

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.03.015

Сроки нахождения родильницы в роддоме после неосложненных родов

Эльвира Рустамовна Низамова¹, Татьяна Павловна Васильева²✉

^{1–2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

¹elvirarust@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2802-1714>

²vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

Аннотация. Система здравоохранения характеризуется дефицитом ресурсов, необходимостью их управлением: постоянно ищется баланс в части возможности замены стационарного нахождения пациента в пользу оказания помощи в амбулаторной форме. Автор изучает вопрос сроков выписки из родильного дома после неосложненных родов. Исследованы нормативные акты (утратившие силу и действующие в настоящее время), содержащие различные требования и указания (как и рекомендации), относительно сроков нахождения родильниц после родов в стационарах. Проведен анализ более 200 документов, в том числе зарубежных. Установлена тенденция к снижению сроков нахождения родильницы в учреждениях родовспоможения (при отсутствии осложнений физиологических родов или кесарева сечения), обусловленная улучшением социально-бытовых условий, развитием возможностей амбулаторной службы. При этом обязательные требования относительно срока нахождения после родовспоможения в стационаре, должны быть приведены между собой в соответствие, с установлением, в том числе такого минимального срока. Кроме того, должен быть утвержден единый порядок наблюдения новорожденных после ранней выписки в качестве обязательных требований, с последующим контролем их исполнения как со стороны страховых компаний, так и государственных органов.

Ключевые слова: родовспоможение, сроки лечения, выписка, ранняя выписка

Для цитирования: Низамова Э. Р., Васильева Т. П. Сроки нахождения родильницы в роддоме после неосложненных родов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 3. С. 98–102. doi:10.69541/NRIPH.2024.03.015.

Original article

Length of stay of a maternity patient in the maternity hospital after an uncomplicated birth

Elvira R. Nizamova¹, Tatyana P. Vasilyeva²✉

^{1–2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹elvirarust@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2802-1714>

²vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

Annotation The healthcare system is characterized by a shortage of resources and the need to manage them: a balance is constantly being sought in terms of the possibility of replacing the patient's inpatient stay in favor of providing outpatient care. The author studies the issue of timing from the maternity hospital after an uncomplicated birth. Regulatory acts (no longer in force and currently in force) containing various requirements and instructions (as well as recommendations) regarding the length of stay of postpartum women in hospitals after childbirth were studied. More than 200 documents, including foreign ones, were analyzed. A tendency has been established to reduce the length of time a woman in labor spends in a maternity care facility (in the absence of complications of physiological labor or cesarean section), due to the improvement of social and living conditions and the development of outpatient services. At the same time, the mandatory requirements regarding the period of stay after obstetric care in a hospital must be brought into line with each other, including establishing a minimum period of stay. In addition, a unified procedure for monitoring newborns after early discharge should be approved as mandatory requirements, with subsequent monitoring of their implementation by both insurance companies and government agencies.

Key words: obstetrics, treatment time, discharge, early discharge

For citation: Nizamova E. R., Vasilyeva T. P. Length of stay of a maternity patient in the maternity hospital after an uncomplicated birth. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(3):98–102. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.03.015.

Введение

Система здравоохранения всегда характеризуется дефицитом ресурсов, необходимостью их управлением. В частности, постоянно ищется баланс в части возможности замены дорогостоящих этапов нахождения в стационаре в пользу наблюдения в амбулаторных условиях. Сами учреждения, будучи за-

интересованными в повышении эффективности, заинтересованы в этом, особенно в отсутствие обязательных требований, определяющих сроки стационарного нахождения больных. В данной статье будет рассмотрен вопрос сроков нахождения пациента в родильном доме (стационарном учреждении здравоохранения) после родов.

В 1764 г. открылось первое учреждение Родовспоможения в России — «Первый родильный госпиталь» в Москве, второе — через 7 лет в Санкт-Петербурге, и там же третий «родильный госпиталь», который был уже общедоступен (для горожан, насколько это возможно было в то время) [1].

В целом же до провозглашения Советской власти лишь небольшая часть населения могла пользоваться стационарными учреждениями родовспоможения, большинство — либо народными практиками, либо иностранными врачами: рожая на дому, а то и в «полевых» условиях. Организация деятельности акушерок была дана на откуп земствам, которые даже в самых успешных из них «то бралось за устройство акушерских пунктов, то охладевало к этому делу» [2]. Позднее функционал акушерок пытались в целях экономии возложить на фельдшеров, для которых он не являлся первостепенным (как писали современники — они занимались этим «как бы мимоходом») [3]. Соответственно до 1917 года говорить про какие-то централизованные требования и подходы к нахождению роженицы на койке стационарного учреждения не приходится [4].

С 1918 г. по 1937 г. отмечается почти десятикратный рост числа коек: с 4696 до 41600 по РСФСР, с 5854 до 59792 по всему СССР. Росла и годовая обрачиваемость койки: с 30,9 в 1932 году до 34,6 в 1936 году для городских учреждений, и с 20,6 до 28,8, соответственно, в сельских [5]. Мы не знаем точных сроков нахождения родильниц в это время на койке, но исходя из приведенных цифр, общий срок госпитализации составлял порядка 11 дней.

В это время Наркомздравом издавались декреты, в первую очередь относительно создания учреждений и формирования матбазы, а также обучения персонала. Порядок и принципы работы обсуждались и принимались в качестве резолюций на совещаниях и съездах. Так, в 1920 году в докладах докторов Четверикова С. А. и Эйлера Н. А. на Первом Всероссийском совещании по охране материнства и младенчества предлагалась концепция организации и устройства Домов матери и ребенка, куда беременные поступают за 2 месяца до родов, и живут до возраста одного года (ведут коллективистический трудовой принцип, поочередно осуществляют уход за всеми детьми, работают в прачечной, столовой и в спальнях; спустя 2 месяца после родов выходят на какое-либо производство с 6-часовыми рабочими сменами) [6]. Таким образом, не выделяются этапы нахождения роженицы в послеродовом помещении (оказания ей медицинской помощи), и дальнейшая, в большей степени социальная и трудовая, реабилитация.

На третьем съезде (1925 год) доктор Рахманов А. Н. докладывает, что средний срок наблюдения женщин составляет 10—11 дней, достигая 17 дней, вместе с тем указывая, что в случае более ранней выписки необходимо организовывать амбулаторное наблюдение «акушером-педиатром» (речь идет практически исключительно про патронаж матери, но не ребенка) [7].

Профессор И. Ф. Жордания в 1964 году указывает на необходимость выписки при отсутствии каких-либо осложнений родов и послеродового периода на девятый день, а в случае оперативного лечения — не ранее 10-х суток [8].

Минздрав СССР в 1984 году допускал «раннюю выписку» из учреждений родовспоможения (по решению союзных и пр. отделов здравоохранения), лишь инструктируя о сдвиге в этом случае вакцинации¹.

При этом в 1986 году Минздравом СССР утвержден норматив нахождения после родов в учреждении — «5 +/- 1 день»².

Регионы в различное время пытались решить вопрос ранней выписки, так власти Москвы в 1998 году «разрешили» проводить вакцинацию против туберкулеза на дому «если учреждение родовспоможения практикует очень раннюю выписку» (приказ в настоящее время отменён)³. Так как данный вид вакцинации проводится, начиная с 3-го дня, то речь идет, вероятно, о выписки в 1—2 сутки.

Коллегия Минздрава РСФСР в 1990-м году уже констатировала, что отмечается внедрение новых организационных форм медицинского обслуживания, в частности, ранней выписки из родильных домов⁴.

Академик Г. М. Савельева в 2000 году предлагает осуществлять выписку из послеродового отделения на 5—6 день, в случае осложнений — позже, по решению и усмотрению врача [9].

Профессор В. И. Дуда в 2013 году предлагает выписывать повторнородящих на 2—4 сутки, первородящих — на 5 сутки (после операции кесарева сечения — на 6—8 сутки [10].

В современной России многие возвращаются и к домашним родам, вместе с этим, их распространение не слишком высоко, в том числе из-за предъявляемых потребителями требований (в рамках которых домашние роды становятся ближе к стационару на дому): квалифицированный персонал, наличие медицинских изделий и препаратов, позволяющих применять современные медицинские технологии. Стоимость таких родов составляет от 70—80 тыс. рублей, что является серьезным ограничительным критерием такого выбора [11].

Материалы и методы

Исследованы нормативные акты (утратившие силу и действующие в настоящее время), содержащие различные требования и указания (как и реко-

¹ О совершенствовании противотуберкулезной помощи в стране : Приказ Минздрава СССР от 27.08.1984 № 991 // Приказ Министерства здравоохранения СССР. — 1984

² Об организации работы родильных домов (отделений) : Приказ Минздрава СССР // Минздрав СССР. — 09.01.1986

³ О мерах по совершенствованию профилактики коклюша : Приказ Комитета здравоохранения г. Москвы и ЦГСЭН в г. Москве от 18.05.1998 № 267/82 // Комитет здравоохранения. — 1986

⁴ Протокол Коллегии Минздрава РСФСР от 10.04.1990 № 9 «О состоянии и мерах по совершенствованию неонатологической службы в РСФСР // HIPPOCRATIC.RU Все нормативно-правовые акты по медицине: сайт. — URL: http://www.hippocratic.ru/medtext1/medtext_1664.htm

Таблица 1

Характеристика официальных документов, используемых при проведении исследования

№	Страны	Виды	Количество
1	СССР, Российская Федерация	Законы и федеральные законы	14
2		Приказы органов исполнительной власти	139
3		Иные документы (письма, циркуляры и пр.)	20
4	Международные	Рекомендации ООН, ВОЗ	6
5	Зарубежные (США, ФРГ, Австрия и др.)		39

мендации), относительно сроков нахождения родильниц после родов в стационарах. Проведен анализ 218 документов, в том числе зарубежных (табл. 1). Использован правовой аналитический метод.

Результаты

Из рекомендаций Всемирной организации здравоохранения 2013 года следует, что мать с ребенком должна находиться в стационаре не менее 24 часов после неосложненных родов. Вместе с этим отмечается, что доказательная база такой рекомендации является слабой («low quality evidence»). Основные рекомендации на данный период касаются необходимости консультаций по вскармливанию, гигиене, планированию семьи и контрацепции, безопасным практикам секса⁵.

В Германии фактический средний срок на койке женщины после родов составляет 3,7 суток⁶. Несмотря на отсутствие нормативно закреплённого требования по данному вопросу, экономический ориентир задают больничные кассы (в документе *Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser*), которые рекомендуют средний срок нахождения в рамках госпитализации и физиологических родов 3,5 суток, при этом за раннюю выписку на 1-е сутки будет назначен штраф (как и за превышение максимальной длительности в 11 суток, в случае отсутствия осложнений/иных диагнозов)⁷.

В Австрии средняя продолжительность госпитализации (по данным регистра рождений) при нормальных родах — 3 дня, при оперативном лечении — 5 дней⁸.

В США средняя продолжительность нахождения в стационаре по причине родов снизилась с 4,1 дней в 1970 году до 2,6 дней в 1992 году (при том, что частота оперативных родов за этот период выросла с 5,5% до 23,5%)⁹. В 2022 году по данным статистических наблюдений при неосложненных родах жен-

щины находились в среднем 2,8 дней в стационаре, против 3,8 дней при Кесаревом сечении.

Проведенное ранее большое сравнительное исследование по данным 92 государств показывает, что лишь две страны имеют в настоящее время среднюю продолжительность нахождения женщин после родов в стационарных условиях, превышающую 5 дней (Украина — 6,2 дня, Молдавия — 6,0)¹⁰, при две страны имеют данное значение ниже 1 дня (Пакистан — 0,8, Египет — 0,5) [12].

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024—2025 г.г. содержит приложение № 5 — примерный перечень заболеваний и состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, куда входит и родоразрешение и операция Кесарево сечение¹¹. «Федеральную» программу дублируют территориальные программы, например — города Москвы¹².

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» не содержит обязательного требования, относительно пребывания пациента после родов в стационаре, но содержит рекомендацию: после физиологических родов — 3 суток, при неосложненном течение послеоперационного периода после кесарева сечения — 4 суток¹³.

Стандарты медицинской помощи при самопроизвольных родах содержат средние сроки лечения: 4 дня при затылочном предлежании¹⁴, 5 дней при ягодичном предлежании¹⁵.

Клинические рекомендации «Роды одноплодные ... (нормальные роды)¹⁶ и «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения»¹⁷ не имеют указания на сроки нахождения в стационаре, при этом предлагается ориентироваться на клиническое состояние пациента и инструментальные и лабораторные данные.

Необходимо отметить, что Роспотребнадзором в рамках оценки системы эпидемиологического надзора одним из показателей для учреждений родовспоможения является «своевременность выписки новорожденных и родильниц», указан норма-

⁹ Trends in Length of Stay for Hospital Deliveries — United States, 1970—1992 // Center for Disease Control and Prevention : сайт. — URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00036988.htm>

¹⁰ По другим источникам — четыре страны, в том числе Хорватия и Словакия.

¹¹ О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 // Правительство Российской Федерации. — 2022. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202212310044?ysclid=lmueao8r2h735137620>

¹² О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов : Постановление Правительства Москвы от 29.12.2022 № 3044-ПП // Правительство Москвы. — 2022. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/targets/default/card/21.html?ysclid=lmue9iamoe855877258>

¹³ Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» : Приказ Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н // Минздрав России. — 2020. URL: <https://base.garant.ru/74840123/>

⁵ WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013 Oct : сайт. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190090/>

⁶ Geburt: Stress im Wochenbett — Gesundheit : сайт. — URL: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geburt-muetter-stress-1.4947322#:~:text=In Deutschland verbringen Frauen heute,Komplikationen sind es vier Nächte>

⁷ Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) : сайт. — URL: <https://www.g-drg.de/content/download/850/file/KFPV.pdf>

⁸ Bericht über die Geburtshilfe : сайт. — URL: <https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groef/groe-jahresbericht-2013>

тив: не позднее 3-х суток после естественных родов, 6-и суток — после оперативных родов)¹⁸.

Критерии оценки качества медицинской помощи в разделах про как физиологическое родоразрешение, так и оперативное, не содержат указания на сроки нахождения в стационаре, а имеющиеся формулировки «не позднее 2 часов», «не позднее 72 часов» и пр. позволяют выполнить все критерии качества в течение нескольких часов после родов¹⁹.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют, что после повсеместного распространения государственных учреждений родовспоможения в 20-е годы XIX столетия, они выполняли не только медицинскую функцию, но и социальную, и даже трудовую (кроме того, идеологическую — освобождая женщину от домашнего труда и заботы о детях²⁰). Женщина, если не рожала дома или «в поле», то могла оставаться в таком учреждении в течение 2-х месяцев и более. Постепенно, понимание необходимого срока наблюдения за женщиной после родов к середине века сокращается до примерно 10 дней. А к 80-м годам уже и научные школы стали снижать срок рекомендуемого нахождения в роддоме — к 5—7 дням, и Минздрав СССР, не издавая каких-то нормативов, стал заниматься сопутствующими ранней выписке вопросами, к примеру, сроков и порядка вакцинации таких новорожденных.

В 2010 году Росздравсоцнадзором проведена проверка работы медико-генетических центров, в результате чего Департамент здравоохранения города Москвы²¹ констатирует, что даже в Москве имеются случаи, когда не поступают образцы для генетического скрининга, что связано с ранней выпиской, переменой Ф.И.О. и переездом детей.

Вместе с этим, анализ документов показывает отсутствие перечня конкретных медицинских услуг,

¹⁴ Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2012 г. № 584н // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2012. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/025/963/original/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7_%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%A0%D0%BE

¹⁵ Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в тазовом предлежании: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2012 г. № 581н // Министерство здравоохранения Российской Федерации. — 2012. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/8917-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-6-noyabrya-2012-g-581n-ob-utverzhdenii-standarta-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi-pri-samoproizvolnyh-rodah-v-tazovom-predlezhanii>

¹⁶ Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): Клинические рекомендации // одобрены Научно-практическим советом Минздравом России в 2021 году. — 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636_1

¹⁷ Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения: Клинические рекомендации // утверждены Минздравом России в 2021 году. — 2021. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388801/

которые не могли бы оказываться матери и ребенку в амбулаторных условиях.

За рубежом (в развитых странах) срок нахождения в стационаре 2—3 дня считается приемлемым, а рекомендация ВОЗ ещё лояльнее — не менее 24 часов.

При этом вопрос закрепления норматива нахождения ребёнка в России выявляет наличие правовой неопределенности. Стандарты медицинской помощи (МП) при затылочном и тазовом предлежании содержат средние сроки лечения в 4 и 5 дней. Порядок оказания МП рекомендует ограничиться 3 днями при физиологических родах. Такое же требование выдвигает Роспотребнадзор (не более 3 дней). Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи настоятельно рекомендует нахождение в стационаре не более 3 дней.

Таким образом, выписка в любой срок не гарантирует неприменение санкций к медицинской организации и её персоналу, клинические же рекомендации данный вопрос оставляют на откуп врачам («выписка по показаниям»), не давая никаких ориентиров в данном вопросе.

При этом интересно обратиться к стандартам МП, как наиболее детализированным документам. Дополнительный день при тазовом предлежании предусмотрен для повышения на 10% вероятности осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога (раздел «Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста») и дополнительных «ежедневных» 3 осмотров врача-акушера-гинеколога. Обоснование данной необходимости должно было бы содержаться в клинических рекомендациях, но там их нет.

При наличии противоречащих требований, формулировки ПГГ «не более 3 дней» могут трактоваться медицинскими организациями (с учетом экономической выгоды) как выписка в наиболее ранний период, вплоть до первых часов после родов. Для медицинской организации это улучшение показателя оборачиваемости койки, экономия денежных средств (питание, время персонала).

Однако, решение вопроса о длительности послеродового нахождения женщины в условиях акушерского стационара должно основываться на фундаментальных данных, методологической основой которых должен быть риск-ориентированный подход, который реализуется в проводимом нами исследовании с позиций потерь жизненного, трудового и репродуктивного потенциала женщин и обще-

¹⁸ О совершенствовании системы эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи: Приказ Роспотребнадзора от 09.07.2018 № 616 // Роспотребнадзор. — 2018

¹⁹ Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н // Минздрав России. — 2017

²⁰ Работы руководителя Женотдела А. М. Коллонтай «Семья и коммунизм» (1920), «Тезисы о коммунистической морали в области брачных отношений» (1921)

²¹ Письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 13.09.2010 № 42-11-12944/1,2

ственного здоровья как медико-социального ресурса общества. Получение новых теоретических знаний явится основой структуризации материнских рисков по срокам возникновения, видам, интенсивности, тяжести последствий, а основой определения ключевых детерминант и причинно-обоснованных факторов риска.

С учетом этого имеющийся тренд на сокращение продолжительности пребывания женщины в акушерском стационаре после родов может быть фундаментально обоснован, доказан в условиях масштабного организационного эксперимента с расчетом популяционных рисков.

Выводы

1. В России и в развитых зарубежных странах имеется тенденция к снижению до 2—3 дней сроков нахождения родильницы в учреждении родовспоможения (при отсутствии осложнений физиологических родов, либо кесарева сечения), обусловленная улучшением социально-бытовых условий, развитием амбулаторной службы.
2. Обязательные требования относительно срока нахождения после родовспоможения в стационаре должны быть приведены между собой в соответствие, с установлением в том числе минимального срока.
3. Теоретическое обоснование перехода на раннее наблюдение женщин сдвига после родов в амбулаторных условиях должно быть проведено на методологической основе риск-ориентированного подхода с дифференциацией материнских рисков по срокам возникновения, видам, интенсивности, тяжести последствий с использованием организационного масштабного эксперимента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Груздев ВС. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России. *Журнал акушерских и женских болезней*. 1906;20(3—6):1—6.
2. Веселовский ВВ. История земств за 40 лет. Санкт-Петербург: Изд-во О. Н. Поповой; 1909—1911. 412 с.
3. Леви МВ. История родовспоможения в СССР. Москва: Вестник АМН СССР; 1960. 206 с.
4. Архангельская АГ. К истории развития родовспоможения в земских губерниях. *Журнал акушерства и женских болезней*. 1898;(12).

5. Леви МФ. Некоторые данные о состоянии родовспоможения в РСФСР. *Охрана материнства и младенчества*. 1932;(9).
6. Материалы первого Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества, Москва, 1—5 декабря 1920 года. Москва: Отд. охраны материнства и младенчества Наркомздрава; 1987. 176 с.
7. Труды III Всесоюзного совещания по охране материнства и младенчества, Москва, 1—7 декабря 1925 года. Москва: Охрана материнства и младенчества; 1964. 596 с.
8. Жордания ИФ. Учебник акушерства. Москва: Медицина; 1964. 596 с.
9. Савельева ГМ. Акушерство. Москва: Медицина; 2000. 818 с.
10. Дуда ВИ. Акушерство: учебник. Минск: РИПО; 2013. 576 с.
11. Ожиганова АА. «Что хотят женщины»: мотивы отказа от роддома в пользу домашних родов. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2019;(2):263—281. DOI: 10.14515/monitoring.2019.2.12
12. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries; Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS Med*. 2016;8(13):3. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001972

REFERENCES

1. Gruzdev VS. Brief outline of the history of obstetrics and gynecology in Russia. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. [ZHurnal akusherskikh i zhenskikh boleznej]. 1906;20(3—6):1—6.
2. Veselovskii VV. History of zemstvos for 40 years. Sankt-Peterburg: Izd-vo O. N. Popovoi; 1909—1911. 412 p.
3. Levi MV. History of obstetrics in the USSR. Moskva: Vestnik AMN SSSR; 1960. 206 p.
4. Arkhangel'skaia AG. On the history of the development of obstetrics in zemstvo provinces. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. [ZHurnal akusherskikh i zhenskikh boleznej]. 1898;(12).
5. Levi MF. Some data on the state of obstetrics in the RSFSR. *Protection of motherhood and infancy*. [Okhrana materinstva i mladenchestva]. 1932;(9).
6. Materials of the first All-Russian meeting on the protection of motherhood and infancy, Moskva, 1—5 dekabria 1920 goda. Moskva: Otd. okhrany materinstva i mladenchestva Narkomzdrava; 1987. 176 p.
7. Proceedings of the III All-Union Conference on the Protection of Motherhood and Infancy, Moskva, 1—7 dekabria 1925 goda. Moskva: Okhrana materinstva i mladenchestva; 1964. 596 p.
8. Zhordania IF. Obstetrics textbook. Moskva: Meditsina; 1964. 596 p.
9. Savel'eva GM. Obstetrics. Moskva: Meditsina; 2000. 818 p.
10. Duda VI. Obstetrics: textbook. Minsk: RIPO; 2013. 576 p.
11. Ozhiganova AA. "What women want": motives for abandoning the maternity hospital in favor of home birth. *Monitoring public opinion: economic and social changes*. 2019;2:263—281. DOI: 10.14515/monitoring.2019.2.12
12. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries; Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS Med*. 2016;8(13):3. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001972

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.01.2024; одобрена после рецензирования 02.04.2024; принята к публикации 29.08.2024. The article was submitted 30.01.2024; approved after reviewing 02.04.2024; accepted for publication 29.08.2024.