### Санитарно-гигиенические аспекты планировки, организации и работы родильных домов

Роды являются сложным физиологическим процессом, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод. Обычно Роды наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39 – 40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию. Такие роды называются своевременными.

Если роды происходят в сроки от 28 – 29 до 37 – 38 нед беременности, их называют преждевременными, а позже 41 – 42 нед – запоздалыми.

**Предвестники родов.** Роды редко наступают неожиданно, внезапно. Обычно за 2 – 3 нед до их наступления появляется ряд признаков, которые принято называть предвестниками родов **.** К их числу относятся:

1) опускание предлежащей части плода ко входу в малый таз. За 2 – 3 нед до родов предлежащая часть плода, чаще всего головка, прижимается ко входу в малый таз, вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей становится легче дышать;

2) повышение возбудимости матки. В последние 2 – 3 нед беременности периодически возникают нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ошущениями. Такие сокращения матки иазываются ложными схватками, схватками-предвестниками, подготовительными (прелиминарными) схватками. Ложные схватки никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки;

3) в последние дни перед родами у беременной *пери* одически появляются слизистые выделения из половых путей, происходит выделение слизистой пробки – содержимого шеечного канала, что также свидетельствует о близости наступления родового акта.

Накануне Родов наблюдаются изменения в шейке матки, совокупность которых характеризует состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании и выражаются в следующем: зрелая шейка матки располагается в центре малого таза, укорачивается (длина зрелой шейки матки не превышает 2 см) и размягчается; шеечный канал становится проходимым для пальца.

**Родовые изгоняющие силы.**

К родовым изгоняющим силам относятся с х ватки и п о ту г и. Началом родов считаются появление регулярных сокращений матки – родовых схваток. Схватки возникают непроизвольно, независимо от желания женщины. Родовые схватки носят периодический характер и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Промежутки между схватками называются паузами. Вначале схватки чередуются кажцые 10 – 15 мин и длятся по 10 – 15 с. Впоследствии схватки учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов схватки возникают каждые 3 – 4 мин и длятся по 40 – 45 с. С момента возникновения регулярной родовой деятельности и да окончания родов женщина называется *рожен* ицей.

Другой разновидностью изгоняющих сил являются *п о т* у г и. Кроме сокращения матки, потуга включает участие мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и иижних конечностей. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. Потуги возникают непроизвольно, но, в отличие от схваток, роженица мажет регулировать их силу и продолжительность. Это позволяет врачу и акушерке специальными приемами управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ**

В клиническом течении родов различают три периода: первый период – раскрытия, второй период – изгнания, третий период – последовый.

**Период раскрытия**

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный *зев.* Этот процесс неодинаков у перво- и повторнородящих женщин. Если у первородящих вначале происходит сглаживание шейки матки (раскрытие внутреннего маточного зева), а затем раскрытие наружного зева, то у повторнородящих эти процессы происходят одновременно. При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется ма точным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточтого зева полость матки и влаталище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимай каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточиого зева при полном открытии достигает 10 – 12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь.

Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шеечный канал, способствуя по степенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при не полном раскрытии – ранним.

Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждев ременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в периоде изгнания. Длительность первого периода *родов* у пейвородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч.

**Период изгнания**

Второй период родов – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию предлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.

На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще всего затылок). *В* паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется врезыванием предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. *Это* состоявие называется п.р о р е з ы в а н и е м предлежащей части плода, *оно* завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка повогачивается личиком к бедру матери противоположному позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды.

Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих – от 20 мин до 1 ч.

**Биомеханизм родов.**

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через *родовые* пути, называется биомеханизмом Родов.

Наиболее часто встречающимся нормальным является механизм родов при переднем виде затьлочного предлежания. Для нормального механизма родов характерно состояние сгибания головки над входом в малый таз, в результате чего ко входу в малый таз обращен затылок плода. Стреловидный шов головки плода располагается обычно в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз.

**Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.**

Различают 4 момента механизма Родов.

П е р в ы й м о м е н т – сгибавие головки плода. Во входе в малый таз головка совершает движение вокруг воображаемой поперечной оси, в результате которого подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается во вход в малый таз,малый родничок располагается ниже большого. При дальнейшем продвижении по родовому каналу малый родничок следует по проводной оси таза, являясь ведущей точкой.

Ведущей (проводной) точкой называется та точка плода, которая первой опускается во вход малого таза,

следует проводной оси таза и первой показывается при рождении. Сгибание головки приводит к относительному уменьшению предлежащей части плода. В результате сгибания головка проходит все плоскости малого таза более свободно, своим наименьшим, малым косым размером, диаметр которого составляет 9,5 см, с окружностью в 32 см.

В т о р о й м о м е н т - внутренний поворот головки. Головка плода одновременно с поступательным движением поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок плода поворачивается кпереди, к лонному сочленению, а личико - кзади, к крестцу.

Т р е т и й м о м е н т - разгибание головки. Разгибание головки происходит в выходе малого таза. Согнутая головка достигает тазового дна, мышцы и фасции тазового дна оказывают сопротивление ее дальнейшему продвижению. В результате головка отклоняется к месту наименьшего сопротивления - вульварному кольцу, вращаетяс вокруг воображаемой поперечной оси, отклоняется кпереди - разгибается.

Ч е т в е р т ы й м о м е н т - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики в выходе малого таза поворачиваются из поперечного размера в прямой. В начале под лонную дугу подходит переднее плечико, после фиксации которого туловище сгибается в шейно-грудном отделе, при этом рождается заднее плечико. После рождения легко рождаются туловище и ножки плода. В момент внутреннего поворота плечиков совершается наружный поворот головки. Личико плода поворачивается к бедру матери в зависимости от позиции плода: при первой позиции – к правому бедру, при второй позиции – к левому.

Поскольку родильные дома призваны оказывать квалифицированную стационарную помощь женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях и осуществлять уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме, необходимо подробнее остановиться на гигиенических требованиях к их планировке, оборудованию и содержанию.

В первую очередь нужно отметить, что структура и оснащение родильных домов должны строго соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений. В России это "Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров" (СанПиН 5179-90), установленные Минздравом РФ.

Трудно переоценить важность правильного планирования родильных домов.

Выбор земельного участка для размещения родильных домов подлежит обязательному согласованию с органами и учреждениями санэпидслужбы. Открытие вновь построенных, реконструированных, подвергавшихся ремонту, перепланировке или переоборудованию родовспомогательных стационаров допускается после получения заключения санитарно-эпидемиологической службы, разрешающего эксплуатацию указанных зданий и помещений.

Участки родильных домов должны быть удалены от железных дорог, аэропортов, скоростных автомагистралей и других мощных источников воздействия физических факторов с учетом обеспечения уровней шума в пределах санитарных норм.

При размещении родовспомогательных учреждений в селитебной зоне населенного пункта корпуса необходимо размещать не ближе 30 м от красной линии застройки и 30-50 метров от жилых зданий в зависимости от этажности зданий.

Территория участка родильного дома должна быть благоустроена, озеленена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 60% общей площади участка, а площадь садово-парковой зоны - 25 м в квадрате на человека (на койку).

Участок родильного дома, расположенный на территории жилой застройки населенного пункта, должен иметь по периметру полосу зеленых насаждений шириной не менее 15 м их двухрядной посадки высокоствольных деревьев и ряда кустарников.

Деревья с широкой кроной должны сажаться не ближе 10 м от стены здания.

К территории родильных домов должны быть устроены удобные подъездные пути с твердым покрытием. Аналогичные твердые покрытия должны иметь внутренние проезды и пешеходные дорожки. Временные стоянки автотранспорта индивидуального пользования следует размещать на расстоянии не ближе 40 м от территории.

На территории родильного дома не допускается расположение каких бы то ни было посторонних учреждений, жилья, а также размещение построек и сооружений, не связанных функционально с указанными лечебно-профилактическими учреждениями.

Уборка территории должна проводиться ежедневно. Для сбора мусора и бытовых отходов на территории устанавливаются мусоросборники с плотно закрывающимися крышками, для которых должны быть предусмотрены и оборудованы специальные площадки с асфальтовым или бетонированным покрытием, обеспечивающим дезинфекцию и промывку площадок. Расстояние площадки с мусоросборниками до палатных корпусов должно быть не менее 25 м. Мусоросборники должны систематически промываться и дезинфицироваться. Вывоз мусора и пищевых отходов должен осуществляться ежедневно.

Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений родовспомогательных стационаров должны обеспечивать оптимальные санитарно-гигиенические и противоэпидемические режимы и условия пребывания пациенток, труда и отдыха обслуживающего персонала.

В родильных домах, являющихся учебными базами медицинских вузов и училищ, институтов усовершенствования врачей, а также научными базами НИИ системы здравоохранения должны быть дополнительно предусмотрены необходимые учебные помещения для студентов, курсантов и кабинеты для преподавательского состава: вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые и др.), обособленные от основных функциональных подразделений учреждения.

В подвальных и цокольных этажах допускается размещение складских помещений (кладовые хозинвентаря), санитарно-бытовых помещений для персонала (гардеробные, душевые), санитарных пропускников, помещений для хранения вещей больных, буфетов и столовых для персонала, центральных бельевых, помещений для сбора и сортировки грязного белья, помещений дезинфекционной обработки суден, клеенок и дезинфекции кроватей.

Не допускается размещение в подвальных и цокольных этажах лечебно-диагностических корпусов помещений мастерских, складов ядовитых, сильнодействующих, легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, аккумуляторных, а также приемных отделений.

В цокольных этажах с отметкой 1,2 м ниже отмостки или планировочной отметки тротуара допускается размещать служебные помещения, помещения для выписки пациенток, медицинские архивы, вестибюли. В порядке исключения, по согласованию с территориальными органами государственного санитарного надзора, допускается размещение дезкамер небольшой мощности, хотя, по существующим правилам, для дезкамер должны быть выделены отдельные строения.

В цокольных этажах с отметкой пола не более 0,5 м допускается размещать все помещения, кроме родовых, операционных, процедурных, врачебных кабинетов.

В родовспомогательных учреждениях как самостоятельных, так и в составе многопрофильных больниц, архитектурно-планировочные решения должны обеспечить четкое зонирование отделений, цикличность их заполнения и санитарной обработки, упорядочение внутрибольничных потоков, улучшение условий работы персонала.

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима, изоляцию заболевших.

Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена в соответствии с их функциональным назначением. Поверхность стен, перегородок и потолков помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и дезинфекции.

В помещениях, подвергающихся влажной текущей дезинфекции (операционные, родовые, предоперационные, процедурные и др. аналогичные помещения, а также ванные, душевые, санитарные узлы, клизменные, помещения для хранения и разборки грязного белья и др.) стены следует облицовывать глазурованной плиткой и другими влагостойкими материалами на полную высоту. Для покрытия полов надлежит применять водонепроницаемые материалы. Полы в операционных и родовых должны быть безискровые, антистатические. Потолки в помещениях с влажным режимом должны окрашиваться водостойкими (масляными и другими) красками.

Весь уборочный инвентарь должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению и храниться раздельно.

Родзалы, палаты новорожденных и недоношенных детей до 1 года, процедурные боксы и молочные комнаты следует после уборки, а также в процессе текущей эксплуатации периодически облучать ультрафиолетовыми стационарными или передвижными бактерицидными лампами из расчета 1 ватт мощности лампы на 1 кубический метр помещения.

В настоящее время существует несколько типов АС:

Без врачебной помощи (колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты);

С общей врачебной помощью (участковые больницы с акушерскими койками);

С квалифицированной врачебной помощью (РБ, ЦРБ, городские родильные дома, родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, НИИ, центров).

АС имеет следующие основные подразделения:

Физиологическое (I) акушерское отделение (50-55% от общего числа акушерских коек);

Отделение (палаты) патологии беременности (25-30% от общего числа акушерских коек);

Отделение (палаты) новорожденных в I и II акушерских отделениях;

Обсервационное (II) акушерское отделение (20-25% от общего числа акушерских коек);

Гинекологическое отделение (25-30% от общего числа акушерских коек).

Первое (физиологическое) акушерское отделение

Первое (физиологическое) акушерское отделение включает в себя:

*Приемно-пропускной блок*

Приемно-пропускной блок родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты. Смотровые комнаты существуют раздельно для физиологического и обсервационного отделений. Каждая смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, то оно должно иметь отдельный приемно-пропускной блок.

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

Беременная или роженица, поступая в приемную, снимает верхнюю одежду и проходит в фильтр. В фильтре врач решает, подлежит ли данная женщина госпитализации в роддом и в какое отделение (палаты патологии, I или II акушерские отделения). Для решения этого вопроса врач собирает анамнез для выяснения эпидемической обстановки на работе и дома.

В физиологическое отделение направляют беременных или рожениц без признаков инфекционных заболеваний и не имеющих контакта с инфекцией. Всех беременных или рожениц, представляющих угрозу инфицирования для здоровья женщин госпитализируют либо во II акушерское отделение, либо переводят в специализированные стационары (лихорадка, признаки инфекционного заболевания, кожные заболевания, мертвый плод, безводный промежуток свыше 12 часов и др.).

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

Затем врач и акушерка проводят общее и специальное акушерское обследование.

После обследования проводят санитарную обработку, объем которой зависит от общего состояния поступающей или от периода родов (бритье подмышечных впадин и наружных половых органов, стрижка ногтей, очистительная клизма, душ). Беременная (роженица) получает индивидуальный пакет со стерильным бельем (полотенце, рубашка, халат), чистую обувь и переходит в палату патологии или в предродовую палату. Из смотровой II отделения переход возможен только во II отделение. Женщинам, поступающим в роддом, разрешают использовать собственную нематерчатую обувь, предметы личной гигиены.

Весь медицинский персонал лечебного или акушерского учреждения должен быть безукоризненно опрятным и аккуратным. Края рабочей (санитарной) одежды должны полностью закрывать личную (домашнюю) одежду. Волосы должны полностью закрываться шапочкой или косынкой. Сменная обувь персонала операционных, родблоков, реанимационных, перевязочных и отделений новорожденных должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции.

Лица, поступившие на работу в родильный дом, в дальнейшем проходят полный медицинский осмотр в соответствии с приказом Минздрава СССР № 555 от 29.09.89 г. Весь персонал должен быть взят на диспансерное наблюдение для своевременного выявления и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки, кожи, выявления и лечения кариеса. Обследование персонала специалистами (терапевт, хирург, невропатолог, окулист, отоларинголог, стоматолог) проводят один раз в год, осмотры дерматовенерологом - ежеквартально. Медицинский персонал два раза в год сдает анализ крови на ВИЧ, ежеквартально - на RW; дважды в год - на наличие золотистого стафилококка.

Перед осмотром и после осмотра здоровых женщин врач и акушерка моют руки специальным моющим средством или туалетным мылом. Перед выполнением процедур, а также после выполнения "грязных процедур" (уборки помещения, смены белья больным, посещения туалета т.д.) руки также моются туалетным мылом. При наличии инфекции или при осмотре, проводившемся во II отделении, руки обеззараживают дезинфицирующими растворами. После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

*Родильный блок*

Родильный блок включает в себя предродовые палаты (палату), палату интенсивной терапии, родовые палаты (залы), комнату для новорожденных, операционный блок (большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови, переносной аппаратуры), кабинеты и комнаты для медперсонала, санузлы и т.п.

*Предродовые и родовые палаты* могут быть представлены отдельными боксами, которые при необходимости можно использовать в качестве малой операционной или даже большой операционной при наличии в них определенного оборудования. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой (работа не более трех суток подряд).

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

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим: температура в помещении +18° С - +20° С, влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки - с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, включение бактерицидных ламп на 30-60 минут.

Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать, судно и скамейка для судна имеют один и тот же номер. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать дезинфицируют. Судно после каждого использования промывают проточной водой, а после перевода роженицы в родильный зал его дезинфицируют.

При поступлении в родильный дом и после излития околоплодных вод в обязательном порядке производится влагалищное исследование. Его проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики и с взятием мазков на флору. В предродовой роженица проводит весь первый период родов.

*Палата интенсивной терапии* предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

В начале II периода родов роженицу переводят в *родильный зал* после обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором. В родильном зале роженица надевает стерильную рубашку и бахилы.

Родильные залы должны быть светлыми, просторными, оснащены аппаратурой для дачи наркоза, необходимыми медикаментами и растворами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных. Температура помещений должна быть +20˚С -+22˚С. Прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях.

Перед приемом родов акушерка моет руки как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов.

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

Асептика и безупречная личная гигиена новорожденного и матери - основные принципы, которым должен следовать персонал родильного дома, особенно в отношении профилактики выявления стафилококкового носительства. Новорожденного акушерка переносит на руках из родовой палаты в детскую. Здесь детская медицинская сестра производит его туалет (снимает с помощью стерильного вазелинового масла остатки родовой смазки, обрабатывает поверхность тела 70 % спиртом, смазывает кожные складки цинкланолиновой мазью), одевает в нагретое белье, укладывает в кровать с определенным номером. Новорожденный требует внимательного наблюдения за его состоянием. У него может наступить рвота, нарушение дыхания (цианоз) и т. д. При кровотечении из пуповины проверяют, правильно ли наложена лигатура или скобка, чтобы при необходимости подтянуть их, затем наложить достаточно тугую (не пережимая органов брюшной полости) повязку на пуповинный остаток и применить кровоостанавливающие средства (5 % раствор хлорида кальция, рутин, викасол и др.). Перед вторичной обработкой пуповины акушерка повторно обрабатывает руки (профилактика гнойно-септической инфекции).

Родильные залы функционируют поочередно, но не более 3-х суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем. Дату такой уборки фиксируют в журнале у старшей акушерки отделения. При отсутствии родов помещение убирают один раз в сутки с использованием дезинфицирующих средств. Генеральная уборка (мойка и дезинфекция) родильных залов проводится один раз в неделю, с освобождением помещений от оборудования, мебели и др. инвентаря.

*Малые операционные* в родовом блоке (2) предназначены для выполнения всех акушерских пособий и оперативных вмешательств, которые не требуют чревосечения (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, акушерские повороты, извлечение плода за тазовый конец, ручное обследование полости матки, ручное отделение последа, зашивание травматических повреждений мягких родовых путей) и осмотра мягких родовых путей после родов. *Большая операционная* предназначена для чревосечений (большое и малое кесарево сечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Для профилактики внутрибольничной инфекции большое значение имеет применение современных методов подготовки операционного поля, использование инцизных пленок, одноразового операционного белья, стерильных одноразовых послеоперационных повязок, правильно подобранных хирургических шовных материалов, качественных внутривенных катетеров и специальных одноразовых пластырей для их фиксации, снижающих риск возникновения флебитов, одноразовых бактериальных фильтров для наркозной аппаратуры и аппаратов ИВЛ.

В родильном блоке родильница и новорожденный после нормальных родов находятся в течение 2-х часов, а затем их переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания (отдельные палаты для матери и новорожденного или палаты-боксы для совместного пребывания матери и ребенка).

*Послеродовое отделение*

Послеродовое отделение включает в себя палаты для родильниц, процедурную, бельевую, санитарные комнаты, туалет, душ, выписную комнату, кабинеты для персонала.

Палаты должны быть просторными, на 4-6 коек. Температура в палатах +18˚С - +20˚С. Палаты заполняют циклично в соответствии с палатами для новорожденных в течение 3-х суток и не более, чтобы можно было всех родильниц выписать одновременно на 5 - 6-й день. Если необходимо задержать в родильном доме 1-2 родильниц, то их переводят в "разгрузочные" палаты. Для родильниц, которые из-за осложненного течения родов, экстрагенитальных заболеваний и операций вынуждены оставаться в родильном доме на более продолжительный срок, выделяют отдельную группу палат или отдельный этаж в отделении.

За каждой родильницей закреплена кровать и судно с одним номером. Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных - уборку с использованием дезинфицирующих средств. После каждой влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30 минут. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. Постельное белье меняют 1 раз в 3 дня, рубашки - ежедневно, подкладные - первые 3 дня через 4 часа, затем - 2 раза в день. Дезинфекция постельных принадлежностей производится после выписки родильницы в дезкамере, которая представляет собой комплекс оборудования для пропитки матраса пароформалином при температуре 80-90˚С с последующей сушкой. Поскольку использование дезкамер невыгодно в материальном плане и приводит к значительной порче постельных принадлежностей, в настоящее время широко используются специальные наматрасники с гипоаллергенным покрытием, не пропускающие влагу, имеющие длительный срок службы и легко поддающиеся дезинфекции и стирке любыми средствами, используемыми в лечебных учреждениях.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода. После нормальных родов через 6-12 часов родильницам разрешают вставать с постели, самостоятельно совершать туалет, начиная с трех суток, ежедневно принимать душ со сменой белья. Для проведения занятий ЛФК в послеродовом периоде и для чтения лекций используют радиотрансляцию в палаты. Персонал в послеродовом отделении моет руки с мылом, а при необходимости, обрабатывает дезинфицирующими растворами. После перевода родильницы во II отделение или выписки всех родильниц палаты обрабатывают по типу заключительной дезинфекции.

В послеродовом периоде большое значение имеет уход за кожей младенца. Два раза в сутки все складки протирают 70 % спиртом и стерильным подсолнечным маслом. Промежность ребенка обмывают теплой водой при каждом пеленании. Ягодицы смазывают 10% цинкланолиновой мазью или 1 % таниновой мазью. Ежедневно обрабатывают остаток пуповины 70 % спиртом с 0,4 % грамицидина. При мокнущем остатке пуповины - 5 % раствором перманганата калия. После отпадения пуповинного остатка пупочную ранку обрабатывают теми же растворами, а при наличии избыточных грануляций - ляписным карандашом. Как правило, пупочная ранка в течение 2-8 дней покрывается эпителием, одновременно происходит сокращение кожного пупочного кольца. Эти процессы заканчиваются к 2-недельному возрасту ребенка.

Важным является также режим кормления новорожденных. Перед каждым кормлением мать моет руки и молочные железы с детским мылом. В настоящее время обработку сосков с целью предупреждения инфекции не рекомендуют.

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

*Отделение новорожденных*

Медицинскую помощь новорожденным начинают оказывать с родильного блока, где в комнате для новорожденных осуществляют не только уход за ними, но и выполняют реанимационные мероприятия. Комната оснащена специальным оборудованием: совместные пеленальные и реанимационные столы, которые являются источниками лучистого тепла и защитой от инфицирования, приспособления для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей и аппараты для проведения искусственной вентиляции легких, детский ларингоскоп, набор трубок для интубации, лекарственные препараты, биксы со стерильным материалом, пакеты для вторичной обработки пуповины, стерильные наборы для пеленания детей и др.

Палаты для новорожденных выделяют в физиологическом и обсервационном отделениях. Наряду с палатами для здоровых новорожденных выделяют палаты для недоношенных детей и детей, родившихся в асфиксии, с нарушением мозгового кровообращения, дыхательными нарушениями, после оперативных родов. Для здоровых новорожденных может быть организовано совместное пребывание с матерью в одной палате.

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

В отделении соблюдают такую же цикличность заполнения палат, параллельно с материнскими палатами. Если мать и ребенка задерживают в родильном доме, то новорожденных помещают в "разгрузочные" палаты. Палаты для новорожденных должны быть обеспечены централизованной подачей кислорода, бактерицидными лампами, теплой водой. Температура в палатах не должна быть ниже +20˚С - +24˚С. Оснащены палаты необходимыми лекарственными средствами, перевязочным материалом, инструментами, пеленальными и реанимационными столами, аппаратурой для инвазивной терапии, аппаратом УЗИ.

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

В отделении проводят тотальный скрининг на *фенилкетонурию* и *гипотиреоз* . На 4-7 день здоровым новорожденным проводят первичную противотуберкулезную вакцинацию.

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

**РАЗВИТИЕ АКУШЕРСТВА В РОССИИ.**

В некоторых рукописных лечебниках и травниках упоминаются различные “заговора”, распространенные в народной медицине того времени. Некоторые из них применялись при патологических родах.

Не только на селе или в городе, но и в столице царские и боярские жены рожали в большинстве случаев с помощью бабок-повитух, уровень медицинских знаний которых был весьма невысок.

Иностранные врачи, приглашаемые в Москву для обслуживали царского двора, акушерскими познаниями тоже не отличались. Многие из них ехали в Московию с целью личной наживы.

Русские женщины часто рожали в натопленной бане. В этом обычае рожать в жарко натопленной бане следует видеть не только существовавшее убеждение в том, что потение облегчает и ускоряет роды, а несомненно и, что наиболее важно, укоренившееся, хотя и неосознанно стремление к чистоте.

Названия “бабка-повитуха”, “бабушка-повитуха” и “повивальная бабка”, так на Руси именовались женщины, оказывающие пособие роженице, дает основание предположить, что такая женщина приглашалась в большинстве случаев только при трудных родах; в легких же случат она приглашалась уже после родов для перевязки пуповины и повития, (пеленания) младенца. С одной стороны, это диктовалось известным суеверием — стремлением скрыть роды от окружающих и избежать “дурного глаза”, а с другой стороны, видимо, соображениями экономии. Функции повивальных бабок, помимо первого ухода за младенцем, были весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, поверий, заговоров и различных рукодействий. Так, чтобы “развязались” роды, повитуха расплетала роженице косы, развязывала на одежде все узелки, ходила с роженицей до полного изнеможения последней, подвешивала ее за руки, встряхивала, опрыскивала “с уголька”, разминала ей живот для “правления” плода и пр. При этом чем более бабка-повитуха знала подобных приемов, якобы ускоряющих роды, тем более опытной и знающей она считалась в “бабичьем деле”.

Даже акушерки, практиковавшие в то время в больших городах России, были почти исключительно иностранки. Вполне понятно, что помощью этих врачей и акушерок могло пользоваться только сравнительно ограниченное число рожениц из привилегированного класса; вся же остальная масса русского населения (города и деревни) по-прежнему довольствовалась услугами повивальных бабок.

Впервые в России Петром I были изданы некоторые законоположения, касающиеся деятельности бабок-повитух, которые не подвергались никакому контролю. Прежде всего был издан в 1804 г. указ, запрещавший под страхом смертной казни убивать родившихся уродов, что практиковалось повитухами и не противоречило установившимся в народе взглядам.

Как средство увеличения народонаселения, ставшего проблемой при новых, повышенных потребностях комплектования армии и флота, несколько позже Петром I были заложены и первые убежища для новорожденных, от которых матери по различным причинам хотели избавиться. Эти убежища явились прототипом будущих воспитательных домов.

Так, в 1712 г. Петр 1 издал указ: “По всем губерниям учинить шпиталеты для увечных, а также прием незазрительный и прокормление младенцев, которые от незаконных жен рождены...”.

Но дело призрения “зазорных младенцев” продвигалось медленно, а потому Петр I в 1714 и 1715 гг. снова издает подобные указы, добавляя распоряжение о том, чтобы для ухода за подкинутыми младенцами в “шпиталетах” набрать “искусных жен”.

С распространением в России просвещения и ростом общей культуры увеличился спрос на разумную акушерскую помощь, ощутилась потребность организовать подготовку если не врачей-акушеров, то на первое время хотя бы отечественных акушерок. Уже после Петра I, в царствование Елизаветы, правительство сделало решительный шаг в деле плановой подготовки акушерок.

21 марта 1754 г. директор Медицинской канцелярии П. 3. Кондоиди сделал “Правительствующему Сенату от Медицинской канцелярии о порядочном учреждении бабичева дела в пользу общества представление”, в котором указывал, “сколько злых следствий рожашщам за неимением ученых и искусных бабок ежедневно происходит”, а потому считал необходимым взять на учет всех повивальных бабок, подвергнуть их экзаменам, ввести за счет казны “присяжных бабок”, “городовых” акушеров и акушерок и открыть в Москве и Петербурге по одной “бабичьей” школе для подготовки акушерок.

В вопросе организации акушерского образования в России особенно большую роль следует отвести выдающемуся организатору здравоохранения П. 3. Кондоиди (1710—1760). Он первый организовал преподавание акушерства в России и правильно оценил всю важность организации акушерской помощи населению. Он, оценивая специфические особенности госпитальных школ, которые имели своим назначением подготовку военных лекарей, не решился ввести преподавание в этих школах акушерства. Но так как потребность в рациональной акушерской помощи к этому времени уже достаточно назрела, П. 3. Кондоиди поставил вопрос об отдельной организации акушерских школ, что и было им предложено в упомянутом выше “Представлении” в Сенат. П. 3. Кондоиди дал подробную и точную инструкцию для теоретического и практического преподавания, установил точные сроки обучения и производства экзаменов. Преподавательский персонал каждой школы должен был состоять из “профессора бабичьего дела” и его помощника-лекаря, именовавшегося акушером. Преподавание анатомии женского полового аппарата должно было проводиться на трупах. К слушанию “лекционов” профессора привлекались также и практикующие уже бабки, так как школы имели целью подготовлять новых акушерок и усовершенствовать знания старых. Кроме этих занятий, носивших теоретический характер, должны были происходить и занятия практические, у постели роженицы. Вести их должны были бабки, уже имевшие право практики, которые с этой целью брали учениц с собой на роды. Весь курс обучения укладывался в 6 лет. По истечении первых 3 лет обучения поручалась самостоятельная практика, но под наблюдением опытной бабки. Предполагалось, что школы обеспечат кадрами акушерок не только крупные города, по и всю страну.

Мероприятия П. 3. Кондоиди были продуманы очень детально, и осуществление их в полной мере и в широком масштабе должно было бы дать значительно больше, чем это было в условиях дворянско-крепостнической России. Из-за недостатка ассигнований “бабичьи” школы в Петербурге и Москве были открыты только в 1757 г., когда правительство нашло возможным отпускать на “бабичье дело” по 3000 рублей ежегодно каждой из этих школ. При наборе учениц в школы встретились большие трудности. Когда на основании утвержденного Сенатом указа была произведена регистрация проживающих в Петербурге и Москве бабок, то их оказалось в Петербурге 11, а в Москве — 4. Кроме того, в Петербурге были 3 и в Москве — 1 бабка, которые могли практиковать только под надзором более опытной. Таким образом, на два крупных столичных города Российской империи оказалось всего 19 женщин, имеющих ту или иную акушерскую квалификацию. Это был весь резерв, из которого можно было вербовать учениц. Но все же школы начали свою работу. Многие родильницы, среди которых практиковали ученицы, были так бедны, что не в состоянии были платить за самые необходимые лекарства. П. 3. Кондоиди и в этом вопросе нашел некоторое разрешение. По его представлению в 1759 г. Сенат принял решение, чтобы по рецептам акушеров из столичных аптек отпускались бесплатно для неимущих родильниц и новорожденных младенцев необходимые лекарства и вещи за счет остаточных сумм, определенных Сенатом для “бабичьего дела”.

Трудности подбора учениц и своеобразность преподавания в школах тормозили подготовку численного роста акушерского персо н ала. Так, за 20 лет работы Моско в ской школы было выпущено всего 35 повивальных бабок и из них только 5 человек русских, все же остальные были ино странки. Нов ы е же школы сыграли известную роль в деле подготовки о т ечественных кадров акушерок.

Са м ым выдающимся представителем русского акушерства того времени был Нестор Максимович А м боди к-М аксимович (1744— 1812) по достоинству названны й “отцом русского акушерства”. Вся его деятельность была проникнута высоким патриотизмом, любовью к науке и неиссякаемой энергией в воспитании отечественных кадров врачей-акушеров и акушерок.

Н. М. Амбодик был ученым-энциклопедистом. Ему принадлежит заслуга в создании медицинской русской терминологии. Он был автором нескольких словарей (хирургического, анатомо-физиологического и ботанического). Им было написано первое оригинальное русское руководство по акушерству в 6 частях с превосходным атласом “Искусство повивания или наука о бабичьем деле”. Это было лучшее пособие до середины XIX столетия. В нем Н. М. Амбодик подробно осветил все вопросы акушерства на современном ему уровне знаний, а также коснулся некоторых элементов гинекологии (анатомии, физиологии, патологии женского организма и гигиены женщины). Следует отметить указания в руководстве Н. М. Амбодика “о перстном осязании” при внутреннем исследовании женщины — обрезании ногтей и мытье рук, что не упоминалось в руководствах по акушерству более позднего времени.

Начиная с XIX века в России бурно началось развитие акушерства. Великие ученые постоянно привносили свой вклад в развитие этой медицинской дисциплины. Особенно хочется отметить деятельность В.Ф.Снегирева. В честь него была названа клиника Акушерства и Гинекологии Московской Медицинской академии им. И.М.Сеченова.

Почти за пятьдесят лет своей кипучей, высокопродуктивной деятельности В. Ф. Снегирев создал гинекологию как самостоятельную отрасль русской медицинской науки. До Снегирева в Москве не было ни кафедры гинекологии, ни гинекологической клиники, и вся наука о женских болезнях сводилась к тому, что читалось несколько теоретических лекций как добавление к учению о детских болезнях. Обладая ярким индивидуальным талантом и будучи прогрессивным общественным деятелем, Снегирев создал оригинальную школу гинекологов, высоко подняв престиж русского врача внутри страны и за границей. Он явился основателем первой гинекологической клиники в Москве и организатором Гинекологического института усовершенствования врачей при Московском университете.

К числу выдающихся заслуг Снегирева относится то, что он один из первых открыл двери своей клиники для женщин-врачей, преодолев консервативные настроения того времени.

Владимир Федорович придавал огромное значение работе женщин-врачей в области гинекологии. Он совершенно справедливо — 50 лет тому назад — указывал, что необходимую медицинскую помощь женщинам можно как следует организовать только в том случае, если будет широко поставлено наряду с образованием мужчин и женское медицинское образование.

Владимир Федорович Снегирев является основоположником гинекологии как самостоятельной отрасли русской медицинской науки, блестящим хирургом и крупнейшим клиницистом-мыслителем. Он всемерно способствовал развитию отечественной гинекологии и добился достижения ею такого уровня, который превысил уровень гинекологии за границей. Снегирев был новатором в гинекологии, он поднял на большую высоту престиж русского врача не только в России, но и за границей.

Благодаря творческому складу ума, необыкновенной наблюдательности и огромному трудолюбию Снегирев создал великий труд “Маточные кровотечения”, который вошел в золотой фонд медицинской науки.

*Список литературы:*

Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров СанПин 5179-90.

Физические факторы в акушерстве и гинекологии. Стругацкий В. М. М., 1981.

Гигиена. Габович Р. Д., Познанский С. С. Издательское объединение "Вища школа", 1983 г.

Проектирование больниц. Под ред. Сафонова А. Г. М., Стройиздат, 1977.