1. , 36 лет.

Не работает, профессиональных вредностей не было.

Поступила в родильное отделение 24.01.97 в 11.10.

Доставлена сантранспортом.

2.Жалобы.

Тянущие боли в нижней части живота. Патологических выделений нет.

Голова не болит, зрение ясное; тошноты, рвоты, болей в эпигаст-

ральной области нет.

3.Анамнез жизни.

Развивалась соответственно возрасту. Начала ходить с 1 года.

В детстве болела гриппом, ОРЗ, ангиной, дизентерией.

4.Акушерско-гинекологический анамнез.

Первые месячные с 14 лет, регулярные, безболезненные. Начало поло-

вой жизни с 35 лет в первом браке. Гинекологические заболевания

отрицает. Настоящая беременность первая. Встала на учет с 14-15 нед,

консультацию посетила 9 раз. Раннего токсикоза не было. Общая при-

бавка веса - 8 кг 600 г; избыточная прибавка веса - 24 нед - 0,5 кг.

Артериальное давление: до беременности - 110/70 мм рт.ст.; во время

беременности (38-39 нед) - 120/80 мм рт.ст. В анализе мочи обнаружен

белок, лейкоциты. Проводимая терапия в условиях женской консультации:

фитолизин в течение 10 дней. Во время беременности никаких заболева-

ний не было. Срок беременности: по последним месячным (25.04.96) -

38-39 нед; по 1 явке в женскую консультацию (06.08.96 - 14-15 нед) -

38 нед; по первому шевелению плода - не помнит; по УЗИ (18.10.96 -

24 нед) - 38 нед; (26.12.96 - 33-34 нед) - 37-38 нед.

5.Объективное исследование.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое,

рост 158 см, вес 67,3 кг. Наружный осмотр: кожные покровы чистые.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, пульс 72 уд/мин.

Артериальное давление на правой руке - 125/80 мм рт.ст., на левой -

125/80 мм рт.ст.

Дыхательная система: дыхание везикулярное.

Пищеварительная система без изменений. Живот мягкий безболезненный.

Мочевыделительная система: отеков нет; симптом поколачивания по

поясничной области отрицательный.

В неблагоприятные в эпидотношении районы в последние 6 мес. не

выезжала. Туберкулез, желтуху, венерические заболевания отрицает.

Аллергических реакций не наблюдалось. Гемотрансфузий не проводилось.

6.Акушерский статус.

Форма матки овоидная, высота стояния дна - 33 см. Живот овоидной

формы, увеличен за счет беременной матки. Окружность живота 97 см.

Рубцы беременности не выражены.

Наружное акушерское исследование по Леопольду-Левицкому:

1) Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают;

осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки -

середина расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пупок вы-

пячивается. Определяется часть плода, располагающаяся в дне матки -

тазовый конец.

2) Обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и распо-

лагают на боковых поверхностях матки. Левая рука лежит на одном

месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности

матки и ощупывают обращенную туда часть плода: определеются равно-

мерная площадка - спинка. Затем правую руку кладут на стенку матки,

а левая ощупывает части плода, обращенные к правой стенке матки:

определяются небольшие выступы, часто меняющие свое положение -

конечности. Вывод: первая позиция, передний вид.

3) Исследующий стоит справа, лицом к лицу беременной. Одну руку

кладут немного выше лобкового соединения так, чтобы I палец нахо-

дился на одной стороне, а четыре остальных - на другой стороне

нижнего сегмента матки. Медленными движениями пальцы погружают

вглубь и обхватывают предлежащую часть. Прощупывается плотная ок-

руглая часть, имеющая отчетливые контуры - головка. Короткими

легкими толчками стараются сдвинуть головку справа налево, и нао-

борот; баллотирования не ощущается.

4) Исследующий встает справа, лицом к ногам беременной. Ладони

обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева,

кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно

проникают вглубь по направлению к полости таза и кончиками пальцев

определяют предлежащую часть (головка) и высоту ее стояния -

прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин, выслушивается

ниже пупка справа.

Предполагаемый вес плода по таблице Рудакова - 3250 +- 100 г.

Имеется пастозность голеней.

Ромб Михаэлиса: форма правильная, размеры - 11х10 см.

Размеры таза: 26-28-33-20 см. Индекс Соловьева - 14 см.

Влагалищное исследование: 24.01.97 12.20

Шейка матки резко укорочена до 0,5 см, мягкая, по проводной оси

таза, цервикальный канал проходим для 1,5 поперечных пальца за мяг-

кий внутренний зев. Плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата

ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов нет.

7.Диагноз и его обоснование.

Беременность 39-40 нед. Роды первые срочные, на 39 нед, первый пе-

риод. Преэклампсия легкой степени, анемия беременных.

Кровь IV группы, резус-отрицательная. Первородящая 36 лет.

Анализы:

 Дата Срок Вес +- За АД,

 б-ти, период мм Hg

 нед нед

06.08.96 14-15 60 - 110/70;

 110/70

Уезжает до октября 1996 г. в деревню Мягозеро Лен.области

14.10.96 23-24 66,0 - 110/70;

 110/70

21.10.96 24-25 66,5+0,5 1 - " -

11.11.96 27-28 66,9+0,4 3 - " -

29.11.96 30-31 67,2+0,3 2,5 - " -

19.12.96 33-34 67,7+0,5 3 - " -

10.01.97 36-37 68,1+0,4 3 - " -

20.01.97 38-39 68,6+0,5 1,5 120/80;

 120/80

Анализы мочи:

12.08.96 - светло-желтая, прозрачная, уд.вес - 1011, реакция ней-

тральная, белка нет, эпителий плоский 1-3, лейкоциты - единичные

в поле зрения.

18.10.96 - светло-желтая, уд.вес 1020, реакция кислая, белок -

следы, эпителий плоский - сплошь, лейкоциты - 0-8-10 в поле зре-

ния, слизь. Патологические примеси: белок, лейкоциты.

22.10.96 - уд.вес 1018, реакция кислая, белка нет, эпителий плос-

кий - 2-3, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

10.11.96 - светло-желтая, прозрачная, уд.вес - 1030, реакция кис-

лая, белок - следы, кетоновых тел нет, эпителий плоский 1-2, лей-

коциты - 0-1 в поле зрения, слизь - 4. Патологические примеси -

белок.

27.11.96 - уд.вес - 1015, реакция кислая, белка нет, лейкоциты -

1-3 в поле зрения.

10.12.96 - уд.вес - 1021, реакция кислая, белок - следы. Патоло-

гические примеси - белок.

09.01.97 - уд.вес - 1007, реакция кислая, белок - следы. Патоло-

гические примеси - белок.

Данные УЗИ:

18.10.96 - размеры почек не увеличены, правая почка расположена

обычно, контуры четкие, ровные, паренхима не изменена, не расшире-

на, не деформирована; соли в умеренном количестве, конкрементов нет.

Левая почка расположена обычно, контуры четкие, ровные, паренхима

не изменена, ЧКЛ не расширен, не деформирован; соли в умеренном ко-

личестве, конкрементов нет.

18.10.96 - В полости матки один живой плод в головном предлежании,

сердцебиение ритмичное, кодичество вод умеренное, ПВД 62 мм,

АРВД 61 мм. ВПР 66 мм. ДБ 44 мм. Плод соответствует 24 нед.

Плацента по задней стенке матки I степени зрелости не изменена.

План ведения родов: роды начать вести per vias naturalis на фоне

адекватного обезболивания, спазмолитиков, следя за состоянием плода,

характером родовой деятельности, цифрами АД.

II период - по акушерской ситуации.

III период - профилактика кровотечения.

При выявлении отклонений от нормального биомеханизма родов, учитывая

возраст первородящей, своевременно поставить вопрос о родоразрешении

путем операции.

Внутривенно: глюкоза 40% - 20 ml, витамин С 5% - 5 ml;

Внутримышечно: синэстрол 0,3 ml на эфире, витамины В1, В6 по 1 ml,

но-шпа 2 ml.

Перинеотомия - для профилактики разрывов.

8.Клиническое течение родов.

а) период раскрытия.

Тактика врача при ведении I периода.

Тщательно наблюдать за состоянием роженицы. Выяснять ее самочувст-

вие (степень болевых ощущений, усталость, головокружение, головная

боль, расстройства зрения и др.), состояние кожных покровов. Систе-

матически измерять пульс, АД, температуру тела. Выслушивание серд-

цебиение плода при ненарушенном плодном пузыре проводить каждые 20-

30 мин, а после отхождения вод - через 5-10 мин, обратить внимание

на частоту, ритм, звучность. Неоднократно проводить наружное акушер-

ское исследование: обратить внимание на отношение предлежащей части

ко входу в таз, на консистенцию матки во время схваток и пауз, ее

контуры, высоту стояния дна, состояние нижнего сегмента, погранич-

ного кольца и круглых связок. Влагалищное исследование производится

при поступлении роженицы и после излития околоплодных вод, если

плодный пузырь вскрылся при головке, подвижной над входом в малый

таз, т.к. необходимо выяснить, не возникли ли осложнения, опасные

для плода и течения родов. Обратить внимание на характер выделений

из половых путей. Роженице надо предлагать мочиться каждые 2 ч.

Если самостоятельно она этого сделать не может, прибегают к кате-

теризации. Кишечник опорожнять при поступлении и через каждые 12 ч.

Наружные половые органы роженицы обмывают дезинфицирующим раствором

не реже 1 раза за 5-6 ч, а также каждый раз после мочеиспускания и

дефекации.

Дневник наблюдения за роженицей

1) Середина периода раскрытия (5-6 см).

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 72 уд/мин.

Артериальное давление на правой руке - 125/80 мм рт.ст., на левой -

125/80 мм рт.ст. Регулярные схватки начались в 17.20; продолжитель-

ность схваток - 20 сек; интервал между схватками - 5 мин. Раскры-

тие маточного зева - 5 см.

2) Полное раскрытие.

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 73 уд/мин.

Артериальное давление на правой руке - 125/80 мм рт.ст., на левой -

125/80 мм рт.ст. Продолжительность схваток - 40 сек; интервал между

схватками - 2 мин. Раскрытие маточного зева - 11 см. Плодный пузырь

разорвался в 18.10, отошло 100 мл околоплодных вод.

б) период изгнания.

После отхождения вод схватки стихли; через 15 мин возобновились.

Через 10 мин к ним присоединились рефлекторно возникшие потуги,

которые становились все сильнее и чаще (промежутки между потугами

достигли 1,5 мин). Для профилактики разрывов промежности была про-

изведена перинеотомия. Началось раскрытие половой щели и врезывание

головки. С дальнейшим развитием потужной деятельности врезывающа-

яся головка выступала все больше вперед и уже не скрывалась после

прекращения потуги, половая щель не смыкалась - головка прорезалась.

Принципы защиты промежности:

1) прорезывающаяся головка должна продвигаться медленно и постепен-

но, что способствует растяжению тканей промежности без повреждений.

2) головка должна прорезываться наименьшим для данного предлежания

размером. Чем меньшей окружностью прорезывается головка, тем меньше

она растягивает промежность. При переднем виде затылочного предле-

жания наименьшим размером является малый косой.

3) врач (акушерка) стоит справа от роженицы и начинает оказывать

помощь с самого начала прорезывания головки: а) сдерживает чрезмерно

быстрое продвижение головки, способствуя постепенному прорезыванию

ее; б) предупреждает преждевременное разгибание головки, способст-

вует ее прорезыванию в согнутом состоянии.

Данные ребенка:

Ребенок родился в 18.50, розовый, чистый, удовлетворительного со-

стояния, вес - 3000 г; рост - 50 см, крик громкий, пуповинный оста-

ток в зажиме, видимые слизистые влажные.

Форма грудной клетки - правильная; пульс ритмичный; тоны сердца

ясные. Нервная система: рефлексы живые. Органы брюшной полости:

живот мягкий, отхождение мекония + .

Наружные половые органы по женскому типу. Анус сформирован.

Тазобедренные суставы - разведение полное.

1) группа риска по резус-фактору;

2) раннее прикладывание;

3) наблюдение за цветом кожных покровов.

Оценка по шкале Апгар:

Время после Сердце- Дыхание Окраска Тонус Рефлексы Оценка в

 рождения биение кожи мышц баллах

 1' 2 2 1 2 2 9

 5' 2 2 1 2 2 9

Туалет новорожденного. Родившегося ребенка обтирают стерильной ва-

той или марлей. Стерильным баллончиком отсасывают слизь из носа и

рта ребенка и кладут его между согнутыми и разведенными ногами ма-

тери на подогретую стерильную пеленку. Пуповина не должна быть на-

тянутой. Осматривают ребенка и следят за его поведением.

Профилактика гонобленнореи: Sol.Albucidi 30% в глазки и НПО

I - 18.50; II - 20.50.

Обработку пуповины осуществляют в два этапа:

1) После прекращения пульсации пуповины на нее накладывают два за-

жима, один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а второй на 2 см

кнаружи от него. Участок пуповины, находившийся между зажимами, об-

рабатывают 5% спиртовым раствором йода и пересекают его.

2) Отделенного от матери ребенка переносят на лотке на пеленальный

стол. Остаток пуповины протирают стерильной марлевой салфеткой, пу-

повину туго отжимают между указательным и большим пальцами.

Если у матери резус-отрицательная принадлежность крови, то новорож-

денному на остаток пуповины длиной 5 см накладывают стерильную шел-

ковую лигатуру, чтобы в случае необходимости можно было провести

заменное переливание крови через сосуды пуповины. На расстоянии

2,5 см кнаружи от места наложения лигатуры пуповину рассекают сте-

рильными ножницами. Поверхность среза пуповины обрабатывают 5%

спиртовым раствором йода. Остаток пуповины с шелковой лигатурой

завязывают стерильной марлевой салфеткой в виде колпачка. После об-

работки пуповины производят первичную обработку кожных покровов.

Стерильными ватными шариками, смоченными стерильным вазелиновым

маслом, удаляют сыровидную смазку, а также остатки крови, слизи и

околоплодных вод с лица, волосистой части головы, груди, живота,

спины, конечностей. Затем, после измерений на ребенка надевают

стерильную теплую распашонку, завертывают его в стерильную пеленку

и одеяло, кладут в кроватку и оставляют на 2 ч под наблюдением

акушерки, после чего переводят в палату новорожденных.

в) последовый период.

Принципы ведения. Последовый период ведется выжидательно при вни-

мательном и постоянном наблюдении за роженицей. Необходимо все вре-

мя следить за общим состоянием женщины, окраской кожи и видимых

слизистых оболочек, считать пульс, измерять АД, справляться о само-

чувствии; учитывать количество крови, теряемой роженицей. Наблюде-

ние за формой матки и высотой стояния ее дна позволяет судить об

отслойке плаценты, а также предполагать возникновение позадиплацен-

тарной гематомы. Не допускать переполнения мочевого пузыря (катете-

ризация).

Признаки отделения плаценты:

1) Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера).

2) Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда).

3) Появление выпячивания над симфизом.

4) Позыв на потугу (признак Микулича).

5) Удлинение пуповины при натуживании роженицы (признак Клейна).

6) Признак Кюстнера - Чукалова: если надавить ребром ладони на над-

лобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается

во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается.

Способы выделения отделившегося последа:

1) Способ Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря производят

бережный массаж матки для ее сокращения. Затем обеими руками берут

брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

2) Способ Гентера. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки приводят к

срединной линии. Становятся сбоку от роженицы, лицом к ее ногам,

кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльной поверхностью основных фа-

ланг на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливают

в направлении книзу и внутрь; роженица при этом не должна тужиться.

3) Способ Креде - Лазаревича. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки

приводят к срединной линии. Легким массажем стараются вызвать сокра-

щение матки; становятся слева от роженицы, лицом к ее ногам, дно

матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы I палец нахо-

дился на передней стенке матки, ладонь - на дне, а 4 пальца - на

задней поверхности матки; производят выжимание последа: сжимают

матку в переднезаднем размере и одновременно надавливают на ее дно

по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.

Дневник ведения 3-го периода.

Послед выделился самостоятельно через 10 мин после рождения ребенка.

Родившийся послед тщательно осмотрели: края гладкие, без отходящих

от них оборванных сосудов. Проверили целость водной и ворсистой обо-

лочек: оборванных сосудов, отходящих от края плаценты между оболоч-

ками обнаружено не было. После осмотра плаценту измерили и взвесили.

Затем измерили общее количество крови, потерянное в последовом пери-

оде и непосредственно после родов.

9. Осмотр мягких родовых путей в операционной.

После рождения последа наружные половые органы, область промежности

и внутренние поверхности бедер обмыли теплым слабым дезинфицирующим

раствором, высушили стерильной салфеткой и приступили к осмотру.

Вначале осмотрели наружные половые органы и промежность, затем, раз-

двинув стерильными тампонами половые губы, осмотрели вход во влага-

лище; после этого провели осмотр шейки матки с помощью зеркал. Раз-

рывов не обнаружено. Наложены швы на заднюю спайку и промежность в

области, где была произведена перинеотомия.

10.Время начала регулярных схваток - 17.20;

 время отхождения околоплодных вод - 18.10;

 полное открытие произошло в 18.00;

 время рождения ребенка - 18.50;

 время отделения плаценты - 19.00.

 Кровопотеря составила 250 мл.

 Продолжительность родов: общая - 2 ч 5 мин;

I период - 1 ч 15 мин; II период - 40 мин; III период - 10 мин.

11. Дата - 24.01.97, время 19.20:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 72 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,8 гр.С.

 20.00:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 71 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,9 гр.С.

 21.00:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 73 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,7 гр.С.

 Назначения при переводе в послеродовое отделение:

Внутривенно: глюкоза 40% - 20 ml, витамин С 5% - 5 ml;

Внутримышечно: витамины В1, В6 по 1 ml, но-шпа 2 ml.

12.Послеродовое отделение. 25.01.97:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 73 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,7 гр.С.

Дно матки на уровне пупка; лохии содержат значительную примесь крови,

количество - 150 г; молочные железы нагрубают, при надавливании вы-

деляется молозиво; область промежности красноватого цвета, края раз-

реза рубцуются, швы не расходятся; функции мочевого пузыря и кишеч-

ника не нарушены, диурез несколько повышен.

Назначения - внутривенно: глюкоза 40% - 20 ml, витамин С 5% - 5 ml;

внутримышечно: витамины В1, В6 по 1 ml, но-шпа 2 ml.

26.01.97:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 74 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,8 гр.С.

Дно матки на 12 см выше лобкового сочленения; лохии содержат значи-

тельную примесь крови, количество - 150 г; молочные железы нагрубают,

началось отделение молока; область промежности красноватого цвета,

края разреза рубцуются, швы не расходятся; функции мочевого пузыря и

кишечника не нарушены, диурез нормальный.

Назначения - внутривенно: глюкоза 40% - 20 ml, витамин С 5% - 5 ml;

внутримышечно: витамины В1, В6 по 1 ml, но-шпа 2 ml.

27.01.97:

Состояние удовлетворительное, сознание сохранено. Пульс 72 уд/мин.

Артериальное давление - 125/80 мм рт.ст.,температура тела - 36,9 гр.С.

Дно матки на 14 см выше лобкового сочленения; лохии имеют характер

серозно-сукровичной жидкости, количество - 100 г; молочные железы

грубые, отделяется молоко; область промежности красноватого цвета,

края разреза рубцуются, швы не расходятся; функции мочевого пузыря

и кишечника не нарушены, диурез нормальный.

Назначения - внутривенно: глюкоза 40% - 20 ml, витамин С 5% - 5 ml;

внутримышечно: витамины В1, В6 по 1 ml, но-шпа 2 ml.

13.Эпикриз.

Гришина Светлана Владимировна, 36 лет, поступила в родильное отде-

ление 24.01.97 в 11.10. Доставлена сантранспортом. Роды физиологи-

ческие. Регулярные схватки начались в 17.20; продолжительность схва-

ток - 20 сек; интервал между схватками - 5 мин. В периоде полного

раскрытия продолжительность схваток составила 40 сек; интервал между

схватками - 2 мин. Плодный пузырь разорвался в 18.10, отошло 100 мл

околоплодных вод. После отхождения вод схватки стихли; через 15 мин

возобновились. Через 10 мин к ним присоединились рефлекторно возник-

шие потуги, которые становились все сильнее и чаще (промежутки между

потугами достигли 1,5 мин). Для профилактики разрывов промежности

была произведена перинеотомия. Ребенок родился в 18.50, розовый, чис-

тый, удовлетворительного состояния. Послед выделился самостоятельно

через 10 мин после рождения ребенка. Кровопотеря составила 250 мл.

При осмотре разрывов не обнаружено. Наложены швы на заднюю спайку и

промежность в области, где была произведена перинеотомия. Родильница

чувствует себя хорошо, переведена в послеродовое отделение.

14.Организация санитарно-эпидемиологического режима в роддоме.

Санитарно-эпидемиологический режим родовспомогательного учреждения

направлена на предупреждение возникновения внутрибольничной инфекции

и ликвидацию возникших заболеваний.

Акушерское учреждение 1-2 раза в год закрывают для проветривания

и профилактической санобработки. Не реже одного раза в год произво-

дят косметический ремонт с мытьем или окраской стен.

Ежедневно проводится врачебный осмотр зева и кожи персонала, при-

ступающего к работе, с обязательной регистрацией в журнале.

Медицинские работники должны своевременно сообщать о контакте с

больными ангиной, ОРЗ. При выявлении у медперсонала гнойничковых

заболеваний кожи, ангины и ОРЗ персонал отстраняют от работы. Мед-

персонла должен быть обеспечен индивидуальными шкафчиками для хра-

нения собственного платья, платья для работы и сменной обуви.

После осмотра персонал принимает душ в санпропускнике, переодевает

платье и обувь для работы, надевает халат и шапочку, которые меняет

ежедневно. Марлевую маску нужно менять каждые 4 ч. Для каждого от-

деления целесообразно иметь специально помеченные маски.

Консультанты, преподаватели и студенты, кроме халата, шапочки и

маски, должны иметь выделенную обувь, которую до и после использо-

вания протирают 1% раствором хлорамина.

Дезинфицирующие средства выписываются на обычном рецептурном бланке

и подписываются зав.отделением и главным врачом.

Хранят дез.средства в нежилом, защищенном от солнца, сухом, прохла-

дном (Т не выше 20-25 град.С) и проветриваемом помещении, пол кото-

рого должен быть выполнен из асфальта, кирпича или глины.

Не допускается хранение в одном помещении с дез.средствами пищевых

продуктов, взрывчатых и огнеопасных веществ, баллонов со сжатым

газом и пр.

В этом же помещении дез.средства по специальной инструкции разводят

для приготовления раствора нужной концентрации.

При приеме на работу в акушерские стационары все медработники обя-

заны пройти осмотр у терапевта, стоматолога, дерматовенеролога, ги-

неколога и отоларинголога с бактериологическим исследованием мазков

из носа и зева на патогенный стафилококк, в последующем осмотр и

исследование мазков из зева и носа производят не реже, чем 1 раз в

3 мес. Злостные носители патогенного стафилококка, т.е. лица, выде-

ляющие при трехкратном обследовании один и тот же фаготип микроба,

подлежат обязательной санации.

Противопоказанием к работе в физиологических акушерских отделениях

служит наличие хронических воспалительных очагов в верхних дыха-

тельных путях, субатрофические состояния слизистых оболочек носа и

зева, кариес зубов.

1 раз в 3 мес.производится обследование медперсонала на кишечную

группу микробов, осмотр дерматовенеролога и гинеколога с бактерио-

логическим исследованием мазков и серологическим исследованием крови.