

методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г.

Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий.

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО**

### **Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий.**

Методическое письмо подготовлено сотрудниками Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И.Широковой, О.С. Филипповым, Ю.Е. Тереховой.

Рецензент - главный специалист неонатолог Минздравсоцразвития России Е.Н. Байбарина.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях дальнейшего совершенствования акушерско-гинекологической помощи обращает внимание на необходимость внедрения следующих эффективных медицинских практик в службу родовспоможения.

**Семейно-ориентированные (партнерские) роды** – практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

Обращаем внимание, что в соответствии с п.п.12,13 ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ) и ст.64 Семейного кодекса Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. №223-ФЗ **присутствие отца ребенка на родах как законного представителя должно осуществляться без взимания платы.**

**Ведение партограммы** - наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи. **Ведение партограммы в процессе родов per vias naturalis является обязательным!**

Руководителям учреждений родовспоможения совместно с медицинскими колледжами и кафедрами акушерства и гинекологии медицинских вузов необходимо организовать обучение врачей акушеров-гинекологов и акушерок правильному заполнению и ведению партограмм. Ежеквартально проводить мониторинг процента заполняемости истории родов партограммами и правильности ведения партограмм.

Для оценки эффективности использования партограмм необходимо оценивать в динамике следующие показатели: доля затянувшихся родов (более 18 часов - %), доля стимулированных родов (%), доля экстренных операций кесарева сечения (%), показатель интранатальной гибели плода.

**Профилактика гипотермии новорожденных** – это комплекс мероприятий, выполняемых в течение родов и в первые дни после рождения с целью минимизации потерь тепла у всех новорожденных.

Основные принципы соблюдения «тепловой цепочки»:

поверхности, на которые выкладывают ребенка, должны быть чистыми и теплыми;

необходимо заранее подготовить согретые пеленки для обсушивания ребенка, теплые пеленки и одеяла;

после рождения немедленно обсушить тело ребенка;

обеспечить **ранний контакт «кожа-к-коже» новорожденного и матери** (метод, который подразумевает нахождение обнаженного ребенка на животе или груди матери (отца), ребенок должен быть обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом, на голове у

ребенка должна быть надета шапочка, длительность контакта - от 40 мин. до 2-х часов);

приложить ребенка к материнской груди;

укрыть мать и ребенка одним одеялом;

первичную обработку новорожденного, антропометрию и пеленание проводить не менее, чем через час от момента рождения, после контакта с матерью;

термометрия всем новорожденным должна проводиться в родзале в течение 2-х часов 4-хкратно и сразу после перевода в послеродовую палату.

Невыполнение хотя бы одного из этих мероприятий разрывает «тепловую цепочку» и ставит новорожденного под угрозу переохлаждения.

В дальнейшем, для обеспечения непрерывности «тепловой цепочки», наряду с общепринятым наблюдением за ребенком, необходимо, дважды в сутки проводить измерение его температуры.

Одним из звеньев поддержки «тепловой цепочки» является так называемый **«метод кенгуру»**, при котором ребенок фиксируется на груди у матери или отца на несколько часов. При применении этого метода ребенок не охлаждается и не расходует дополнительную энергию для согревания. При этом улучшается функция сердечно-сосудистой и дыхательной систем ребенка, облегчается процесс начала грудного вскармливания, ребенок меньше плачет, лучше растет и развивается. Особенно рекомендуется для недоношенных и маловесных детей.

Руководителям учреждений родовспоможения необходимо принять меры по обеспечению благоприятного температурного режима в родильных залах (температура воздуха не менее 25<sup>0</sup> С), оснащению родзалов и других помещений термометрами, проведению контроля температуры не менее 2-х раз в сутки с фиксацией показателей в журналах учета температуры в помещениях, проведению инструктажа медицинского персонала по алгоритму действий по профилактике гипотермии новорожденных и обеспечению контроля за выполнением комплекса мероприятий «тепловой цепочки» при уходе за новорожденными. Для термометрии новорожденных необходимо использовать электронные термометры.

**Мероприятия по поддержке грудного вскармливания должны осуществляться на всех этапах оказания медицинской помощи женщине (в период беременности, родов, в послеродовой период) и ребенку.**

При оказании медицинской помощи женщинам **в женских консультациях необходимо:**

формировать положительную установку на грудное вскармливание с учетом оценки состояния беременной;

организовать школы грудного вскармливания, разработать план бесед, лекций, совместных занятий с семьей по вопросам преимущества и методов грудного вскармливания, недостатков искусственного кормления, правил и техники кормления грудью, увеличения лактации, знакомства с правилами и процедурами в родильном доме;

при наблюдении родильниц обеспечить проведение консультирования по вопросам грудного вскармливания, принять меры по организации телефонов «горячей линии» и других способов дистанционного консультирования;

при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности и родов **в акушерском стационаре** (перинатальный центр, родильный дом (отделение), в отделениях (палатах) патологии беременности организовать специальные занятия по обучению и консультированию по грудному вскармливанию;

**в родильном зале** обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания (медицинский персонал должен проконтролировать правильность первого прикладывания);

**в послеродовом отделении:**

организовать обучение, консультирование и практическую помощь в решении возникающих трудностей;

поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;

исключить из пользования новорожденными, находящимися на грудном вскармливании, искусственных успокаивающих средств (сосок, пустышек).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» при выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка).

При оказании медицинской помощи детям первого года жизни в детской поликлинике необходимо оказывать меры поддержки грудного вскармливания.

Руководители медицинских организаций должны принять меры по красочному оформлению наглядных материалов и информационной поддержке грудного вскармливания.

В женских консультациях, акушерских стационарах и детских поликлиниках **не допускается реклама заменителей грудного молока** и групповой инструктаж женщин по искусственному кормлению.

В соответствии с Международным Сводом правил сбыта заменителей грудного молока, рекомендованных Всемирной Организацией Здравоохранения, образцы детских смесей могут быть предоставлены работникам здравоохранения лишь в тех случаях, когда это необходимо для профессиональной оценки или научных исследований на уровне учреждения.

Работники здравоохранения не должны предоставлять образцы детских питательных смесей беременным женщинам, матерям младенцев и детей раннего возраста или членам их семей.

Поставка и использование в качестве заменителей грудного молока переданных в виде дара или продажи по низким ценам учреждениям или организациям детских смесей допускается только в тех случаях, когда имеются противопоказания к грудному вскармливанию ребенка (наличие ВИЧ-инфекции, открытая форма туберкулеза у матери, прием лекарственных средств матерью, противопоказанных ребенку (цитостатики, гипотензивные средства, некоторые антибактериальные препараты), тяжелое состояние матери).

При этом, работники здравоохранения и члены их семей **не должны принимать вознаграждение в денежной или какой-либо иной форме за продвижение переданной или проданной по низкой цене продукции.**

Органам управления здравоохранением совместно с медицинскими колледжами и кафедрами акушерства и гинекологии и педиатрии медицинских вузов необходимо организовать обучение медицинских работников ведению лактации, вопросам грудного вскармливания и навыкам консультирования женщин, разработать перечень вопросов по проблеме грудного вскармливания для их обязательного использования при проведении аттестации на присвоение квалификационной категории.

**С целью профилактики акушерских гнойно – септических осложнений и случаев внутрибольничной инфекции необходимо обратить внимание на внедрение следующих практик.**

Согласно требованиям санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, утвержденных Постановлением Главного государственного

санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» при поступлении женщины на роды, бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы **не являются обязательными** и проводятся по желанию женщины. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). **Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.**

В послеродовых отделениях должны быть предусмотрены палаты совместного пребывания родильниц и новорожденных. Желательно, чтобы количество коек в палатах совместного пребывания было не более 2 материнских и 2 детских. Оптимальными являются одноместные (1 материнская и 1 детская койки) палаты совместного пребывания.

**Совместное пребывание матери и ребенка в родовой комнате и послеродовой палате является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.**

Необоснованная транспортировка новорожденных в различные помещения акушерского стационара **должна быть исключена.** Вакцинация, забор крови для неонатального скрининга, аудиологический скрининг, осмотр врача проводятся в той палате, где находится ребенок.

Рекомендуется свободное пеленание ребенка с открытыми ручками.

Уход за пуповинным остатком осуществляется сухим способом.

Хирургическое иссечение пуповинного остатка – **потенциально опасная процедура**, поэтому она категорически не рекомендуется.

При утверждении порядка посещения беременных и родильниц родственниками администрации родильного дома (отделения) **следует предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.** Важным моментом, направленным на предупреждение распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, **является гигиена рук медицинских работников.**

Необходимо провести базовое обучение медицинского персонала требованиям, правилам и технике обработки рук и внедрить алгоритмы обработки рук медицинского персонала с учетом инвазивности манипуляций.

Процедурные, операционные, перевязочные, родильные палаты, отделения интенсивной терапии, палаты для новорожденных (при раздельном пребывании) должны быть оснащены дозаторами

(диспенсерами) для жидкого мыла и безводного антисептика. Запрещается долив в дозаторы жидкого мыла и антисептика без предварительной дезинфекции дозатора.

Допустимо использование только одноразовых полотенец или салфеток.

С целью формирования культуры чистых рук необходимо обеспечить наглядные материалы в коридоре и палатах.

Обработку рук следует проводить в соответствии с требованиями СанПин 2.1.3.2630-10, раздел 12.

Мытье рук с мылом обязательно до начала работы, после туалета, перед и после приема пищи.

**Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:**

**перед** непосредственным контактом с пациентом;

**после** контакта с неповрежденной кожей пациента (например, после пальпации живота);

**после** контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;

**перед** выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

**после** контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.

**после** лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

**Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:**

гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;

обработка рук кожным антисептиком.

Наружный осмотр женщины должен проводиться с использованием одноразовых перчаток (возможно применение полиэтиленовых). Перед надеванием и после снятия перчаток руки необходимо обработать кожным антисептиком (после использования антисептика руки не вытирать!).

Руки следует вымыть после всех манипуляций, при которых может произойти микробная контаминация медицинского работника, независимо от того, были ли надеты перчатки.

В палатах при проведении ежедневных медицинских обходов рекомендуется заменить мытье рук с мылом и водой обработкой спиртовым (безводным) антисептиком, исключая случаи, когда руки заметно загрязнены или потенциально сильно контаминированы органическими субстанциями.

Необходимость в масках и колпаках **отсутствует, если не проводятся инвазивные вмешательства.**

Во время дежурства и выполнения должностных обязанностей медицинскими работниками **необходимо исключить наличие накладных (гелевых) ногтей, ношение колец, браслетов, наручных часов и других предметов, мешающих обработке рук.** Длина рукава халата (костюма) должны быть выше локтя.

#### **Ранняя выписка.**

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» и Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях -5 суток.

---

*Опубликовано на сайте в 19:51, 04/08/2011. Изменено в 18:31, 15/08/2011.*

- [Банк документов Министерства в правовой системе «Гарант»](#)
- [Правовые основы деятельности Министерства в правовой системе «Гарант»](#)
- [Банк документов Министерства в правовой системе «Консультант Плюс»](#)