

Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях

д.м.н., проф Л. В. Каушанская

- В современных условиях приоритетными направлениями государственной политики в области народонаселения являются улучшение состояния здоровья населения, в том числе репродуктивного, повышение рождаемости, снижение материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза.

- На решение этих задач направлен комплекс мер, реализуемых в рамках приоритетного проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения с 2006 г. в РФ, особенно ориентированный на повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям. Эффективными составляющими этого проекта являются программа «Родовой сертификат», строительство в 22 субъектах Российской Федерации современных перинатальных центров.

Форма родового сертификата, инструкции по заполнению, порядок и условия оплаты услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов установлены

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 ноября 2005 г. N 701 «О родовом сертификате»,
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 октября 2006 г. N 730 О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 ноября 2005 г. N 701 «О родовом сертификате»,
- приказом N 5 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 января 2006 г.
- постановлением Правительства РФ от 30.12.2006 № 869 «О порядке финансирования в 2007 году расходов, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещён государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребёнка в течение первого года жизни».

Право на получение родового сертификата имеют

- Женщины, являющиеся гражданами Российской Федерации.
- Иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на законных основаниях на территории Российской Федерации, имеют право на получение родового сертификата только при наличии у них **страхового полиса ОМС.**

Родовой сертификат состоит из шести частей:

- **Корешок родового сертификата** (предназначен для подтверждения выдачи родового сертификата).
- **Талон № 1 родового сертификата** (предназначен для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения (женской консультацией и т.п.) в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе).
- **Талон № 2 родового сертификата** (предназначен для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения во время родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах).
- **Родовой сертификат**, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения.
- **Талон № 3-1 родового сертификата** (предназначен для оплаты услуг учреждениям здравоохранения за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка).
- **Талон № 3-2 родового сертификата** (предназначен для оплаты услуг учреждениям здравоохранения за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка).

Распределение средств между учреждениями

С 2007 года номинальная сумма, которая выделена на один сертификат, составляет **10 тысяч рублей**. Эта сумма распределяется в следующей пропорции:

- 3 тысячи рублей предназначены для оплаты услуг, оказанных женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе,
- 6 тысяч рублей — в период родов в родильных домах,
- 1 тысяча передаётся в детскую поликлинику, в которой ребёнок наблюдается в течение первого года жизни.

Структура родового сертификата

Программой предусмотрено, что доля полученных средств,

- направляемых на оплату труда медицинских работников амбулаторных учреждений, составляет 60 %;
- стационарных — 40 % от сумм, полученных учреждениями за родовые сертификаты.
- Оставшаяся часть стоимости сертификата направляется на закупку для них медицинской техники, нового оборудования, медицинских изделий и средств, необходимых роженицам.

Работа акушерско-гинекологической службы определяется

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н
- **«Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».**
- Он чётко определяет всю модель работы отрасли акушерства и

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи

- в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения,
- в других организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология».

Цель оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее десяти раз;
- врачом-терапевтом, врачом-стоматологом – не менее трех раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, а затем в каждом триместре);
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее двух раз;
- другими специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое
исследование плода проводится
трехкратно:

при сроках беременности

- 11-14 недель,
- 20-22 недели
- 32-34 недели.

Обследование беременных

При сроке беременности 11-14 недель проводится забор проб крови беременных женщин для биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого.

Вопросы госпитализации беременных

При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в учреждениях охраны материнства и детства (отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированных отделениях учреждений здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности.

Вопросы госпитализации беременных

- При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.
- При наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения охраны материнства и детства (перинатальный центр, родильный дом (отделение)).
- При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Вопросы госпитализации беременных

- Врачи женских консультаций осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.
- В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в учреждения охраны материнства и детства (перинатальный центр, родильный дом (отделение), где имеется отделение реанимации новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500 - 999 г).

Вопросы госпитализации беременных

- При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения (муниципальный, государственный родильный дом (отделение), перинатальный центр и так далее).
- Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом об учреждении здравоохранения, в котором планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период

Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология».

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

- *первая группа* - учреждения здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

Группы учреждений здравоохранения по возможности оказания медицинской помощи

- *вторая группа* - учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год, имеющие в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, (профилизируемые по видам патологии родильные дома, а также межрайонные перинатальные центры);

Группы учреждений здравоохранения по возможности оказания медицинской помощи

- *третья группа* - государственные (областные, краевые, республиканские, федеральные) учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, имеющие в своем составе отделения реанимации для женщин и новорожденных, отделение патологии новорожденных.

Показаниями для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:

1. Отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной женщины.
2. Отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);
3. Головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
4. Отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;
5. Отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждения здравоохранения второй и третьей группы в плановом порядке.

Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:

- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- переносимая беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I-II степени;

Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:

- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;
- мертворождение в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;

Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:

- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- многоводие;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждение здравоохранения третьей группы (высокой степени риска);
- задержка внутриутробного роста плода I-II степени.

Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия, эклампсия;
- холестааз, гепатоз беременных;

Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III – IV степени при предыдущих родах;
- задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
- изоиммунизация при беременности;

Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

- наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- тяжелое много- и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

Выписка из учреждения родовспоможения

- Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов – 3-5 суток.
- Перед выпиской родильнице предлагается проведение ультразвукового исследования органов малого таза.
- При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка).
- После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

**Порядок оказания медицинской помощи
беременным женщинам, роженицам и родильницам
с сердечно-сосудистыми заболеваниями,
требующими хирургической помощи**

Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности при наличии показаний госпитализируются в муниципальные или государственные учреждения здравоохранения, а также в организации, оказывающие медицинскую помощь, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология» и «акушерство и гинекология».

**Порядок оказания медицинской помощи
беременным женщинам, роженицам и родильницам
с сердечно-сосудистыми заболеваниями,
требующими хирургической помощи**

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются для родоразрешения в учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям **«сердечно-сосудистая хирургия»** и **«акушерство и гинекология»** для проведения соответствующего лечения.

Основные показатели материнской смертности в РФ за 2011 г.

- Материнская смертность – 16,7 на 100000 родившихся живыми (2009 – 26,1 ; 2008 – 22,6); ЮФО – 29,6; Ростовская область – 19,5.
- Основные причины: экстрагенитальная патология – 42,8%; акушерские кровотечения – 12,3%; акушерская эмболия – 11,3%; аборт вне лечебного учреждения – 9,0%.

Основные показатели перинатальной смертности в РФ за 2009 г

- Перинатальная смертность – 7,81 на 1000 родившихся (2008 – 8,3; 2007 – 9,07); ЮФО – 9,14 (9,3; 10,42).
- Мертворождаемость – 4,73 на 1000 родившихся (2008 – 5,0; 2007 – 5,32).
- Ранняя неонатальная смертность – 3,08 на 1000 родившихся живыми (2008 – 3,3; 2007 – 3,75); ЮФО – 4,77 (5,2; 5,66).

Проблема трёх задержек

- Несвоевременность решения.
- Несвоевременность перевода.
- Неадекватность мероприятий.

К решению проблемы трёх задержек

Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации разрабатываются и утверждаются листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.