

Объективные критерии оценки течения послеродового периода (обзор литературы)

Н.С. Луценко, Х.М. Аль Сулиман

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Внедрение современных эхографических, иммунологических, бактериологических, инструментальных, лабораторных и других методов исследования в акушерскую практику еще в двадцатом веке позволило получить новые данные о ходе физиологического и осложненного послеродового периода. При этом недостаточно внимания уделяется вопросу критериев выписки из стационара при физиологическом течении пуэрперия.

В мире активно практикуется выписка из родильного стационара в первые сутки. Особенной популярностью данное явление (внедрение) пользуется в восточных странах. Там женщины после неосложненных родов и даже кесарева сечения выписывают через 12–24 ч после родов. Данный порядок действует в Сирии, Турции, Алжире и так далее. Выписка родильниц в первые сутки послеродового периода находит свое применение также в Канаде, США. Тем временем Европа, Россия, Украина продолжают придерживаться трехдневной выписки. Например, рекомендациями Министерства здравоохранения Украины (Приказ МЗ Украины от 29.12.2003 № 620, п. 2.16) предусматривалось осуществление выписки матери и ребенка при нормальном течении послеродового периода на 4–5-е сутки после родов. Выписка на третий день после физиологических родов была одобрена Министерством здравоохранения Украины лишь в 2008 г., согласно приказу № 624.

Однако в доступной литературе не удалось отыскать объективные критерии выписки из стационара или документальную базу для принятия подобного решения ни в одной из вышеперечисленных стран.

Можно только предположить, что ранняя выписка в других странах обусловлена высокой стоимостью пребывания в стационаре, налаженной амбулаторной службой после выписки, а также интересом страховых компаний. Вопрос об обоснованной, безопасной ранней выписке из послеродового стационара является актуальным для Украины по двум причинам. Во-первых, это поможет сократить расходы государства, а во-вторых, снизить заболеваемость новорожденных и матерей, в чем убедились страны, применяющие раннюю выписку.

Ключевые слова: послеродовой период, инволюция матки, физиологические роды, УЗИ, родовые травмы.

Современные аспекты ведения послеродового периода

Физиологическое течение пуэрперия, его ведение преимущественно стали изучать с начала XX в. [1]. Однако до сих пор лишь единичные исследования касались изучения объективного обоснования сроков и критериев выписки из стационара после родов. Учитывая, что в различных странах существуют различные традиции ведения послеродового периода [2], действуют различные стандарты выписки и, в то же время, отсутствует в доступной литературе патогенетиче-

ски обоснованная, документальная, законодательная база, касающаяся оптимальных сроков пребывания в родильном стационаре, любые исследования по данной теме являются актуальными и заслуживают внимания.

Анализ многочисленных медицинских литературных источников показал, что сегодня во многих странах принято оставлять мать и ребенка на несколько дней в родильном доме [3], где за ними осуществляется тщательное наблюдение. Практически ни в одном государстве не используется доктрина домашних родов. Раневая поверхность матки, разрывы мягких родовых путей могут служить входными воротами для инфекции [4]. Поэтому правильное ведение послеродового и послеродового периодов позволяет избежать серьезных осложнений (кровотечения, геморрагический шок, ДВС, послеродовые гнойно-септические заболевания) [5].

Послеродовым называют период, в течение которого у женщины после родов происходит обратное развитие органов и систем, которые соответствующим образом изменялись в связи с беременностью и родами. Продолжительность этого периода (с учетом индивидуальных особенностей), как правило, составляет 6–8 нед. Чрезвычайно ответственным промежутком времени считается ранний пуэрпериальный период – это первые 2 ч после окончания родов, в течение которого происходят важные физиологические процессы приспособления материнского организма к новым условиям существования [6].

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовой период большое значение имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены [7].

Правильной инволюции матки способствует своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника [8]. Переполненный мочевой пузырь может легко сместить матку вверх из-за подвижности ее связочного аппарата, что может создавать ложное впечатление о субинволюции матки. Поэтому перед осмотром родильница должна помочиться [9].

Немаловажное значение в процессе обратного развития всех органов и систем имеет послеродовая гимнастика, а также раннее вставание – оптимальным является вставание через 6–8 ч после родов. При раннем вставании следует учитывать самочувствие женщины, соответствие частоты пульса и температуры тела [10]. При удовлетворительном состоянии родильницу с новорожденным на 3–5-е сутки выписывают из родильного дома [11].

Во многих странах основной современной тенденцией ведения послеродового периода является сокращение времени пребывания родильницы в стационаре и выписка ее из стационара менее чем через 48 ч после родов [12]. Это обусловлено повышением точности диагностики послеродовой патологии в связи с появлением УЗИ, лабораторной техники, повышением уровня образованности женщин, возможностью самоконтроля. Важную роль играет экономическая целесообразность.

Отмечается и социально-личная заинтересованность пациентов, особенно при повторных родах, скорее вернуться из роддома к старшему ребенку или детям. Например, в Турции сроки пребывания в стационаре составляют всего лишь сутки [13], в Канаде, США – в среднем 48 ч [14]. Декларированный порядок (то есть законодательно не утвержденный, но фактически используемый) ранней выписки действует в Сирии. По словам опытных сирийских акушеров-гинекологов, при нормальном течении послеродового периода сроки пребывания в стационаре должны составлять максимум 12 ч [15, 16].

Объясняют такую тенденцию к сокращению сроков послеродового наблюдения следующим образом:

- социальной и экономической необходимостью максимально быстрого возвращения родильницы к традиционной жизни в семье, лучшим формированием навыков исключительно грудного вскармливания;
- необходимостью профилактики распространения зоокоммунальных инфекций и послеродовых осложнений;
- меньшим контактом новорожденного с большим числом посторонних людей, что обеспечивает сохранение его здоровья и предотвращает развитие инфекционных заболеваний.

Безусловно, забота о матери и ребенке должна быть индивидуальной и ориентированной на семью. Во многих случаях неосложненных родов [17] (если мать и ребенок здоровы, и мать в состоянии заботиться о новорожденном) пребывание в стационаре на протяжении 12–48 ч достаточно. Женщины должны иметь выбор: оставаться в больнице со своим ребенком в течение как минимум 48 ч после нормальных вагинальных родов или нет. Женщинам с осложненными родами, в том числе после кесарева сечения, может потребоваться больше времени пребывания в стационаре.

Подготовку к выписке следует рассматривать как часть обычного дородового просвещения будущих мам, включая информацию о грудном вскармливании и выявлении у новорожденных проблем, таких, как желтуха и обезвоживание.

Таким образом, в мировой практике современные перинатальные технологии [18] все чаще предполагают раннюю выписку матери с новорожденным из стационара. В некоторых странах женщина может уйти домой уже через сутки после родов. Иногда это объясняется финансовыми затратами государства на содержание женщины в стационаре, но зачастую скорее попасть в родные стены – это желание самой женщины.

В России и Украине выписка обычно возможна на третьей сутки после противотуберкулезной вакцинации. В различных странах эти сроки колеблются от 21 ч (США) до 4–5 сут (ФРГ, Италия) [19].

В Украине на основе приказа Министерства здравоохранения от 03.11.2008 г. № 624 были внесены коррективы в сроки пребывания в послеродовом стационаре. Согласно данному документу, пациентка может быть выписана из родильного дома на 3–4-е сутки под наблюдение врачом женской консультации при условии нормального течения послеродового периода и после вакцинации ребенка БЦЖ [11].

Для получения точного представления об истинных темпах инволюции матки на 2–3-и сутки проводится УЗИ матки [20] с использованием специальных номограмм ультразвуковых параметров. Кроме того, этот метод позволяет оценить количество и структуру лохий, находящихся в матке. Задержка значительного количества лохий в матке может послужить поводом для ее хирургического опорожнения (вакуум-аспирация, легкий кюретаж, гистероскопия) [21].

Что касается Российской Федерации, то в свое время здоровых родильниц и новорожденных там выписывали на 5-е сутки после родов. После родов путем операции кесарева сечения женщина и ребенок находились в родильном доме 7–10 дней. С 1997 г. был оправдан курс на более раннюю вы-

писку (на 2–4-е сутки после родов). Согласно приказу Минздрава РФ от 26.11.97 г. № 345 [22] считалось, что «ранняя выписка из родильного дома способствует снижению заболеваемости ВБИ». Однако в 2012 г. после выхода приказа Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября № 572 [23] выписка стала возможной на третьей сутки после противотуберкулезной вакцинации. Данный приказ был зарегистрирован в Минюсте РФ 2 апреля 2013 г. Пункт № 32 данного приказа регламентирует: «Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов – 3 суток».

Порядок ведения послеродового периода в стационарах России такой же, как и в Украине. Например, в родильном зале рекомендуется оперативно обеспечить первое прикладывание ребенка к груди. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку. Перед выпиской родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

Тем временем в мире все чаще наблюдается тенденция к сокращению пребывания в больнице матерей с новорожденными. В США выписка матери и ребенка из больницы в течение первых суток после рождения была обусловлена несколькими причинами. Во-первых, инициативу проявили медицинские работники (в первую очередь больницы и страховые компании). Во-вторых, отдавать предпочтение ранней выписке стали матери-повторнородящие, которые заинтересованы в том, чтобы раньше вернуться домой к своим детям и больше полагаются на себя [24].

Кроме того, Американская академия педиатрии (AAP) опубликовала рекомендации, согласно которым страховые компании должны были оплачивать затраты по уходу за матерью и ребенком за 24–48 ч после вагинальных родов и 96 ч – после кесарева сечения. При этом в рамках подготовки к потенциальной досрочной выписке была подчеркнута важность индивидуальной оценки.

Специалисты считают, что после досрочной выписки из стационара после нормальных родов женщины реже имеют проблемы, требующие повторных госпитализаций (до 1,8%, в первую очередь инфекции), чем дети, у которых наиболее распространенной причиной повторных госпитализаций является желтуха новорожденных (до 10,9%, чаще всего от 2 до 3%) [25–27].

Ранняя выписка матерей и новорожденных распространена также во многих канадских центрах и считается более безопасной и эффективным использованием ресурсов здравоохранения. Распоряжение о содействии ранней выписке после нормальных родов было подписано еще в 1996 г. Обществом акушеров и гинекологов Канады (SOGC), Советом директоров CPS – канадской службы защиты детей, служб, отстаивающих интересы матерей, педиатрами [28]. Позднее данный документ (1996 г.; 1 (2): 165-8. ссылка № FN96-02) также был опубликован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2009 г. [14].

В исследовании, проведенном Nogr, Nacion и др., матери и дети, выписанные в период от 24 до 48 ч после родов, не показали повышенной материнской и детской заболеваемости в течение 15 дней после родов по сравнению с пациентами, которые находились в больнице от 48 до 72 ч после рождения. Матери, которые были выписаны досрочно (от 24 до 48 ч после родов), показывают лучшую послеродовую адаптацию, чем матери, которые оставались в больнице на протяжении пяти–семи дней [29].

Принципа ранней выписки из родильных домов придерживаются и Турция. В этой стране после физиологических вагинальных родов и даже после кесарева сечения выписывают в течение 24 ч. Если в доступной литературе не было

обнаружено законодательного акта, регламентирующего данный порядок, то в научной литературе есть такой факт. Турецкий ученый Зекай Тахир Бурак посвятил свою докторскую диссертацию изучению модели развития службы выписки матерей из стационара в ранний послеродовой период [13]. В ходе исследований доказано, что женщины, выписка которых была произведена заранее, в два раза реже сталкиваются с проблемами, чем те, что длительное время пребывали в стационаре. Проблемы, связанные с состоянием здоровья, касаются в основном эпизиотомии, лохий и боли. Различия между группами было обнаружено значительное ($p < 0,05$) на пятый день, и связано это с проблемами обработки промежности, с грудью и выделениями, а также с эмоциональными проблемами, усталостью и бессонницей. Тревожность и депрессия со временем снижаются. Согласно результатам, достигнутым в исследованиях, матерям и новорожденным рекомендуется выписываться из больницы в ранний послеродовой период и принимать врачей на дому в период первой и второй недель.

В Швеции продолжительность пребывания в послеродовом стационаре составляла от 2 до 5 дней после нормальных родов. В Северной губернии – от 2 до 6 дней. Сейчас там выписка здоровых матерей и детей проводится на третий день [30, 31]. Несмотря на то, что в 80-е годы в Швеции была актуальна досрочная выписка женщин, со временем предпочтение было отдано трехдневной выписке. Согласно результатам исследований 2002 г., наиболее важными аспектами пребывания в стационаре женщины отмечали нахождение отца ребенка в родильном и послеродовом отделении и получение консультаций со стороны медперсонала. Кроме того, женщины проявили желание самостоятельно решать, когда им лучше выписываться домой. Учитывая этот фактор, в Швеции был введен трехдневный послеродовой стационар, а роль отца ребенка признана и определена возможность его присутствия в послеродовой период. Результаты данного исследования были опубликованы ВОЗ в 2008 г.

Современные проблемы диагностики послеродовых осложнений и возможность их профилактики

В послеродовой период женские половые органы стремятся к восстановлению своих имевшихся до беременности размеров и функций. С целью адекватной оценки функционального состояния послеродовой матки широкое применение нашла ультразвуковая эхография как неинвазивный и высокоинформативный метод [33]. УЗИ матки проводят со 2–3-х суток после родов [34]. Послеродовую инволюцию матки авторы оценивали по таким биометрическим показателям, как длина, ширина и переднезадний размер ее тела. Наиболее информативным показателем адекватного обратного развития матки в пуэрперии является изменение ее объема [35]. Проведение УЗИ матки в ранние сроки послеродового периода позволяет снизить заболеваемость послеродовым эндометритом в 5 раз [36], предупредить послеродовые кровотечения [37]. Наличие нормативных эхографических показателей способствует адекватной оценке физиологического процесса [38] и предполагает возможность своевременной и оптимальной коррекции при развивающейся патологии. В то же время в доступной литературе не обнаружено сведений об эхографических показателях при оценке инволюции матки в первые сутки послеродового периода. Измерение размеров послеродовой матки в ранние сроки с помощью ультразвукового исследования может иметь физиологический интерес и являться одним из оснований для ранней выписки при условии нормального клинического течения послеродового периода.

Несмотря на внедрение новых технологий, контроль и обеспечение физиологического течения пуэрперии не всегда

бывают возможными. Чаще всего из-за проблем акушерского травматизма промежности. Известно, что в 15–19% случаев проявлением послеродовых инфекционных осложнений является раневая инфекция мягких тканей родовых путей.

Частота разрывов промежности отражает качество акушерской помощи в родовспомогательном учреждении [39]. Согласно литературным данным, травмы тазового дна в родах составляют от 10,3 до 40% случаев, у первородящих они встречаются в 73% случаев, а при оперативных вмешательствах достигают 90%. Профилактикой этого осложнения является своевременно произведенная перинеотомия [39]. Рассечение промежности в родах является распространенным оперативным вмешательством и составляет, по данным разных авторов, от 10 до 39%, разрывы промежности в родах встречаются в 8–10% случаев [40]. Зашиванию подлежит всякий разрыв промежности [41]. В связи с этим возможность профилактики раневой инфекции, ускорение заживления ран промежности, формирование более эластичного и прочного рубца является одной из актуальных проблем в акушерстве. Поэтому важным направлением в исследованиях, посвященных данной проблеме, является поиск и внедрение новых препаратов, которые позволили бы ускорить процесс заживления раны и предотвратить возникновение осложнений.

Еще одной возможностью проведения профилактики послеродовых осложнений является обеспечение физиологического течения беременности и родового акта, адекватного поведения в послеродовой период. В современных условиях, когда многочисленные технологии и полипрагмазия не дали обнадеживающих результатов, внимание ученых привлекло новое направление – психология материнства [42]. Именно здесь, как считают многие исследователи [42–45], скрыты реальные возможности снижения материнской и детской заболеваемости и смертности. Проблема материнства, несмотря на все внимание к ней, приоритетность практически во всех развитых странах, до сих пор является одной из наиболее сложных и недостаточно изученных медицинских специальностей [44].

Несмотря на то что изучению психологических аспектов материнства во время беременности посвящены многочисленные исследования, психологические аспекты послеродового периода изучены недостаточно. А психология женщины в период пуэрперии (также важным как для судьбы самой женщины, так и ее ребенка) продолжает оставаться актуальной областью в психологии и медицине. Дальнейшего изучения требуют вопросы оценки адаптации к материнству после родов и психологической готовности к ранней выписке из акушерского стационара.

Таким образом, анализ существующей научной литературы позволяет сделать заключение, что в настоящее время отсутствует патогенетически обоснованная база, позволяющая определить реальные критерии сроков выписки из послеродового отделения. Опыт других стран является важным и ценным, однако доказательной базы, обосновывающей медицинскую, экономическую и социальную целесообразность длительности пребывания здоровой женщины в послеродовом стационаре, до настоящего времени нет.

Существующие крайности: от родов на дому (вне лечебного учреждения) до длительного (5–7 дней) пребывания в физиологическом послеродовом отделении обуславливают необходимость найти реальные критерии сроков пребывания в стационаре после физиологических родов. Требуют изучения и вопросы почасовой динамики послеродовой физиологической инволюции матки, и оценки сроков адекватной психологической готовности к материнству после родов, и вопрос комплаентного ведения небольших травм промежности, все-таки имеющих место даже при физиологических родах.

Об'єктивні критерії оцінки перебігу післяпологового періоду
Н.С. Луценко, Х.М. Аль Сулиман

Objective criteria for assessing progress postpartum period
N.S. Lutsenko, H.M. Suliman Al

Впровадження сучасних ехографічних, імунологічних, бактеріологічних, інструментальних, лабораторних та інших методів дослідження в акушерську практику ще у двадцятому столітті дозволило отримати нові дані про хід фізіологічного та ускладненого післяпологового періоду. При цьому недостатньо уваги приділяється питанню критеріїв виписки зі стаціонару при фізіологічному перебігу пuerперію.

У світі активно практикується виписка з пологового стаціонару в першу добу. Особливою популярністю дане явище (впровадження) користується у східних країнах. Там жінок після неускладнених пологів і навіть кесарева розтину виписують через 12–24 год після пологів. Даний порядок діє в Сирії, Туреччині, Алжирі та ін. Виписка породіль в першу добу післяпологового періоду знаходить своє застосування також у Туреччині, Канаді, США. Тим часом Європа, Росія, Україна продовжують дотримуватися триденної виписки. Наприклад, рекомендації Міністерства охорони здоров'я України (Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620, п. 2.16) передбачалося здійснення виписки матері і дитини при нормальному перебігу післяпологового періоду на 4–5-ту добу після пологів. Виписка на третій день після фізіологічних пологів була схвалена Міністерством охорони здоров'я України лише у 2008 р. згідно з наказом № 624.

Однак в доступній літературі не вдалося відшукати об'єктивних критеріїв виписки зі стаціонару або документальну базу для прийняття подібного рішення ні в одній з перерахованих вище країн. Можна тільки припустити, що рання виписка в інших країнах зумовлена високою вартістю перебування в стаціонарі, налагодженою амбулаторною службою після виписки, а також інтересом страхових компаній. Питання про обґрунтовану, безпечну ранню виписку з післяпологового стаціонару є актуальним для України з двох причин. По-перше, це допоможе скоротити витрати держави, а по-друге, знизити захворюваність новонароджених і матерів, в чому переконалися країни, що застосовують ранню виписку.

Ключові слова: післяпологовий період, інволюція матки, фізіологічні пологи, УЗД, родові травми.

Application of modern sonographic, immunological, biological, instrumental, laboratory and other methods of research to obstetrics has provided new data on the progress of physiological and complicated postpartum period as long ago as in the twentieth century. While little attention is paid to the hospital discharge criteria in physiological puerperium. Discharge from maternity hospital on the first day is common practice in the whole world. This phenomenon (application) is especially popular in the eastern countries, where women are discharged after 12–24 hours after uncomplicated labor and even cesarean. This procedure is applied in Syria, Turkey, Algeria and so on. Discharge of puerperants during the first day of postpartum period also finds its application in Turkey, Canada, USA. Meanwhile, Europe, Russia and Ukraine continue to adhere to the three-day discharge. For example, the recommendations of the Ministry of Ukraine (Order of the Ministry of Ukraine 29.12.2003 № 620, paragraph 2.16) provides for the discharge of mother and child on the forth-fifth day after birth in case of the normal course of postnatal period. Discharge on the third day after the physiological birth was approved by the Ministry of Health of Ukraine only in 2008, according to the order number 624.

However, the available literature failed to find objective criteria for discharge from the hospital or documentary basis for such decision in any of the above-listed countries.

One can only assume that early discharge in other countries is caused by the high cost of hospital stay, organized outpatient service after discharge, as well as the interest of insurance companies. The question of reasonable, safe early discharge from postpartum hospital is urgent for Ukraine by two reasons. First, it will help reduce the cost of the state, and secondly – to reduce the morbidity of newborns and mothers. This one is what countries, applying early discharge, are certain of.

Key words: postpartum period, uterine involution, physiological labor, ultrasound, birth injuries.

Сведения об авторах

Луценко Наталия Степановна – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69071, г. Запорожье, ул. Бочарова, 11; тел.: (0612) 67-70-28, 67-05-78. E-mail: vena03@ukr.net

Аль Сулиман Хазем Мамдох – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», родильный дом № 3 г. Запорожье, 69071, г. Запорожье, ул. Бочарова, 11; тел.: (093) 044-80-44. E-mail: hazem.s@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бакулева Л.П., Нестерова А.А., Мусева Ф.Ф. // Акуш. и гин. – 1982. – № 5. – С. 24–27.
- Обеспечение безопасной беременности. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – С. 39–47. Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98794/E93128R.pdf
- Ахмедов З.А., Чернуха Е.А. Особенности течения послеродового периода у родильниц при совместном пребывании матери и ребенка // Акуш. и гин. – 1988, № 9. – С. 5–8.
- Мальцева Л.И., Коган Я.Э. Особенности инфицирования в раннем послеродовом периоде у женщин из группы риска по пuerперальным инфекционным осложнениям // Материалы

- Всероссийского форума «Мать и дитя». – М., 2–6 октября 2007. – С. 153.
- Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. – СПб., 1994.
- Бабичева Т.В. Неосложненное течение послеродового периода в современных условиях: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
- Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 1054.
- Буцкы И.И., Иवान А.Н., Наумкин Н.Н., Майорова И.М. Влияние совместного пребывания матери и ребенка на гнойно-септическую заболеваемость // Материалы IV Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2002. – С. 210–211.

- Гус А.И., Бабичева Т.В. Инволюция матки при неосложненном течении пuerперия // Материалы 6-го Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 62.
- Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Национальное руководство по акушерству. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1196 с.
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.11.2008 № 624. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи».
- Ведение послеродового периода. Цели послеродового наблюдения. Медицина для врачей и студентов медиков, 2011. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medsecret.net/akusherstvo/poslerodovoyj-period/222-vedenie-poslerodovogo-perioda>
- Изучение эффективности ухода

- за ребенком на дому. Модель развития службы выписки матерей из стационара в раннем послеродовом периоде. Институт наук о здоровье, кафедра акушерства и гинекологии. Докторская диссертация Зекай Тахир Бурак. – Анкара, 2005.
- Документ ВООЗ. 2009. Сприяння раннім строкам виписки зі стаціонару після нормальних пологів. Заява Товариства акушерів і гінекологів Канади. Затверджено Радою директорів CPS в 1996 році; 1 (2): 165–8. Посилання № FN96-02.
- Джамал Калааджи врач акушер-гинеколог, больница «Shami», г. Дамаск, Сирия. e-mail: jamalco@hotmail.com, jamalco@yahoo.com
- Мамдох Аль Сулиман, врач акушер-гинеколог высшей категории г. Дамаск (Сирия), больница «Hayat», e-mail: Dr-mamdouh-53@hotmail.com

17. Гуртовой Б.Л. Физиология и патология послеродового периода // Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1992. – С. 152–158.
18. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Савельевой Г.М. – М.: МИА, 2006. – 716 с.
19. Бородашкин В.В. Оценка диагностической значимости ультразвукового исследования и гистероскопии в послеродовом периоде // Материалы VII Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 34.
20. Демидов В.Н. Зыкин Б.И. Ультразвуковая анатомия малого таза у женщин // Педиатрія, акушерство і гінекологія. – 1980. – № 4. – С. 49–50.
21. Буланов М.Н. Значение трансвагинальной цветовой доплерографии в сочетании с импульсной доплерометрией для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 1999. – 165 с.
22. Приказ Минздрава РФ от 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (с изменениями от 24 ноября 1998 г., 5 мая 2000 г.). Приложение 1. Инструкция по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах (с изменениями от 24 ноября 1998 г., 5 мая 2000 г.) Режим доступа: http://nimfamama.narod.ru/prava_rojenicy.html, <http://lawru.info/legal2/se9/pravo9538/page6.htm>
23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий). Режим доступа: <http://base.garant.ru/70352632/#text>
24. Bravcman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C Problems associated with early discharge of newborn infants Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature // Pediatrics. 1995 96(4 Pt 1)716–26.
25. Абдурахманова Ф.М. Возможности доклинической диагностики послеродового эндометрита // Материалы VII Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 196.
26. Абдурахманова Ф.М., Исмаилова Т.Д., Умарова Н.Г. Профилактика послеродового эндометрита у родильниц с анемией местным применением комплекса естественных цитокинов // Материалы VII Росс. форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 7–8.
27. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. – СПб., 1994.
28. Policy Statement No. 20 (Clinical Practice Guidelines for Obstetrics series), SOGC News, April 1996.
29. Robinson H.P. A critical evaluation of sonar crown-rump length measurements / Robinson H.P., Fleming J.E. // Br.J.Obstet. Gynaecol. – 1975. – Vol. 82. – P. 702.
30. Rush J, Hodnctt E. Community support for early maternal and newborn care (the early discharge project): A report of demonstration projects in Windsor – Leamington and Sudbury 1991–1992. A Matcmal-Ncwbom Initiative, Ontario Ministry of Health 1993.
31. Norr KF, Nacion KW, Abramson R: Early discharge with home follow-up: impacts on low-income mothers and infants // J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. – 18 (2):133–41 (1989).
32. Division. Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Canada 1987.
33. Волков А.Е. Эхография в послеродовом периоде // Ультразвук. ди-аг. в ак. и гинек. / Практ. руков. – Ростов-н/д, «Феникс». – 2006. – С. 286–290.
34. Стражников И.А., Дятлова Л.И. Критерии УЗИ инволюции матки после операции кесарева сечения // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 11. – С. 54–55. Режим доступа: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7781347 (дата обращения: 25.06.2013).
35. Иванова Н.А. Использование эхографии для изучения динамики обратного развития матки при физиологическом течении послеродового периода //Акушерство и гинекология. – 1983. – № 3. – С. 51–53.
36. Белоцерковцева Л.Д. Клиническое значение трансвагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике и лечении послеродового эндометрита: Автореф дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996; 22.
37. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащакевич Л.И., Нецветаева Т.Д., Костоюкова О.М. Оценочные критерии заживления раны на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 29–31.
38. Сафонова И.Н. Трансвагинальная эхографическая дифференциальная диагностика причин замедления послеродовой инволюции матки (клинический опыт специализированного стационара) // Променева діагностика, променева терапія. – 2012. – № 2/3. – С. 46–52.
39. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 128 с.
40. Ананьев В.А., Шаферман М.А. Хирургическая анатомия сосудисто-нервных образований промежности и способы ее рассечения в акушерской практике // Акушерство и гинекология. 1988. – № 2. – С. 61–62.
41. Хмиль С.В. Магнито-лазерная терапия в комплексном лечении ран промежности и трещин сосков у родильниц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1989. – 22 с.
42. Владимиров О.А. Дослідження рівня психологічної готовності до материнства та його впливу на перебіг вагітності / О.А. Владимиров, Н.І. Тофан, О.Є. Несторова // Репродуктивне здоров'я жінчини. – 2005. – № 1 (21). – С. 22–24.
43. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. – № 5. – С. 18–27.
44. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматія по перинатальній психології: психологія вагітності, родов та послеродового періоду. – М.: УРАО, 2005. – С. 62–65.
45. Костенко О.Ю. Стрессовые воздействия при беременности: особенности выявления и фармакологическая коррекция / О.Ю. Костенко, С.С. Леуш, И.В. Гужевская // Здоровье женщины. – 2004. – № 4 (24). – С. 43–46.
46. Дятлова Л.И., Яннаева Н.Е. Ультразвуковые исследования динамики изменений толщины миометрия различных отделов матки накануне срочных родов, в родах и раннем послеродовом периоде // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 1. – С. 114–115; Режим доступа: www.rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=10000465
47. Кузнецова О.А. Оптимизация диагностики и профилактики нарушений контрактильной активности матки в пuerпери: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 19 с.

Статья поступила в редакцию 28.04.2014