удаления матки путем лапаротомии. *А. Я. Крас-*

совский – автор учебников и руководств по практическому консервативному и оперативному акушерству. У него было много выдающихся учеников и последователей, таких как *В. С. Груздев, И. Ф. Баландин, Д. О. Отт*, которые сами потом возглавили акушерские клиники и кафедры в Петербурге и других городах России.

Следует вспомнить, что *А. Я. Крассовский* сыграл важную роль в судьбе первой в истории мировой и отечественной медицины женщины – врача-акушера *В. А. Кашеваровой-Рудневой* (1844 – 1890). *А. Я. Крассовский* отметил большие способности к учебе и огромное трудолюбие ученицы Повивального института, помог ей поступить в Медико-хирургическую академию и закончить обучение. После окончания Академии в 1868 г. она открыла собственную частную акушерскую практику, в 1876 г. защитила диссертацию на звание доктора медицины, выступала с лекциями за границей, написала книгу об анатомии и физиологии женщины. Опыт *В. А. Кашеваровой-Рудневой* показал, что женщина может быть прекрасным практическим врачом и научным работником. В 1898 г. был открыт первый Женский медицинский институт, а после революции женщины получили равные с мужчинами права, и теперь у нас женщин-врачей, и особенно акушеров, больше чем мужчин. Многие женщины-врачи стали выдающимися учеными (академик *Г. М. Савельева*, профессор *М. А. Репина* и др.).

В Москве Повивальный институт при Московском уни-

верситете с Родильным госпиталем для бедных открылся в 1806 г., директором был профессор *Рихтер*. Это учреждение было закрыто в связи с войной 1812 г., но с 1820 г. открылось вновь. В 1846 г. открылась Факультетская акушерская клиника.

Важную роль для развития научного и клинического акушерства, и особенно гинекологии, сыграл выдающийся врач *Вл. Ф. Снегирев* (1847 – 1916/17). Он закончил Московский университет, работал врачом общей практики, защитил диссертацию о внематочной беременности, предложив оперативный метод лечения. Пройдя стажировку в нескольких европейских клиниках, он в 1875 г. стал доцентом клиники женских болезней Московского университета, а через 10 лет ее профессором. Сначала в гинекологическом отделении была одна палата на 4 койки. Но стараниями молодого доцента отделение расширялось. Выполнялись сложные по тем временам гинекологические операции. Проводились научные исследования и подготавливались квалифицированные кадры для Москвы и многих городов России. Благодаря *Вл. Ф. Снегиреву* было открыто несколько гинекологических отделений в московских больницах, в 1889 г. – образцовая гинекологическая клиника Московского университета на Девичьем поле на частные пожертвования, а в 1896 г. – институт усовершенствования врачей, директором которого стал *Вл. Ф. Снегирев*. Помимо оперативных методов лечения он внедрял физиотерапевтические методы при лечении воспа-

лительных заболеваний, лучевую терапию при лечении рака гениталий.

Большой вклад в развитие акушерства внесли также *И. Ф. Баландин, Д. О. Отт, Н. И. Побединский, В. В. Строганов, А. П. Губарев, В. С. Груздев, К. К. Скробанский* и др.

Отдельно необходимо отметить выдающуюся роль *Дмитрия Оскаровича Отта*, который в 1893 г. возглавил Повивальный институт в Петербурге. Клинический отдел института в то время был небольшим. Благодаря активной деятельности придворного акушера *Д. О. Отта* было построено огромное новое здание с целым комплексом служебных корпусов. Здесь все было совершенно: и само здание, построенное на конкурсной основе по проекту архитектора Л. Н. Бенуа, и медицинское оборудование, удивительные для того времени операционные, родильные залы, послеродовые палаты, физиотерапевтическое отделение, учебные аудитории, залы для собраний. Здесь были водопровод, паровое отопление, мягкое искусственное освещение. Чтобы исключить оседание пыли, стены покрыли стекловидной массой, закруглили углы, сделали скрытую проводку. Воздух, подаваемый в палаты, летом забирался в гуще сиреневых кустов, проходил через бумажейные фильтры, увлажнялся над бассейном с фонтанчиками, согревался до необходимой температуры, поступал по каналам. В палаты подавалась стерильная вода. В зале был орган для услаждения больных и изучения влияния музыки и звуков на здоровье беремен-

ных. Д. О. Отт был прекрасным организатором, великолепным врачом акушером-гинекологом с прекрасной оперативной техникой, талантливым педагогом, который усовершенствовал программы подготовки и повышения квалификации врачей и акушеров, был одним из организаторов Женского медицинского института и профессором кафедры акушерства. Он предложил много новых медикаментозных и хирургических методик в акушерстве и гинекологии, добился по тем временам превосходных показателей в работе.

К началу XX в. акушерская помощь в Москве и Петербурге, а также в некоторых других крупных городах была организована не хуже, чем в Европе. Но, несмотря на все несомненные достижения, подавляющее большинство простых, и особенно деревенских, женщин рожало без квалифицированной помощи. Во всей стране в 1913 г. насчитывалось только 7500 акушерских коек, а медицинскую помощь в родах получали только 5 – 6 % женщин.

Коренным образом положение изменилось после революции 1917 г., когда женщины были политически уравнены в правах с мужчинами и в то же время получили уникальные возможности для обследования здоровья, бесплатную, а со временем и доступную высококвалифицированную помощь во время беременности и родов. Были организованы женские консультации, введены декретные отпуска для беременных и родильниц: сначала всего на 56 дней, а с 1956 г. – по 56 дней до и после родов. Теперь этот отпуск суммарно

составляет 140 дней у здоровых женщин и 156 дней при осложнениях. Были разработаны и стали применяться схемы диспансеризации беременных, методы психопрофилактической подготовки. Было построено много современных родильных домов, причем эти преобразования затронули не только город, но и сельскую местность. К 1940 г. количество акушерских коек достигло почти 139 тыс. Даже в самое тяжелое военное время проявляли заботу о женщине-матери. В 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания „Мать-героиня” и учреждении ордена „Материнская слава”».

Со временем положительный опыт советских акушеров был заимствован во многих других странах, где также было введено бесплатное обслуживание для беременных и рожениц, введены материальные пособия для матерей. Сейчас в стране работает 265 родильных домов и 2027 женских консультаций (по данным 2002 г.). Общее количество акушерско-гинекологических коек составляет почти 195 тыс. Помощь по поводу беременности и родов оказывают 38 тыс. акушеров-гинекологов и 94 тыс. акушеров.

К концу XX века более чем в полтора раза сократилась рождаемость. Это связано со сложными социальными и экономическими проблемами в нашей стране. Снижение рож-

даемости может нарушить демографию, а вследствие этого приведет к проблеме трудовых ресурсов, вызовет новые социальные, экономические и культурные проблемы. В этих условиях еще актуальнее охрана здоровья матери и плода.

В последние годы организованы современные перинатальные центры, построены новые родильные дома, усовершенствовано их оборудование. Применяется более индивидуальный подход к ведению беременности и родов, организованы индивидуальные родильные палаты, совместное пребывание матери и ребенка.

Внедрением новых медицинских технологий и подготовкой специалистов занимаются акушерские кафедры многих институтов и университетов. Усовершенствованы программы подготовки врачей и акушерок. Новые оперативные и консервативные методики позволили значительно уменьшить число акушерских осложнений.

В новом XXI веке рождаемость постепенно восстанавливается. Этому способствуют социальные программы, повышение уровня жизни.

Неоценим вклад в развитие акушерства врачей советского периода, таких, как *М. С. Малиновский, Л. С. Персианинов, И. И. Яковлев, В. И. Бодяжина*, удостоенных высоких научных степеней и званий, и многих других. В последние два десятилетия возглавляли научные исследования и практическую работу ведущих учреждений родовспоможения России известные своей научной, клинической и педагогической де-

тельностью акушеры-гинекологи В. Н. Серов, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков, Е. А. Чернуха, В. И. Краснопольский, Г. М. Савельева, А. Д. Макацария, Э. К. Айламазян, В. В. Абрамченко, Н. Г. Кошелева, М. А. Репина, Б. Н. Новиков, Ю. А. Гуркин и многие другие.

Появились новые формы повышенного и высшего образования для акушеров, и теперь в нашей стране есть немало акушеров с высшим образованием, которые достойно выполняют лидирующую роль в профессии «акушерское дело», возглавляют ассоциации акушеров в крупнейших городах, принимают участие в усовершенствовании работы и учебы акушеров. Важнейшие проблемы обсуждаются на съездах акушеров.

Мы надеемся, что те, кто сейчас только приступили к освоению акушерской профессии, впишут свои имена в историю развития акушерства XXI в. и достигнут больших успехов в охране здоровья матери и ребенка.



# **СТРУКТУРА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ. МЕСТО АКУШЕРКИ В СИСТЕМЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

Основными учреждениями родовспоможения в городах являются женская консультация и родильный дом. Раньше эти учреждения были объединены. В некоторых областях такие объединения продолжают существовать или возобновлены, многие женские консультации являются структурным подразделением поликлинической службы. Женская консультация может быть самостоятельным учреждением.

Учреждения родовспоможения, как любые государственные учреждения здравоохранения (ГУЗ), подчиняются районным, территориальным или городским комитетам по здравоохранению. Городские комитеты подчиняются Министерству здравоохранения. Аналогичные структуры управления существуют в областях, краях, республиках, входящих в состав России. Но главным органом в системе здравоохранения является Министерство здравоохранения России. В каждом головном учреждении имеется отдел по охране материнства и детства, учреждена должность главного специалиста по акушерству и гинекологии.

Клиники медицинских институтов, перинатальные цен-

тры республиканского и федерального значения подчиняются непосредственно министерству. Имеются акушерские учреждения, подчиняющиеся Академии медицинских наук, другим министерствам и ведомствам, например Министерству путей сообщения (схема 1).

Основным документом, по которому была организована работа женской консультации, является Приказ № 50 от 10 февраля 2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях». В нем установлены задачи женской консультации, формы работы, документация. Даны установки по организации наблюдения и медицинской помощи беременным, родильницам, гинекологическим больным, в том числе работницам промышленных предприятий и жительницам села. Даны рекомендации по оценке пренатальных факторов риска. В дополнение издан приказ № 233 от 30 марта 2006 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации».

Организация работы родильного дома строится по Приказу № 55 от 9 января 1986 г. «Об организации работы родильных домов (отделений)». В нем предписан порядок госпитализации в родильный дом, организации работы родильного дома с подробным описанием отделений, дано описание некоторых методов обследования, приемов, применяемых при родоразрешении.

Несмотря на то что эти приказы существенно устарели, в

них содержится много рациональных рекомендаций.



**Схема 1.** Учреждения родовспоможения

***Женская консультация*** является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь (схема 2).

Основной целью работы женской консультации является охрана здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической

помощи во время беременности и в послеродовом периоде, услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, охрана здоровья женщины.

Задачами женской консультации являются:

- оказание акушерской помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, при подготовке к беременности, родам и послеродовому периоду;
- проведение профилактических гинекологических осмотров с целью выявления гинекологических, онкогинекологических и венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем;



**Схема 2.** Структура женской консультации

- применение дополнительных методов диагностики по

уточнению характера акушерской и гинекологической патологии;

- проведение лечения и диспансеризации гинекологических больных;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, контрацепции, профилактике абортов;
- оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- проведение мероприятий по повышению знаний в области санитарной культуры и охраны репродуктивного здоровья;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях дневного стационара и на специализированных акушерско-гинекологических приемах.

Работающие в женской консультации врачи акушеры-гинекологи и акушерки обслуживают по участковому принципу всех женщин участка с их гинекологическими и акушерскими проблемами. Участок, на котором проживает 6 тысяч взрослого населения, обслуживают 1 врач и 1 акушерка.<sup>2</sup> Обычно в женской консультации работает от 10 до 20 участков.

Для консультирования беременных женщин в штате женской консультации имеются терапевт, окулист, стоматолог.

---

<sup>2</sup> В настоящем пособии рассматриваются только акушерские проблемы, работа женской консультации гинекологического профиля изучается в курсе гинекологии.

В женской консультации должны быть кабинеты акушерско-гинекологического приема, процедурные кабинеты, кабинет ультразвуковой диагностики, физиотерапии, лаборатория, помещение для занятий с беременными по подготовке их к родам, помещения для дневного стационара, кабинеты специалистов, операционная для малых амбулаторных гинекологических операций, регистратура, гардероб, вестибюли для посетителей, санитарные и служебные кабинеты и прочие помещения.

Возглавляет работу женской консультации *главный врач* (или заведующий), работой акушеров руководит *старшая акушерка*.

На участке акушерка работает под руководством врача, вместе с врачом ведет прием пациентов, следит за оформлением медицинской документации, диспансеризацией беременных, родильниц, гинекологических больных, проводит патронаж и санитарно-просветительную работу, составляет отчет, подготавливает кабинет и инструменты к приему и отвечает за обеспечение санитарно-эпидемического режима. В отношении беременных с физиологически протекающей беременностью акушерке разрешается вести самостоятельный прием, в случае необходимости – консультироваться с врачом.

Акушерки могут и должны вести занятия по подготовке беременных к родам, по вопросам гигиены беременных. Акушерка может работать в процедурном кабинете, в днев-

ном стационаре, в кабинете по планированию семьи.

**Акушерские стационары** – учреждения для стационарной акушерской помощи: родильные дома или акушерские отделения больниц (схема 3).

Задачи акушерского стационара: обследование и лечение беременных с патологией, подготовка беременных к родам, оказание помощи женщине и новорожденному в родах и послеродовом периоде.



**Схема 3.** Структура родильного дома

Родильный дом имеет следующие отделения:

- приемно-пропускной блок;
- дородовое отделение или отделение патологии беременных;
- родильное отделение;

- физиологическое послеродовое отделение;
- отделение для новорожденных (или палаты для новорожденных, так как в современных родильных домах при совместном пребывании матери и ребенка необходимость в отделении новорожденных отпадает);
- наблюдательное акушерское отделение (и при нем родильные палаты, палаты для новорожденных, послеродовые палаты) – это отделение для внутренней наблюдения, так как заведомо инфицированные женщины должны поступать в родильные дома с внешней наблюдением;
- при некоторых родильных домах могут быть гинекологические отделения;
- помимо клинических отделений должны быть оперативный блок, лаборатория, аптека, физиотерапевтическое отделение, централизованное стерилизационное отделение (ЦСО) административно-хозяйственная часть.

Структура акушерских отделений многопрофильных больниц такая же, только вместо отделений – посты, блоки или палаты. В условиях многопрофильной больницы сложнее проводить профилактику внутрибольничной инфекции, но легче организовать помощь специалистов любого профиля, любое сложное обследование, обеспечение лекарственными средствами, кровью, диагностическим и хирургическим оборудованием.

Беременные в первой половине беременности могут проводить лечение не только в акушерском, но и в гинекологическом



ческом стационаре или отделении.

Акушерские стационары отличаются по количеству коек, отделений и по профилю. Различают родильные дома (отделения):

- для обследованных здоровых женщин (родильные дома общего профиля);
- для обследованных женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией, но без инфекции (специализированные родильные дома);
- для необследованных и инфицированных женщин (родильные дома с внешней обсервацией). Инфицированные женщины с особенно опасными инфекциями в острой стадии (сифилис, СПИД, туберкулез, гепатит, кишечные инфекции, дифтерия и некоторые другие) должны направляться в акушерские отделения инфекционной больницы.

Возглавляет родильный дом *главный врач*, у которого имеются заместители по лечебной работе (*начмед*) и по административно-хозяйственной части. *Главная акушерка* является также заместителем главного врача по организации работы среднего и младшего персонала, инфекционному контролю, контролю за состоянием медицинского оснащения и многим другим важным вопросам. Она должна иметь высокий уровень образования, квалификацию и большой опыт работы, административные способности.

Во главе каждого отделения стоят *заведующие отделениями*, которые в целом отвечают за работу отделения и руко-

водят лечебной работой, в качестве заместителей — *старшие акушерки*, отвечающие за работу среднего и младшего персонала, оснащение и порядок на отделении.

*Практические врачи* осуществляют лечебно-диагностическую (обследование, хирургические вмешательства) и профилактическую (беседы, занятия с персоналом) работу.

*Акушерки* работают во всех отделениях, выполняя под контролем врача лечебно-профилактическую работу: проводят общий и специализированный уход, акушерские пособия, санитарно-профилактические беседы, выполняют назначения врача, оказывают неотложную доврачебную помощь, ассистируют врачу при его диагностической и хирургической работе, подготавливают диагностические и процедурные кабинеты и операционные, отвечают за профилактику внутрибольничной инфекции. Акушерка первой встречает женщину в приемном отделении и последней провожает ее перед выпиской с послеродового отделения. В обязанности акушерки входит оформление и хранение большого количества медицинской документации. В родильных домах больших городов в связи с достаточным врачебным штатом работа в большей степени контролируется врачами. Однако акушерка, так же как и врач, является специалистом в родовспоможении, выполняющим при родоразрешении женщины важнейшие акушерские пособия. В родовспоможении каждый выполняет свои обязанности, работая согласованно, причем врач, доверяя акушерке больше самостоятельности

при работе со здоровыми женщинами (уход, просветительскую работу) и выполнение тех акушерских пособий, которыми владеет акушерка, больше внимания может уделить женщинам с патологией.

Работу по уборке помещений, обработке инструментов, транспортировке, питанию пациентов осуществляет *младший персонал*. Акушерка контролирует работу младшего персонала. Существуют большие перинатальные центры, научно-исследовательские и институтские клиники акушерско-гинекологического профиля, в которых проводится научно-исследовательская работа, оказывается помощь пациентам с самой сложной патологией, ведется обучение и усовершенствование врачей и акушеров.

В последнее время появились хозрасчетные акушерские отделения, в которых предоставляется большой выбор медицинских услуг при создании более комфортных условий по сравнению с государственными учреждениями. Однако в нашем государстве остается и должна оставаться гарантия бесплатной, доступной, качественной квалифицированной медицинской помощи женщине в связи с беременностью и родами, и недопустимо развитие хозрасчетных форм обслуживания в ущерб бесплатным, так как это ущемляет права необеспеченных женщин. Для улучшения обслуживания беременных и рожениц в 2005 г. были введены специальные страховые сертификаты, по которым ЖК и родильные дома получают дополнительную сумму денег качественную

помощь. В 2007 г. эти суммы составляли 3 тыс. для ЖК и 6 тыс. рублей для родильного дома за каждую женщину. Работа женских консультаций и родильных домов тесно связана не только между собой, но и с работой санэпидемстанции, кожно-венерологического диспансера, скорой помощи и детской поликлиники.

### **Помощь жительницам области.**

1-й этап. *Фельшерско-акушерский пункт* (ФАП), который оказывает доврачебную первичную медицинскую помощь. Акушерка ФАП оказывает профилактическую и неотложную помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным. На ФАПе работает только средний медицинский персонал. Для врачебной консультации либо беременная женщина отправляется на следующий этап, либо из района приглашается врач для консультации. Все роженицы, особенно из группы риска, проживающие в отдаленных районах, должны быть в плановом порядке заранее госпитализированы в акушерское отделение. 2-й этап. *Районная больница* – на этом этапе может быть оказана врачебная акушерская помощь как амбулаторная, так и стационарная. Правда, в этих больницах может быть всего один врач акушер-гинеколог. Поэтому и на первом, и на втором этапах очень важна и ответственна деятельность акушерки, которой часто приходится работать самостоятельно, проводить неотложную помощь, особенно в отдаленных районах при сложных погодных или дорожных условиях, когда невозможно транспорти-

ровать женщину в стационар или обеспечить вызов врачебной помощи.

3-й этап. *Центральная районная больница*, при которой имеются акушерское и гинекологическое отделения. Здесь оказывается круглосуточная специализированная акушерская помощь.

При 2-м и 3-м этапах могут быть организованы *женские консультации* и *родильные дома*.

4-й этап. *Областная районная больница*, при которой имеются специализированные акушерские и гинекологические отделения. В такие отделения госпитализируются женщины с тяжелой патологией, при которой необходима консультация высококвалифицированных специалистов не только по акушерству, но и по другим медицинским специальностям. Областные больницы – центры для оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с наиболее серьезной патологией, но это также центры научных исследований и повышения квалификации.

**Показатели работы служб родовспоможения.** Основными показателями, по которым можно судить о качестве работы служб родовспоможения, являются материнская и перинатальная смертность.

*Материнская смертность* рассчитывается на 100 тыс. родов с живыми детьми (живорождений). Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщи-

ны, 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.

Среди причин, приводящих к материнской смертности, наиболее вероятными являются акушерские кровотечения, гестозы, экстрагенитальная патология, внематочная беременность, септические осложнения и др.

Ежегодно в мире в связи с осложнениями беременности и родов умирает около 600 тыс. женщин. Средние показатели смертности в мире – около 430 – 450 случаев на 100 тыс. родов с родившимися живыми детьми. Особенно высока смертность в Африке (главным образом в Восточной и Западной), где эти показатели больше 1000 случаев на 100 тыс., т. е. практически умирает 1 % рожениц. Это обусловлено отсутствием квалифицированной помощи в данных районах. Меньше всего женщин от осложнений беременности и родов погибает в Северной Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии, где эти показатели составляют 11 – 12 на 100 тыс. живорождений.

В России средний показатель материнской смертности в последние годы составляет менее 50 на 100 тыс., причем эти показатели ниже в Карелии, Ярославской, Брянской, Липецкой, Воронежской, Пензенской, Архангельской областях, Республике Коми, в Москве, в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Более высокие показатели материнской

смертности на Сахалине, в Республике Тува, на Дальнем Востоке. Это связано с тяжелыми экологическими условиями, проблемами огромных территорий. В таких районах особенно велика ответственность акушеров.

*Перинатальная смертность* рассчитывается на 1000 родов. Она включает мертворождаемость (внутриутробную смерть плодов во время беременности и в родах) и раннюю неонатальную смерть (смерть новорожденных в течение 168 часов после рождения, или 7 суток).

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число мертворожденных} + \text{число детей, умерших в первые 168 часов после родов}}{\text{Число родившихся (живых и мертвых)}} \times 1000.$$

Средний показатель перинатальной смертности в мире составляет 60 на 1000. Выше всего перинатальная смертность в малоразвитых странах, особенно в Восточной Африке, где этот показатель составляет выше 100 на 1000, т. е. 10 %, а самые низкие показатели – в странах Северной Европы, где перинатальная смертность равняется 3 – 7 на 1000. В России средний показатель перинатальной смертности равняется 10 – 12 на 1000. Отклонения в лучшую и худшую сторону – в тех же районах, что и показатели материнской смертности.

Таким образом, необходимо продолжать совершенство-

вать работу по оказанию помощи женщинам и детям по уменьшению перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Огромная ответственность в этой работе возложена на акушеров.



# **ФИЛОСОФИЯ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА. РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ МАТЕРИНСТВА, СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ**

*Главной целью профессиональной деятельности акушеров является обеспечение безопасности материнства – борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью.* Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность. При этом акушерка не должна забывать о соблюдении прав пациентки, культуре обслуживания, милосердии.

*Какое место при обслуживании беременной, роженицы или родильницы занимает акушерка, какие функции она выполняет?* Акушерка под руководством врача акушера-гинеколога принимает участие в обслуживании беременных, рожениц и родильниц, гинекологических больных, участвует в профилактических осмотрах здоровых женщин: в женских

консультациях, родильных домах, специализированных перинатальных и гинекологических центрах, акушерских и гинекологических отделениях больниц, смотровых кабинетах поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктах. В отделениях, где в штате нет врачей, где только осуществляется диагностическая, консультационная и неотложная помощь (смотровые кабинеты, ФАП, акушерские машины скорой помощи), акушерке предоставляется очень большая самостоятельность и ответственность. То же самое наблюдается в маленьких стационарах, особенно в области, где не может быть обеспечена круглосуточная врачебная помощь. Однако акушерка должна хорошо различать норму и патологию и консультироваться с врачом по поводу сомнений. При оказании помощи женщинам с патологией акушерка всегда должна работать под руководством врача.

В соответствии с *требованиями Государственного образовательного стандарта* (ГОС) к минимуму содержания и уровню подготовки, выпускнику по специальности 060102 «Акушерское дело» в области акушерства необходимо:

- знать структуру родовспоможения, назначение и структуру женской консультации и родильного дома;
- знать роль акушерки в жизни общества и в структуре родовспоможения;
- знать связи профессионального взаимодействия учреждений родовспоможения с другими учреждениями;

- знать особенности профессионального общения, этики, деонтологии в акушерстве;
- знать особенности санитарно-противоэпидемического и лечебно-охранительного режима учреждений родовспоможения;
- знать анатомо-физиологические особенности организма женщины в различные периоды ее жизни, включая беременность, роды и послеродовый период;<sup>3</sup>
- знать факторы, воздействующие на плод, и меры профилактики болезней плода;
- иметь представление об этиологии и патогенезе патологических состояний в акушерстве;
- знать основные виды акушерских осложнений, особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода при акушерской патологии;
- знать оперативные методы, применяемые в акушерской практике;
- знать и уметь применять на практике консервативные методы лечения, применяемые в акушерстве;
- уметь выполнять обследование, наблюдение, родоразрешение, уход при физиологических акушерских состояниях: беременность, роды, послеродовый период;
- уметь выделить факторы риска для матери и плода;

---

<sup>3</sup> В данном пособии не рассматриваются стандарты деятельности акушерки при обслуживании гинекологических больных (хотя это тоже является ее обязанностью), так как это изучается в курсе гинекологии.

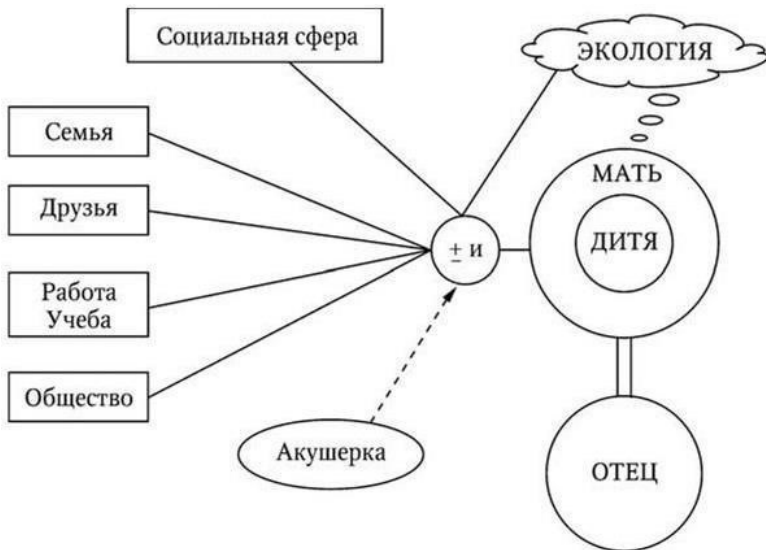
- уметь выявить акушерские осложнения, оказать доврачебную помощь, осуществлять уход и наблюдение, выполнять назначения врача;
- уметь провести родоразрешение через естественные родовые пути в случае патологии под контролем врача;
- уметь ассистировать врачу и оказывать помощь пациентке в случае оперативных вмешательств;
- уметь оформить специальную документацию;
- уметь оценить состояние новорожденного, выполнить первичный туалет новорожденного, оказать доврачебную помощь, осуществлять уход и наблюдение за новорожденным.

*Какими качествами должна обладать акушерка?*

Прежде всего она должна быть честной и ответственной, так как ей доверяется жизнь сразу двух пациентов и будущее благополучие семьи. Необходимо любить свою специальность, владеть всеми необходимыми знаниями и умениями, обладать сильной волей, быстрой реакцией, крепким здоровьем, быть аккуратной, доброй, инициативной и дисциплинированной.

Акушерке доверяют многие сокровенные тайны относительно семейной жизни, перенесенных заболеваний и беременностей. Вся эта информация является конфиденциальной и не может быть доверена без разрешения женщины никому, кроме среднего и врачебного персонала, обеспечивающего лечение и уход.

**Работа акушерки по охране здоровья матери и плода (схема 4).** Беременность может вызвать в организме женщины положительные или отрицательные изменения. Отношение к беременности и к ребенку может быть позитивным и негативным. Воздействие на ребенка со стороны матери может быть как положительным, так и отрицательным. Ребенок, хотя его вынашивает мать, является плодом любви двоих супругов. Отец может быть заинтересован в ребенке в равной, большей или меньшей степени, чем мать. Отец, мать и ребенок (сначала внутриутробный, а потом и новорожденный) составляют семью. Эта маленькая семья очень часто живет внутри большой патриархальной семьи или имеет с ней тесные связи.



**Схема 4.** Роль акушерки в охране материнства

Беременную и ее ребенка окружают: огромный социальный мир (семья, друзья, знакомые, сослуживцы, производственные и общественные связи, государство с его законами и обычаями), производство, природа со всем многообразием проявлений и воздействий. Акушерка должна проследивать все положительные и отрицательные влияния на организм матери и плода, стараясь укрепить положительное воздействие и исключить или уменьшить отрицательное, насколько это возможно.

В программу обучения акушерки включены такие пред-

меты, как психология, философия, религиоведение, право – для того, чтобы она могла помочь разрешить беременной женщине не только физические, но и психологические и даже социальные проблемы. Ей необходимы знания основ педагогики, так как она должна многому научить беременную женщину и родильницу.

**Экология.** Внешняя среда оказывает определенное воздействие на организм матери и плода. Статистические исследования показывают, что показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности гораздо хуже в тех районах, где имели место экологические проблемы и в особенности экологические катастрофы. Яркий пример тому: последствия атомной бомбардировки в Японии, экологическая катастрофа в Чернобыле. Кардинальным решением данной проблемы является борьба за чистоту окружающей среды. Но что может сделать акушерка в конкретном случае? Например, если у женщины, ожидающей ребенка, есть выбор, в каком месте жить во время беременности, то акушерка должна посоветовать ей провести беременность, и особенно период эмбриогенеза, в более благоприятных условиях. Возможно предоставление путевки в специальный санаторий для беременных, госпитализация на родовое отделение для исключения вредного воздействия.

Акушерка должна выяснить *условия труда женщины*, выявить факторы риска, рекомендовать освобождение от всех видов вредных работ, предоставить соответствующую справ-

ку для места работы, проконтролировать выполнение рекомендаций; женщине, планирующей беременность, порекомендовать освободиться от вредного воздействия на организм до беременности. Следует исключить вредное воздействие, связанное с учебой: беременной женщине по ее просьбе может быть предоставлен академический отпуск.

**Беременная женщина**, ее личность и психологические качества требуют оценки. Женщина может быть рада ребенку или совершенно не готова к материнству, готова к сотрудничеству или нет. Следует учитывать уровень образования, особенности восприятия, тип нервной деятельности, возраст ит.д.

Самым главным партнером по подготовке к родам является **отец ребенка**. Акушерка должна способствовать тому, чтобы ребенок объединил и укрепил молодую семью. Если брак не зарегистрирован, необходимо оказывать содействие более быстрому заключению брака – беременные женщины имеют право на регистрацию вне очереди. Необходимо выяснить отношение мужчины к будущему ребенку. Если отношение негативное, нужно объяснить мужчине о вредном воздействии аборта на организм женщины, о льготах, которые будет иметь семья в случае рождения ребенка. При положительном отношении лучше всего подключить мужа к сотрудничеству, подсказать ему, какую помощь он может оказать жене во время беременности. Бывают ситуации, когда отец ребенка более заинтересован в его рождении, чем сама мать.



Тогда он поможет уговорить женщину сохранить беременность, выполнять рекомендации акушерок по обследованию и подготовке к родам. Муж может быть партнером в родах и принимать участие в уходе за ребенком прямо в родильном доме, поэтому акушерка должна подготовить к родам и послеродовому периоду не только беременную, но и ее мужа.

Полное отсутствие мужа является неблагоприятным социальным фактором, поэтому муж не имеет права требовать развод у беременной жены и в период ее ухода за ребенком, обязан ее материально поддерживать.

**Семья.** Молодая семья может жить самостоятельно или вместе с семьей родителей. Одинокая мать может жить вместе с родителями. Акушерка должна деликатно подсказать беременной, как избежать конфликтов; она может проводить работу с членами семьи для преодоления негативного воздействия и для укрепления позитивного влияния. Большая семья может оказать моральную и материальную поддержку. Ожидаемый ребенок может быть не первым ребенком в семье. Это порождает некоторые проблемы: иногда женщина склонна уделять все свое внимание первому ребенку, отказываясь от госпитализации и забывая о необходимости оберегать внутриутробного ребенка; иногда женщина, наоборот, занята проблемой настоящей беременности, отказывая во внимании старшему ребенку. Это может породить детскую ревность, особенно, если речь идет о детях от разных браков. Акушерка должна объяснить женщине, как избежать

этой проблемы, научить приемам эргономики по уходу за маленьким ребенком во время беременности.

**Друзья.** Беременная женщина может продолжать обычное общение, но должна помнить, что не может выполнять ту интенсивную нагрузку, которая была до беременности, в том числе в праздничные дни. Можно рекомендовать ей не устраивать больших приемов. Однако дружеская поддержка во время беременности иногда очень необходима. Друзья и родственники, у которых недавно родились дети, могут поделиться своим опытом, передать по наследству детское приданое. В то же время чей-то негативный опыт может породить страх, чей-то непрофессиональный совет может привести к осложнениям. Женщина, доверяющая акушерке, может обсуждать с ней те советы, которые ей дают друзья и родственники, а акушерка должна помочь преодолеть возникшие страхи и сомнения и избежать ошибок.

**Традиции.** В разных семьях, у разных народов сохраняются свои приметы и традиции. У верующих женщин есть потребность следовать религиозным обрядам (христианским, мусульманским и др.). Нужно учитывать свободу совести и чувства верующих, но необходимо предотвращать ошибки, связанные с суевериями и пережитками. Например, строгое соблюдение постов во время беременности может привести к анемии, гипотрофии плода, развитию гестоза. Отказ религиозной женщины от досрочного родоразрешения по медицинским показаниям может привести к опасным

осложнениям для матери.

**Государство.** Акушерка должна сообщить беременной о тех льготах, которые ей предоставляет государство в связи с беременностью, родами и уходом за ребенком. Действующее законодательство запрещает отказывать женщинам в приеме на работу в связи с беременностью или наличием детей до трех лет, запрещено также и увольнение с работы в течение этого же периода. Если предприятие полностью ликвидировано, женщина, находящаяся под защитой государства, должна быть непременно трудоустроена.

На время беременности предоставляется освобождение от вредной работы, работы, связанной с чрезмерными физическими нагрузками, ночными и суточными дежурствами, командировками. При этом сохраняется средняя заработная плата. Беременным предоставляется дородовой отпуск продолжительностью 70 дней (начиная с 30 недель беременности), в случае двойни – 84 дня (с 28 недель беременности). Послеродовой отпуск предоставляется на 70 дней в случае нормальных родов, на 86 дней – в случае осложнений, на 110 дней – при рождении двойни. Больничный лист выдается женской консультацией. Женщина имеет право воспользоваться очередным отпуском, даже, если не прошло положенного срока со времени предыдущего отпуска или трудоустройства (по ее желанию до или после родов).

Если роды наступают в 30 недель и ребенок жив, предоставляется отпуск на 156 дней, если ребенок умер, то только

на 86 дней. В случае выкидыша выдается обычный больничный лист на количество дней, необходимое на восстановление здоровья.

По окончании отпуска по беременности и родам по заявлению женщины ей предоставляется частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им 1,5 лет, а затем по ее заявлению – дополнительный отпуск по уходу за ребенком без сохранения заработной платы до достижения ребенком возраста 3 года.

Некоторые женщины не пользуются предоставленным отпуском по уходу за ребенком. Кормящая женщина имеет право на неполный рабочий день и предоставление ей перерыва на кормление ребенка (30 минут через 3 часа), который оплачивается как рабочее время. В этот период она должна быть освобождена от вредных воздействий и чрезмерных нагрузок с сохранением средней заработной платы.

В целях поощрения материнства женщине предоставляются следующие материальные выплаты:

- *Пособие по беременности и родам* (за 140 дней у здоровых женщин и 156 дней у женщин с патологией) – устанавливается в соответствии с размером среднего заработка по месту работы (при освобождении от тяжелых и вредных работ расчет идет по оплате, установленной до перевода на легкий труд). Безработные женщины получают пособие из расчета средней заработной платы за последний год работы. Студентки очных отделений получают пособие в соот-

ветствии с размером стипендии.

- *Единовременное пособие женищинам, вставшим на учет в медицинское учреждение в ранние сроки беременности* (до 12 недель), является своеобразной премией в размере минимальной заработной платы, которая стимулирует раннюю постановку беременных на учет.

- *Единовременное пособие при рождении ребенка* выплачивается одному из родителей в размере 15 минимальных зарплат. При рождении двойни выплачивается 2 пособия.

- *Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им полутора лет* выплачивается ежемесячно лицу, ухаживающему за ребенком (не обязательно матери).

- *Ежемесячное пособие на ребенка* выплачивается одному из родителей в размере 70 % минимальной заработной платы на ребенка в возрасте от 1 месяца до 16 лет, если он не учится, и до 18 лет, если он является учащимся общеобразовательного учреждения.

- Перевод на счет матери материнского капитала (в 2007 г. составлял 250 тыс. рублей и со временем может стать больше).

# **АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ**

В XIX в. в акушерских отделениях был очень высок процент инфекционных и даже септических осложнений. Выдающийся венгерский врач Игнаций Земмельвейс предположил, что инфекция передается через недостаточно обработанные руки, а также тем, что некоторые врачи проводили осмотр рожениц после посещения хирургического, инфекционного отделений или прозекторской в той же одежде и в сопровождении большого числа студентов. Достаточно было запретить эту методику, и число осложнений у рожениц и родильниц уменьшилось. Были продуманы методы обработки рук, инструментов, рабочей одежды. Позднее в Будапеште был воздвигнут памятник Земмельвейсу с надписью на постаменте: «Спасителю матерей». Многие выдающиеся акушеры уделяли внимание борьбе с больничной инфекцией. В России и А. Я. Крассовский, и Д. О. Отт разрабатывали меры профилактики, требования к одежде персонала, обработке рук, операционного поля.

В стационарах профилактику проводить труднее. Однако это не значит, что нужно стремиться к проведению родов в домашних условиях, потому что нельзя гарантировать никаких мер безопасности для матери и ребенка дома.

Для проведения профилактики инфекционных осложне-

ний у матери и плода разрабатывались и продолжают разрабатываться меры инфекционного контроля. Профилактика внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах проводится в соответствии с Приказом № 345 от 26.11.1997 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», который вступил в силу 1 января 1998 г., и дополнением к нему.

По определению, данному в этом приказе, ***внутрибольничной инфекцией (ВБИ)*** является любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки (в течение 7 дней).

Частота ВБИ среди новорожденных в акушерских стационарах составляет 1,0 – 1,3 %.

Высокие уровни заболевания ВБИ обусловлены формированием госпитальных штаммов возбудителей инфекции, увеличением факторов риска и снижением защитных факторов у рожениц и, как следствие, у новорожденных.

Источником инфекции могут служить:

1. *Пациенты: беременные, роженицы, родильницы и новорожденные.* Для профилактики этого пути заражения необ-

следованные женщины и пациенты с проявлением инфекции могут находиться только в отделениях или стационарах observationalного типа. Следует стремиться к тому, чтобы все беременные были обследованы и своевременно санитированы, необходимо выявлять все инфекционные осложнения у матери и ребенка заблаговременно.

2. *Больные сотрудники родильного дома.* Для профилактики инфекции все сотрудники обследуются при поступлении на работу и в дальнейшем – 2 раза в год (за исключением флюорографии, которую можно проводить только 1 раз в год). Проводятся исследование крови на сифилис, СПИД, гепатит В и С, обследование гинеколога и исследование мазков на гонококки, осмотр дерматовенеролога, стоматолога, отоларинголога. При необходимости проводят исследование на носительство стафилококка, дифтерии, кишечных инфекций или других инфекций в зависимости от региональных проблем. К работе не допускаются сотрудники с проявлениями контагиозных инфекционных заболеваний или контактные в период карантина. Для оздоровления и безопасности сотрудников необходимо: проведение прививок от гепатита, защитная одежда, включая перчатки, маски и т. п. Разработаны требования по обработке рук, требования к рабочей одежде.

3. *Посетители родильного дома.* Студенты, посещающие во время учебных практических занятий и особенно во время профессиональной практики родильные дома, должны



быть обследованы и подготовлены к работе в соответствии с требованиями приказа о профилактике внутрибольничной инфекции.

Поскольку в настоящее время женщин в родильных домах могут посещать родственники практически на любых отделениях, включая родильное, то необходимо продумывать меры профилактики. Посетители должны быть внешне здоровыми, в чистой одежде и обуви. Правильнее организовать присутствие родственников в боксированных, индивидуальных палатах со встроенным санитарным блоком.

4. *Инфицированные помещения, предметы ухода, инструменты* и т. п. (табл. 1 – 5). Для профилактики разработаны стандарты мероприятий по уборке помещений различного назначения, предметов ухода, инструментов, перевязочного материала.

Инфекция легко развивается при акушерских осложнениях, при снижении иммунитета. Возбудители заболеваний приспосабливаются к условиям применения определенных средств дезинфекции, которые время от времени необходимо менять. В настоящее время существует множество дезинфицирующих средств, применяемых в акушерских стационарах.

В Приказе № 345 от 26.11.1997 г. перечислены правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров. Перечисляются правила безопасности для персонала и пациентов в наблюдательном отделении, показания к

переводу в наблюдательное отделение и больницу.

Переводу в наблюдательное отделение подлежат беременные, роженицы, родильницы, имеющие следующие осложнения: лихорадочное состояние, длительный безводный период, инфекционные заболевания (мочевыводящих путей, дыхательных путей, половых путей), выявленная при обследовании инфекция, внутриутробная гибель плода, роды вне стационара или в приемном отделении, отсутствие обследований.

В Приказе № 345 от 26.11.1997 г. приводится инструкция по расследованию и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных и родильниц в акушерских стационарах.

Таблица 1

**Дезинфекция различных объектов в акушерских стационарах**

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Поверхности в помещениях, предметы обстановки	ПВК	0,75	60	Однократное протирание или орошение <sup>2</sup>
	Пероксид	3,0	30	Однократное протирание
	ПФК-1	3,0	30	
	Катамин АБ	0,25	30	Однократное протирание
		0,5	60	Орошение <sup>2</sup>
	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Однократное протирание
	Амфолан	1,0	60	То же
	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства	3,0	60	Двукратное протирание или орошение <sup>2</sup>
	Перекись водорода	3,0	60	
	*Аламинол	1,0	30	Однократное протирание
	Хлорамин с 0,5 % моющего средства	0,75	60	Двукратное протирание или орошение <sup>2</sup>
	*Анолит <sup>3</sup>	—	—	Протирание
	Гипохлорит натрия с 0,5 % моющего средства <sup>4</sup>	0,25	30	Двукратное протирание
	Нейтральный гипохлорит кальция	0,125	60	То же
	*ДП-2 (применяется только при отсутствии других средств)	0,15	60	Однократное протирание или орошение <sup>2</sup>
		0,1	60	То же

Воздух и поверхности в помещениях	Ультрафиолетовое облучение	Режим дезинфекции, выбор облучателей, расчет их числа зависят от функционального назначения помещения, объема, других параметров и характеристик в соответствии с «Методическими указаниями по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях» № 11-16/03-06, утвержденному Минздравмедпромом РФ 28.02.96		
Посуда без остатков пищи	Хлорамин Б	0,5	30	Погружение в раствор с последующим промыванием проточной водопроводной водой
	Перекись водорода	3,0	30	
	Пероксид	3,0	60	
	ПВК	0,5	30	
	Амфолан	0,5	30	
	Катамин АБ	0,25	30	Кипячение
	Анолит <sup>3</sup>	—	—	
	Гипохлорит натрия <sup>4</sup>	0,125	15	
	ДП-2	0,1	15	
	Дистиллированная вода при температуре 100 °С		30 (с момента закипания)	
Холодильник (внутренние поверхности)	Перекись водорода с 0,5% моющего средства	3,0	60	Протирание с последующим промыванием водой: Двукратное
	ПВК	0,75	60	Однократное протирание с последующим промыванием водой
	Пероксид	3,0	30	
	Катамин АБ	0,5	60	
		0,25	30	Орошение

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Постельные принадлежности (матрац, подушка, одеяло)	Хлоргексидин глюконат	0,2	60	Однократное протирание
	Амфолан	1,0		То же
	Гипохлорит натрия <sup>2</sup>	0,25		Двукратное протирание
	Хлорамин Б	1,0		То же
	Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства	0,75		« «
Аэрозольный баллон «Синильга»	—	—	—	Согласно тексту этикетки
Камерная дезинфекция	—	—	—	Камерная дезинфекция
Нательное и постельное белье	—	—	—	Стирка в прачечной
	Водопроводная вода при температуре 100 °С	—	30 (с момента закипания)	Кипячение
	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением Р = 0,05 МПа (0,5 кгс/см <sup>2</sup> ) при температуре 110 ± 2 °С	0	20	В паровом стерилизаторе
	—	—	—	—
Марлевые маски	—	—	—	—
	—	—	—	—
	—	—	—	—
	—	—	—	—
	—	—	—	—

Тапочки	Формалин	10,0	120	Ватные тампоны (ветошь), смоченные раствором формалина, закладывают в носки тапочек. Обувь помещают в полиэтиленовый пакет (клеенчатый мешок), который плотно завязывают
		—	—	—
	Аммиак (для нейтрализации формалина)	10,0	30	По окончании дезинфекционной выдержки тампон извлекают, обувь обрабатывают мягкой щеткой (тампоном), смоченной нейтрализатором (аммиаком), накрывают тканью, затем проветривают до исчезновения запаха
		—	—	Протирание с последующим промыванием водой:
	Аламинол	3,0	60	Однократное
		1,0	60	Двукратное
		0,3	60	Однократное или орошение
		—	—	—
	ДП-2	0,3	60	То же
		—	—	« «
Резиновые коврики	Анолит <sup>3</sup>	—	—	Протирание с последующим промыванием водой:
		—	—	—
	Гипохлорит натрия <sup>4</sup>	0,3	60	Двукратное
		4,0	60	Однократное
		2,0	150	или орошение
		4,0	120	Однократное
	ПВК	4,0	60	Однократное
		2,0	150	или орошение
	Пероксид	4,0	120	Однократное
		—	—	—

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Подкладные судна	Хлорамин Б	1,0	120	Погружение в раствор после освобождения от содержимого
	Нейтральный гипохлорит кальция	0,5	60	То же
Санитарно-техническое оборудование (раковины, унитазы и др.)	ДП-2	0,2	120	« «
	Анолит <sup>3</sup>	—	—	« «
	Гипохлорит натрия <sup>4</sup>	0,25	60	« «
	ПВК	3,0	60	« «
	Пероксимед	3,0	60	« «
	Хлорамин Б	1,0	60	Протирание с последующим промыванием водой:
	Анолит <sup>3</sup>	—	—	Двукратное или орошение
	Гипохлорит натрия <sup>4</sup>	0,25	60	То же
	Аламинол	1,0	60	Двукратное
	ДП-2	3,0	30	То же
	Пероксимед	0,1	120	Однократное
	ПВК	3,0	60	Двукратное или орошение <sup>2</sup>
		0,5	80	Однократное
	ПФК-1	2,0	30	Двукратное
	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства	3,0	30	Орошение <sup>2</sup>
		3,0	45	Однократное
				Двукратное или орошение <sup>2</sup>

Уборочный материал (инвентарь)	Демос	10,0	120	То же
	Катамин АБ	0,5	30	Двукратное
	Нейтральный гипохлорит кальция	0,6	30	То же
			30	
	Анолит <sup>3</sup>	—	—	Погружение
	Гипохлорит натрия <sup>4</sup>	0,5		То же
	Хлорамин Б	3,0	50	« «
		1,0	300	« «
	ДП-2	0,2	120	« «
	Аламинол	3,0	60	« «
	ПВК	2,0	30	« «
	Пероксимед	3,0	60	« «
	ПФК-1	2,4	60	« «
	Катамин АБ	0,5	30	« «
	Демос	10,0	120	« «

\* Эти средства не рекомендуется применять в отделениях новорожденных; в остальных помещениях – в отсутствие родильниц, с последующим тщательным проветриванием помещений.

<sup>1</sup> Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке. При загрязнении

объектов кровью обеззараживание следует проводить по режимам, рекомендуемым при парентеральных вирусных гепатитах (Приложение 3 к Приказу Минздрава СССР «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» № 408, утвержденному 12.07.1989 г.).

<sup>2</sup> Норма расхода средств способом орошения составляет 300 мл на 1 м<sup>2</sup> обрабатываемой поверхности. Дезинфекцию способом орошения выполняют в отсутствие родильниц, рожениц, новорожденных, при плотно закрытой двери и окнах, отключенной приточно-вытяжной вентиляции.

<sup>3</sup> Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

<sup>4</sup> Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску и применению Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России. Концентрации растворов: хлорамина, ДП-2, аламинола даны по препарату, остальных – по активн действующему веществу.

# Таблица 2

## Дезинфекция изделий медицинского назначения

Метод дезинфекции	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции			Рекомендации по применению	Условия проведения дезинфекции	Применяемое оборудование
		Температура раствора, С	Концентрация <sup>2</sup> раствора <sup>3</sup> , %	Время дезинфекции, мин			
Химический	Аламинол <sup>5</sup>	Не менее 18	5,0	60	Изделия: — из металлов, пластмасс, стекла; — из резин	Полностью погружают <sup>4</sup> в раствор	Закрытые емкости из стекла, пластмасс или покрытые эмалью (без повреждения эмали)
	Бианол <sup>5</sup>		8,0 1,5	60 30	Изделия из металлов, резин, пластмасс, стекла		
	Глутарал <sup>5</sup>		Без разведения То же	15	То же		
	Глутарал Н <sup>5</sup>			15	« «		
	Глутаровый <sup>5</sup> , 6 альдегид фирмы «Reanal» (ВНР)			30	« «		
	рН 7,0—8,5 Формалин <sup>5</sup> (по формальдегиду)		4,0	60	Изделия из коррозионно-стойких металлов, резин, пластмасс, стекла		

	ПВК	Не менее 18	3,0	60	Изделия из стекла, пластмасс (ПХВ), резин на основе силиконового и натурального каучука		
	Пероксимед		3,0	60			
	Перекись водорода <sup>7</sup> с 0,5 % моющего средства («Прогресс», «Астра», «Айна», «Лотос»)		6,0	60			
	Хлорамин		3,0	60			
	Гипохлорит натрия <sup>8</sup>		0,5	60			
	Анолит <sup>9</sup> ДЛ-2		— 0,5	— 60			

Метод дезинфекции	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции			Рекомендации по применению	Условия проведения дезинфекции	Применяемое оборудование
		Температура раствора, °C	Концентрация <sup>2</sup> раствора <sup>3</sup> , %	Время дезинфекции, мин			
Паровой	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением Р = 0,05 МПа (0,5 кгс/см <sup>2</sup> )	110 ± 2 120 ± 4	—	20 45	Изделия <sup>10</sup> из стекла, металлов, резины, латекса и термостойких полимерных материалов	Проводят в стерилизационных коробках	Паровой стерилизатор Камеры дезинфекционные
Воздушный	Сухой горячий воздух <sup>5</sup>	98 ± 1	—	30	Изделия из стекла, металлов	Проводят без упаковки (в лотках)	Воздушный стерилизатор
Кипячение	Дистиллированная вода Дистиллированная вода с 2 % натрием двууглекислым (сода пищевая)	98 ± 1	—	15	Изделия <sup>10</sup> из стекла, металлов, термостойких полимерных материалов, резины	Полностью погружают в воду	Дезинфекционный кипятильник

<sup>1</sup> Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

<sup>2</sup> Концентрации дезинфицирующих средств: хлорамина, ДП-2 даны по препарату, остальных – по активному веществу.

<sup>3</sup> Дезинфицирующий раствор должен применяться однократно, если в методических указаниях по применению нет специальных на то указаний.

<sup>4</sup> После дезинфекции изделия должны быть промыты водой в соответствии с требованиями методических указаний для конкретного средства.

<sup>5</sup> Дезинфекцию этим средством (агентом) проводят после предварительной очистки изделий от видимых загрязнений кровью и других с соблюдением противоэпидемических мер (перчатки, резиновый фартук) и обеззараживанием сливных



вод по режиму дезинфекции при парентеральных вирусных гепатитах.

<sup>6</sup> Методика приготовления глутарового альдегида приведена в «Методических рекомендациях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских инструментов к гибким эндоскопам», утвержденная МЗ СССР 09.02.88 г. № 28-6/3.

<sup>7</sup> Дезинфекцию медицинских изделий можно проводить медицинской перекисью водорода и технической (марок АиБ).

<sup>8</sup> Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов поваренной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

<sup>9</sup> Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

<sup>10</sup> При дезинфекции кипячением и паровым методом изделия из полимерных материалов должны быть упакованы в марлю.

Таблица 3

**Дезинфекция приборов, оборудования и предметов****ухода за пациентами**

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Поверхности аппаратов, медицинских приборов, оборудования с лакокрасочным, гальваническим или полимерным покрытием	Катамин АБ	0,25	30	Однократное протирание
	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	То же
	Амфолан	1,0	60	« «
	ПВК	0,75	60	« «
	Пероксимед	3,0	60	« «
	ПФК-1	3,0	60	« «
	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства	3,0	60	Двукратное протирание
	Хлорамин Б	1,0	60	Однократное протирание
	Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства	0,75	60	То же
	ДП-2	0,1	60	« «
	Аламинол	1,0	30	« «
Узлы приборов и аппаратов из коррозионностойких металлов, незагрязненные кровью, не имеющие контакта со слизистыми оболочками,	Хлорамин Б	1,0	30	Полное погружение в раствор с последующим промыванием водой или двукратное протирание
	Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства	0,75	30	
	Амфолан	1,0	30	
	Хлоргексидина глюконат	0,5	30	
	Катамин АБ	0,5	30	Двукратное протирание
	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства	3,0	—	

раневой поверх- ностью	Пероксид ПВК ПФК-1 Глутарал Глутарал Н Аламинол Бианол Формалин	3,0 0,75 3,0 Без раз- ведения 1,0 1,5 3,0	— — — 15 15 60 30 30	То же « « « « Погружение в раствор с по- следующим промыванием водой То же « «
Резиновая грелка, пузырь для льда	Хлорамин Б Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства Гипохлорит натрия <sup>2</sup> Перекись водорода с 0,5 % моющего средства Пероксид ПВК ПФК-1 Катамин АБ Амфолан Хлоргексидина глюконат Демос	1,0 0,75  0,25 3,0  3,0 3,0 3,0 0,25 1,0 0,2 2,0	— —  — —  — — — — — — —	Двукратное протирание с интер- валом 15 мин с последующим промыванием водой
Зонд, баллон для отсасывания сли- зи, соски для но- ворожденных	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением Р = 0,05 МПа (0,5 кгс/см <sup>2</sup> ) при температуре 110 ± 2 °С	—	20	В паровом стерилизаторе

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентра- ция раст- вора, %	время выдержки, мин	
Зонд, баллон для отсасывания сли- зи, соски для но- ворожденных	Дистиллированная вода при температуре 100 °С	—	30 с мо- мента за- кипания	Кипячение
	Дистиллированная вода с 2 % натрия двууглекисло- го при температуре 100 °С	—	15 с мо- мента за- кипания	То же
Кислородные мас- ки, рожок от кис- лородной подушки	Перекись водорода	3,0	60	Двукратное протирание с интер- валом 15 мин То же
	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	
Подушка для кис- лорода, манжетка для измерения ар- териального дав- ления	Перекись водорода	3,0	60	« «
Мешок «Амбу»	Хлоргексидина глюконат	0,2	60	Двукратное протирание
Кувез	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства	3,0	—	Методика обработки изложена в «Методических указаниях по дезинфекции кувезов для недо- ношенных детей» (приложение 7 к Приказу МЗ СССР № 440 от 20.04.1983)
	ПВК	—	—	
	Пероксид	—	—	
	Катамин АБ Амфолан	0,25 1,0	— —	

	Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства	1,0	—	Обработку ПВК и пероксисмедом см. по методике для перекиси водорода с моющим средством, катионом АБ — для амфолана
Термометр медицинский	Хлорамин Б Перекись водорода Хлоргексидина глюконат	0,5 2,0 3,0 0,5	30 5 80 30	Погружение в раствор с последующим промыванием водой
Стетофонендоскоп, сантиметровая лента	Хлорамин Б Амфолан Хлоргексидина глюконат	0,5 1,0 1,0	30 30 —	Двукратное протирание с интервалом 15 мин и последующим временем воздействия 30 мин
Ножницы для стрижки ногтей, бритвенный прибор металлический	Аламинол Бианол Глутарал Глутарал Н Хлоргексидина глюконат в 70 % этиловом спирте Формалин  Дистиллированная вода при температуре 100 °С	Без разведения 0,5  10,0 4,0	15 15 30  15 60 30 с момента закипания	Погружение с последующим промыванием водой      Кипячение

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Ножницы для стрижки ногтей, бритвенный прибор металлический	Дистиллированная вода с 2 % натрия двууглекислого при температуре 100 °С		15 с момента закипания	Кипячение
Фартук, нарукавники, мешок, чехол матраца из клеенки или полимерной пленки	Хлорамин Б Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства Хлоргексидина глюконат Гипохлорит натрия <sup>2</sup> Анолит <sup>3</sup>	1,0 0,75  0,2 0,25 —	   —	Протирание или орошение То же  Протирание То же « »
Тазик эмалированный почкообразный; таз для использованного перевязочного материала, подкладных клеенок, бумаги и др.	Перекись водорода с 0,5 % моющего средства ПВК Пероксисмед ПФК-1 Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства Гипохлорит натрия <sup>2</sup> Анолит <sup>3</sup> ДП-2	4,0 6,0 0,5 3,0  3,0 0,25 — 0,1	90 60 60 60 60 60 60 — 60	Погружение в раствор или промыванием      Погружение в раствор

Баночки для сбора молока, молоко- отсосы, стеклян- ные воронки	Дистиллированная вода при температуре 100 °С	—	30 с мо- мента за- кипания	Кипячение
	Дистиллированная вода с 2 % на- трия двууглекислого при температуре 100 °С	—	15 с мо- мента за- кипания	То же
	Сухой горячий воздух при температуре 100 °С	—	45	В воздушном стерилизаторе
Сетка для градуи- рованных бутылок	ПВК	0,75	—	Двукратное протирание с интер- валом 15 мин и последующим временем воздействия 60 мин
	Пероксимед	3,0	—	
	Хлорамин Б	1,0	—	
	Хлорамин Б с 0,5 % моющего средства	0,75	—	
	Хлоргексидина глюконат	1,0	—	
	Катамин АБ	0,5	—	
	Аламинол	1,0	—	
Демос	2,0	—		
Наконечники для клизм, резино- вые клизмы	Дистиллированная вода при температуре 100 °С	—	30 с мо- мента за- кипания	Кипячение
	Перекись водорода	6,0		Погружение в раствор на 60 мин с последующим промыванием водопровод- ной водой. После этого — предстерилизационная очистка и стерилизация
	ПВК	3,0		
	Пероксимед	3,0		
	Гипохлорит натрия <sup>2</sup>	0,5		
	Анолит <sup>3</sup>	—		
	Хлорамин	3,0		

Наименование обеззараживаемого объекта	Дезинфицирующий агент <sup>1</sup>	Режим дезинфекции		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Наконечники для клизм, резиновые клизмы	Нейтральный гипохлорит кальция ДП-2	0,5	—	Погружение в раствор на 60 мин с последующим промыванием водопроводной водой. После этого — предстерилизационная очистка и стерилизация
		0,1	—	
Подкладные клеенки	Хлорамин Б Нейтральный гипохлорит кальция ДП-2 Гипохлорит натрия <sup>2</sup> Анолит <sup>3</sup> ПВК Пероксид	3,0	30	Погружение в раствор с последующим промыванием водопроводной водой
		0,5	15	
		0,1	15	
		0,25	15	
		—	—	
		—	—	

<sup>1</sup> Возможно применение других средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

<sup>2</sup> Режимы дезинфекции указаны для гипохлорита натрия, получаемого электрохимическим методом из растворов по-

варенной соли и воды на установках различного типа, разрешенных к выпуску Комитетом по новой медицинской технике Минздрава России.

<sup>3</sup> Режимы дезинфекции анолитом (содержание активного хлора, время обеззараживания) приведены в методических указаниях на каждый конкретный раствор, разрешенный к применению в установленном порядке для конкретной установки, имеющей разрешение на промышленный выпуск и применение.

Таблица 4

**Кожные антисептики для обеззараживания рук медицинского персонала, операционного, инъекционного полей, родовых путей и др.**

Вид обработки	Кожный антисептик	Режим обеззараживания		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Гигиеническая обработка рук	Йодопирон	1,0	—	Протирание стерильным тампоном, смоченным кожным антисептиком 3 мл средства наносят на кисти рук и втирают в кожу до суха
	АХД-2000-специаль	Без разведения	0,5	
	Лизанин	То же	0,5	
	Хлоргексидина глюконат в 70 % этиловом спирте	0,5	0,5	То же Протирание кистей рук дезинфицирующей салфеткой Протирание стерильным тампоном, смоченным раствором
	Спирт этиловый	70,0	0,5	
	Дезинфицирующие салфетки «Дамисепт»		0,5	
	Хлорамин и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке	0,5	0,5	

Обработка операционного поля, наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и родовых путей рожениц (накануне оперативного вмешательства больная принимает душ, ей меняют белье)	Йодопирон Йодонат	1,0 1,0	— —	Двукратное протирание стерильными марлевыми тампонами, смоченными в растворе Кожу последовательно двукратно протирают отдельными стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными препаратом Двукратное протирание стерильными марлевыми тампонами, смоченными в растворе
	Лизанин ОП (только для обработки операционного поля!)	Без разведения	2	
Обработка кожи инъекционного поля	Спиртовая настойка йода Хлоргексидина глюконат в 70 % этиловом спирте и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке	5,0 0,5	— —	Кожу протирают стерильным ватным тампоном, смоченным препаратом
	Спирт этиловый АХД-2000-специаль Лизанин ОП	80 Без разведения То же	1 1 1	
Обработка кожи локтевых сгибов доноров	Йодопирон Йодовидон Йодонат АХД-2000-специаль	1 1 1 Без разведения То же	2 2 2 2 2	Кожу локтевых сгибов доноров последовательно протирают двукратно отдельными стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными препаратом
	Лизанин ОП и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке	Без разведения То же	2	

Вид обработки	Кожный антисептик	Режим обеззараживания		Способ обработки
		концентрация раствора, %	время выдержки, мин	
Обработка рук перед приемом родов или оперативным вмешательством (перед обработкой кожным антисептиком руки моют в течение 2 мин проточной водой с мылом, дважды намыливая их, затем насухо вытирают стерильной салфеткой)	Йодопирон	0,1	4	Моют стерильной салфеткой в емкости с раствором антисептика, вытирают стерильной салфеткой Протирание стерильным ватным тампоном, смоченным антисептиком, затем вытирают стерильной салфеткой 5 мл препарата наносят на кисти рук и втирают в кожу в течение 2,5 мин, после этого снова наносят 5 мл препарата и втирают в течение 2,5 мин (поддерживая кожу рук во влажном состоянии) Последовательно протирают двумя стерильными салфетками, смоченными в растворе; вытирают сухой стерильной салфеткой Руки погружают в емкость с раствором, моют, затем вытирают сухой стерильной салфеткой
	Хлоргексидина глюконат в 70 % этиловом спирте	0,5	5	
	Лизанин АХД-2000-специаль	Без разведения		
	Дегмон Дермидид	1,0 1,0	По 3 мин два раза	
	Рецептура С-4 (первомур) и другие кожные антисептики, разрешенные к применению в установленном порядке	2,4	1	

Таблица 5

# Рекомендуемая кратность и виды уборки помещений различных структурных отделений акушерского стационара

Приемно-смотровое отделение и предродовые палаты	Родильный зал, боксированный родильный блок	Вспомогательные помещения	Послеродовое физиологическое отделение <sup>1</sup>	Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
Текущая уборка					
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, 1 раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства, затем после каждой уборки обеззараживание воздуха УФ-облучением. <sup>2</sup> Проветривание помещения в течение 20 мин. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала – комнату-филтр, затем смотровую, душевую, санузел	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства 1 раз в сутки при отсутствии родов, затем обеззараживание воздуха УФ-облучением, проветривание помещения в течение 20 мин. 2. При наличии 2 и более родзалов (боксированных родблоков) уборку (см. п. 1) проводят в каждом из них после приема родов	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, ежедневно после третьего кормления новорожденных – уборка с применением дезинфицирующего средства	Влажная уборка с использованием моющего средства 1 раз в день (утром), ежедневно после третьего и пятого кормления новорожденных – уборка с применением дезинфицирующего средства	
			После каждой уборки воздух обеззараживают УФ-облучением, затем все объекты и поверхности в помещениях протирают ветошью, смоченной водопроводной водой и снова включают УФ-облучение, помещения проветривают в течение 20 мин		

Уборка по типу заключительной дезинфекции					
	При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже 1 раза в 3 дня. При наличии 2 родзалов в боксированном родблоке уборку проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующих средств. После уборки воздух обеззараживают УФ-облучением. Затем все объекты и поверхности в помещении протирают ветошью, смоченной водопроводной водой, снова включают УФ-облучатели, помещение проветривают в течение 20 мин. Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале	1 раз в неделю	После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего средства		1 раз в 7 дней (стены – на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства
			После проведения уборки включают УФ-облучатели, затем все объекты и поверхности в помещении протирают ветошью, смоченной в водопроводной воде, снова включают УФ-облучатели. После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию		

<sup>1</sup> С отдельным и совместным пребыванием матери и ре-



бенка.

<sup>2</sup> Проветривание и облучение палат (блоков) бактерицидными лампами проводят только в отсутствие детей (во время их кормления).

К *групповым заболеваниям* (вспышкам) ВБИ относятся 5 и более случаев в течение 7 дней (связанных одним источником и общими факторами передачи). Выявление источников инфекции при групповых заболеваниях проводится на основании данных клинического и микробиологического обследований медицинского персонала, родильниц и новорожденных.

Проводятся масштабные санитарно-бактериологические исследования для выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Выявляются пути передачи инфекции. Обследуется санитарно-гигиеническое состояние и противоэпидемический режим подразделений родильного дома, подготовленность персонала по вопросам ВБИ. После выявления источника инфицирования анализируются особенности течения инфекционного осложнения, методы профилактики и лечения.

В числе условий, способствующих возникновению ВБИ, могут быть следующие: несвоевременная изоляция и перевод больных, нарушение цикличности заполнения палат, нарушение режима дезинфекции и стерилизации, использование нестерильного белья, несоблюдение персоналом сани-

тарно-гигиенических и противоэпидемических правил, аварийные ситуации в системе водоснабжения и вентиляции, недостаточная обеспеченность моющими и дезинфицирующими средствами, низкая материально-техническая оснащенность родильного стационара, несоответствие количества родов мощности стационара.

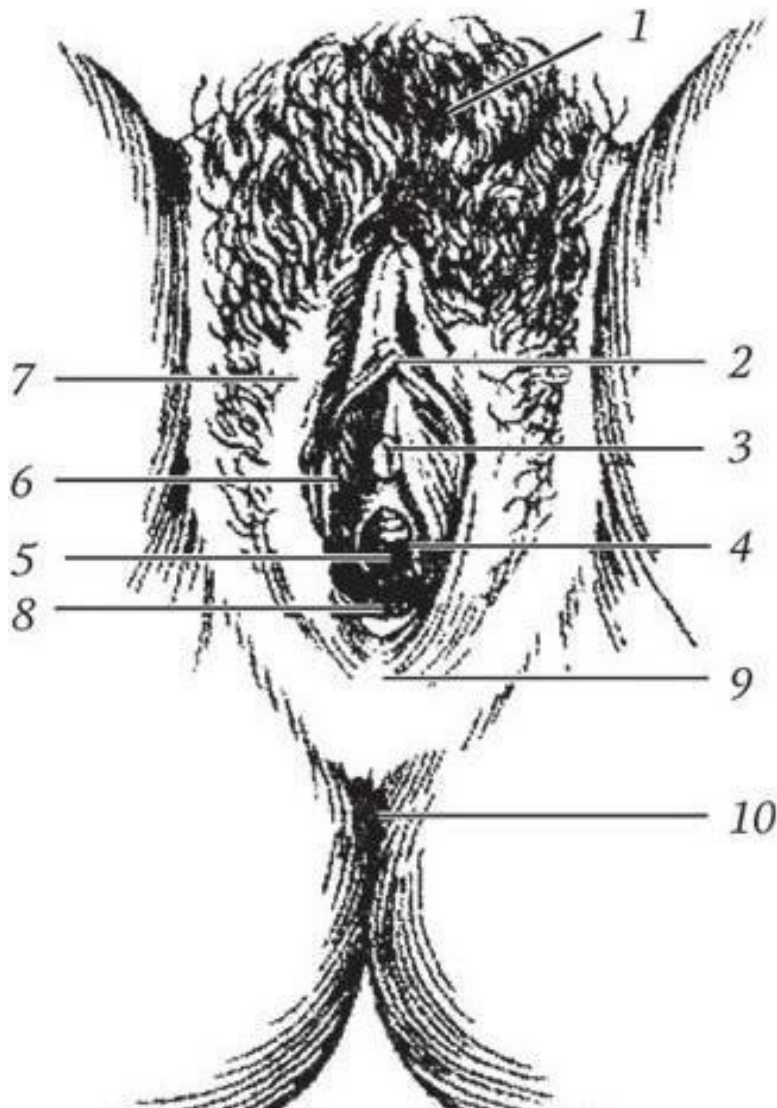
Выявляются причины, разрабатывается комплекс противоэпидемических мероприятий по ликвидации имеющихся осложнений и профилактике нарушений в работе акушерского стационара и предотвращения эпидемиологических осложнений в дальнейшем.

В приказе перечислены правила стирки белья и обработки обуви, дезинфекции предметов ухода, методы дезинфекции, способы обработки рук, уборки помещений (см. табл. 1 – 5, Приложения к Приказу № 345 от 26.11.1997 г.).

# АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Наружные половые органы (*Organa genitalia externa, vulva*).**

К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, большие железы преддверия, клитор, преддверие влагалища, девственная плева. С наружными половыми органами топографически связаны: сфинктер уретры, промежность (рис. 1).



**Рис. 1.** Наружные половые органы женщины (по: Бодяжина В. И., 1986):

1 – лобок; 2 – клитор; 3 – наружное отверстие мочеиспускательного канала; 4 – девственная плева; 5 – вход во влагалище; 6 – малая половая губа; 7 – большая половая губа; 8 – задняя спайка; 9 – промежность; 10 – заднепроходное отверстие

*Лобок (mons pubis)* – самый нижний участок брюшной стенки, покрытый волосистым покровом. Верхняя граница волос на лобке у женщин должна быть строго горизонтальной (оволосение по женскому типу). Лобок покрывает лобковое сочленение, подкожная клетчатка этой области очень выражена, выполняет буферную защитную функцию. Несколько выше волосистой границы идет переходная складка, которая и является верхней границей лобка. С боков лобок ограничен паховыми складками. Волосы на лобке появляются в период полового созревания, редеют у пожилых женщин или при гормональной недостаточности. Рост волос по мужскому типу наблюдается у женщин с гиперандрогенией.

*Большие половые губы (labia majora pudendi)* – парные кожные складки, ограничивающие половую щель. Снаружи покрыты волосами, пигментированы, подкожный жировой слой сильно выражен, имеются потовые и сальные железы. Внутренняя поверхность покрыта нежной кожей, которая

больше напоминает слизистую оболочку. Смыкаясь спереди, половые губы образуют переднюю спайку, а сзади – заднюю спайку. Между задней спайкой и нижним краем девственной плевы образуется углубление, именуемое ладьевидной ямкой.

*Большие железы преддверия и бартолиновы железы (glandulae vestibularis major, bartholini)* – находятся в нижней трети больших половых губ, размером около фасоли. Секрет барталиновых желез имеет щелочную реакцию, белый цвет, характерный запах. Он выделяется при половом возбуждении через протоки между малыми половыми губами и девственной плевой (или ее остатками), облегчает половой акт и способствует увеличению подвижности сперматозоидов.

*Малые половые губы (labia minora pudendi)* – образованы складками нежной кожи, напоминающей слизистую, прикрыты большими половыми губами, находясь с внутренней их стороны. Спереди они переходят в клитор, сзади сливаются с большими половыми губами; имеют сальные железы, обильное кровоснабжение и иннервацию.

*Клитор (clitoris)* – аналог мужского полового члена. Слизистая его богата сосудами, нервами, сальными и потовыми железами, которые вырабатывают сыровидную смазку (смегму). Состоит из головки, тела (состоящего из двух пещеристых тел) и ножек, прикрепляющихся к надкостнице лобковых и седалищных костей. Ножки являются продолжением раздваивающихся малых половых губ, они образуют край-

ную плоть и уздечку клитора. Клитор является органом сексуальной чувствительности, во время полового акта наблюдается его увеличение (эрекция) вследствие усиленного притока крови.

*Преддверие влагалища (vestibulum vaginae)* – пространство, ограниченное спереди клитором, сзади – задней спайкой, внутренней поверхностью малых половых губ и девственной плевой или ее остатками. Сюда открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, протоки больших желез преддверия и множества малых желез.

*Девственная плева (hymen)* – защищает влагалище у девиц. Имеет небольшое отверстие для менструальных выделений. Дефлорация (разрыв девственной плевы) сопровождается кровоизлиянием и болезненностью. Даже после родов сохраняются остатки девственной плевы в виде сосочков.

*Мочеиспускательный канал (urethra)* – имеет длину 3 – 4 см. К наружным половым органам относится наружное отверстие мочеиспускательного канала, окруженное сфинктером, по сторонам которого открываются парауретральные ходы сениальных пах, или желез, выделяющих секрет.

*Промежность (perineum)* – передняя, или акушерская, промежность находится между задней спайкой и анусом; образована следующими тканями: кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, мышечно-фасциальные образования. Высота передней промежности обычно 3 – 4 см. В

родах при прохождении головки промежность растягивается, возможна ее травма или специальный разрез (перинеотомия). Задняя промежность находится между анальным отверстием и копчиком.

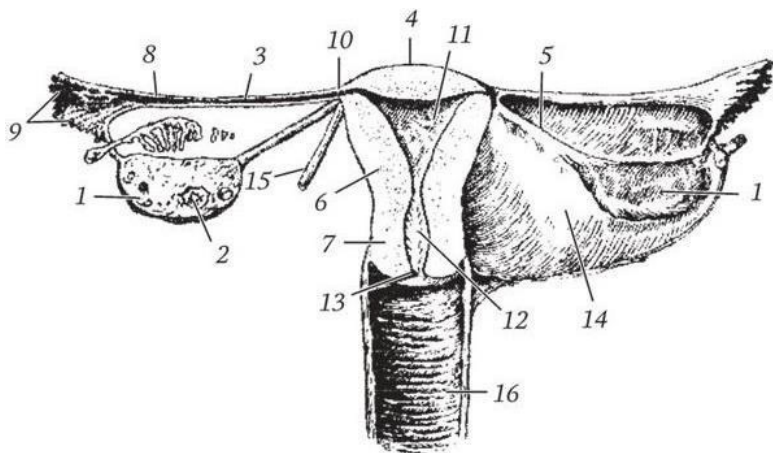
**Функции наружных половых органов** – защита внутренних половых органов; они являются органами половой чувствительности; образуют входные ворота при половом акте, участвуют в образовании оргастической манжетки; являются выходными воротами родового канала при рождении ребенка. Оценить состояние половых органов можно при осмотре (дополнительно требуется развести половые губы; если необходима пальпация, следует проявить большую осторожность, учитывая деликатность данной области).

Следует обратить внимание на правильность развития органов, характер оволосения, состояние девственной плевы или ее остатков, признаки воспаления, варикозное расширение сосудов, наличие травм, рубцов.

Кровоснабжение наружных половых органов с каждой стороны обеспечивается за счет артерий, отходящих от *наружной подвздошной артерии* (наружной срамной и наружной семенной) и от *внутренней подвздошной артерии* (внутренней срамной и запирающей). Венозный отток происходит по одноименным венам. В области клитора и у краев луковиц преддверия образуются *венозные сплетения*.

Лимфоотток от наружных половых органов идет в паховые и бедренные лимфоузлы.





**Рис. 2.** Внутренние половые органы женщины (вид сзади):

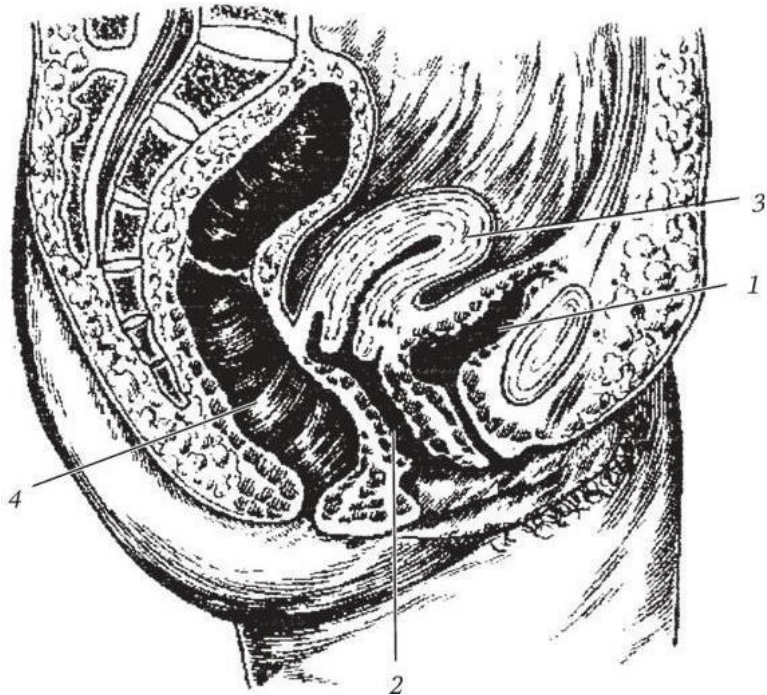
1 – яичник; 2 – фолликул; 3 – маточная труба (истмическая часть); 4 – дно матки; 5 – собственная связка яичника; 6 – тело матки; 7 – шейка матки; 8 – ампулярная часть трубы; 9 – фимбрии трубы; 10 – интерстициальная часть трубы; 11 – полость матки; 12 – шейечный канал; 13 – наружный маточный зев; 14 – широкая связка; 15 – круглая связка; 16 – влагалище

Иннервация наружных половых органов осуществляется в основном ветвями *срамного нерва* (*n. pudendus*), который берет начало от *внутреннего крестцового нерва*.

Знание наружных половых органов необходимо акушерке, чтобы правильно оценить гормональное развитие, заподозрить венерические и воспалительные заболевания гениталий, оценить девственность, гигиенические навыки женщины, провести правильно катетеризацию, гинекологические исследования, провести санитарную обработку гениталий, принять роды, провести рассечение промежности, восстановить вульву после родовых травм, обработать и снять швы промежности и др.

**Внутренние половые органы (*organa genitalia interna*)** (рис. 2, 3, табл. 6).

**Влагалище (*vagina, colpos*)** имеет форму трубки, соединяет наружные половые органы и шейку матки. Передняя стенка имеет длину 7 – 8 см, а задняя – 9 – 10 см. Стенки влагалища сомкнуты в нижней трети, но легко расширяются на 2 – 3 см, а во время родов за счет складчатости могут расширяться до 8 – 10 см. В верхней части во влагалище выступает шейка, вокруг которой образуются своды влагалища. Влагалище в этой части не смыкается. Диаметр его около 8 см. Наиболее глубоким является задний свод, самый мелкий – передний свод.



**Рис. 3.** Тазовые органы женщины (по: Бодяжина В. И., 1986):

1 – мочевой пузырь; 2 – влагалище; 3 – матка; 4 – прямая кишка

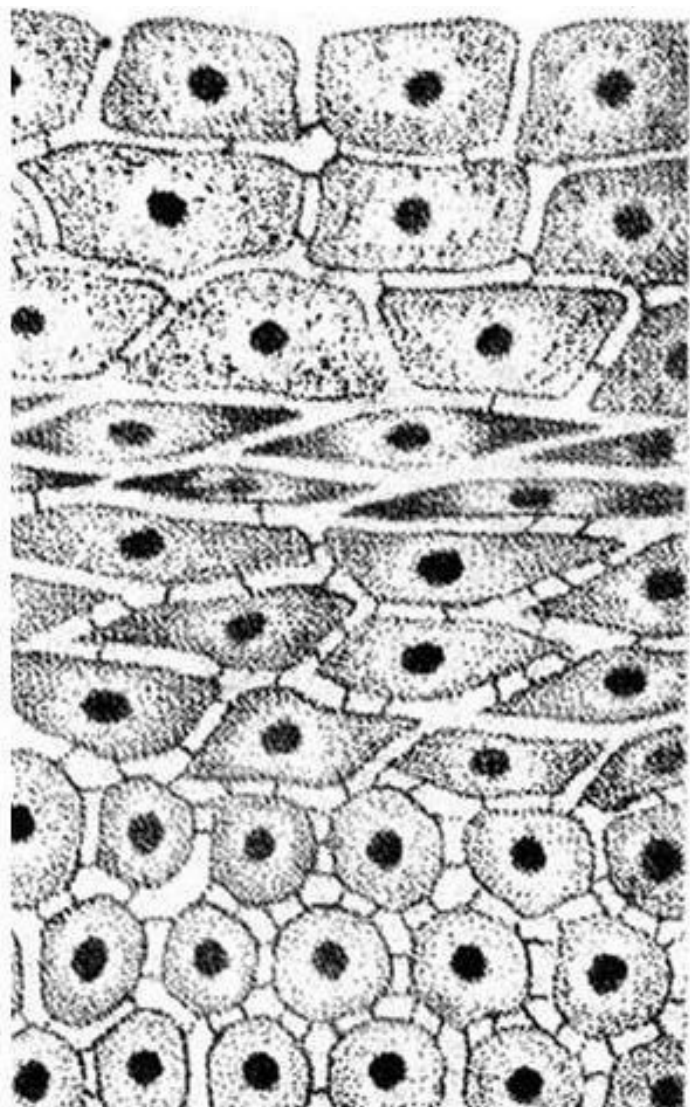
*Стенка влагалища* состоит из слизистой оболочки, мышечного слоя, соединительнотканной оболочки и окружена клетчаткой. Слизистая выстлана многослойным плоским эпителием, который состоит из четырех слоев: поверхност-

ного (функционального), промежуточного, парабазального и базального (рис. 4). В течение менструального цикла, а также во время беременности происходят изменения в строении эпителия. Функциональный слой, и частично промежуточный, отторгается во время менструаций, под влиянием эстрогенов слизистая регенерирует и имеет наиболее пышный вид со всеми выраженными слоями во время максимальной выработки эстрогенов. Для того чтобы узнать, какие клетки находятся в данный момент наиболее поверхностно (и оценить таким образом гормональное развитие), с боковой стенки влагалища берут деревянным шпателем мазок, который наносят потом на стекло.

Таблица 6

## Внутренние половые органы

Признак	Влагалище	Матка	Маточная труба	Яичник
Отделы	Влагалищная трубка, своды	Тело, перешеек, шейка	Внутриматочный, перешеечный, ампулярный, воронка	—
Слои	Слизистая, мышечный, клетчатка	Эндометрий, миометрий, периметрий	Эндосальпингс, миосальпингс, перисальпингс	Белочная оболочка, корковый слой, мозговое вещество
Эпителий	Многослойный плоский	Мерцательный, цилиндрический	Мерцательный, цилиндрический	Кубический
Функции	Защитная, копулятивная, родовый канал	Плодовместилище, менструальная, сократительная	Яйцевод, обеспечение овуляции, инкубация эмбриона	Гормональная, образование яйцеклетки



C<sub>4</sub>

C<sub>3</sub>

C<sub>2</sub>

**Рис. 4.** Схематический поперечный разрез эпителия влагалища:

$C_1$  – базальные клетки;  $C_2$  – парабазальные клетки;  $C_3$  – промежуточные клетки;  $C_4$  – поверхностные клетки

*Слизистая*

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.