



Порядок оказания акушерско-
гинекологической помощи в
Российской Федерации

- **Основные демографические показатели (общая смертность населения, рождаемость, уровень материнской, перинатальной и младенческой смертности) в Российской Федерации не соответствуют современным европейским показателям.**

Отражением социального и экономического неблагополучия явился, так называемый, «русский крест», когда в 1991г.показатель рождаемости впервые оказался ниже показателя смертности.

К сожалению в 2013 году показатели рождаемости вновь ниже показателя смертности населения в РФ

- **Сегодняшняя Россия существует в условиях «суженного» воспроизводства населения.**
- **•Суммарный коэффициент рождаемости снизился до 1,3.**
- **•Повторные роды составляют лишь 40% от общего числа родов.**
- **•Количество подростков (будущих родителей) чрезвычайно мало – 20%.**



Акушерство, особенно отечественное, в настоящее время модно обвинять в отсталости.

•Однако, при этом критики забывают, что история развития современного акушерства(как науки) насчитывает только три столетия и кроме того самая консервативная отрасль медицины (врачевания) – это акушерство.

По сути, оно (акушерство) и есть первобытно-природное.

•Все течет, все изменяется, а женщина рождает по старинке, через тот же таз (родовой канал), по прежним биомеханическим законам, заложенным природой.

Спешить в родах всегда было и будет противоестественно, противозаконно и крайне опасно.

•

•Головка плода с ее эволюционно-приспособительными особенностями, наличием швов и родничков не выдерживает ускорения.

•Однако, анализом установлено, что продолжительность родов, только за последнее столетие, уменьшилась вдвое.

•Возрос травматизм матери и плода.

•Неудержимо растет уровень оперативных родов.

•Демографическая ситуация не имеет существенной тенденции к улучшению

Правительство страны принимает Законы, регламентирующие акты по охране здоровья матери и ребенка, увеличивает материальные затраты на отрасль.

- **•Введена система родовых сертификатов, материнского (семейного капитала, предприняты попытки улучшения системы дородового наблюдения женщин.**
- **Однако не это ведущее и самое ответственное звено в решении демографических проблем.**

Есть серьезные экологические проблемы, недостатки в образе жизни и среде обитания человека, вредные его привычки и др.

- **•Главное -отсутствует ответственность человека за свое здоровье.**

Основными задачами службы охраны здоровья матери и ребенка является доступность, эффективность и качество ее для населения.

Целями ее являются:

Снижение уровня репродуктивных потерь

- **Улучшение демографической ситуации в России**
- **Для достижения поставленных целей и задач, работа службы охраны здоровья матери и ребенка регламентирована новыми ведомственными приказами и методическими указаниями.**

Приказ №572-н от 1 ноября 2012 г

- В соответствии с приказом №572-н от 1 ноября 2012 г.
- акушерско-гинекологическая помощь оказывается на амбулаторном(в женских консультациях, поликлиниках, фельдшерско-акушерских пунктах) и стационарном уровнях(осуществляемой в отделениях патологии беременности- при акушерской патологии или специализированных отделениях (при соматической патологии).
- Настоящим приказом утверждены
- 33 приложения об организации деятельности, порядке, этапности и оснащении отдельных подразделений службы охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР)

Ведущая роль в оказании своевременной и доступной медицинской помощи женщинам отводится ее амбулаторно-поликлиническому звену.

Наиболее оптимальной и востребованной поликлинической структурой службы охраны здоровья матери и ребенка является

- **женская консультация (изолированные и специализированные отделения поликлиник, медикосанитарных частей)**

Функции женской консультации.

- **-диспансерное наблюдение беременных, в т.ч. выделение «групп риска»;**
- **-направление в учреждения, осуществляющие пренатальную диагностику в целях обследования на наличие хромосомных нарушений и врожденных аномалий;**

- **выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями в стационар для получения специализированной медицинской помощи;**
- **- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, а семьи - к рождению ребенка**

- **проведение патронажа беременных и родильниц;**
- **- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, современных методов профилактики абортов и подготовки беременных к родам.**

- **диспансерное наблюдение гинекологических больных, в т.ч. девочек;**
- **- осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных технологий (гистероскопия, лазеро- и криохирургия);**

- **организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;**
- **- обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных технологий, в т.ч. в условиях дневного стационара и стационара на дому;**

- **обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и др. учреждениями (медико-генетическими консультациями, кожно-венерологическими, онкологическими, психоневрологическими, наркологическими, противотуберкулезными диспансерами) и Т.д.**

- **оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;**
- **- проведение консультаций по вопросам психологической, социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;**

- **социально-психологическая помощь несовершеннолетним, подготовка их к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;**
- **- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в вопросах репродуктивного поведения;**
- **- повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;**

■ Критерии качества работы женской консультации

- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- - доля женщин, вставших на учет по беременности из числа обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- - частота невынашивания и недонашивания беременности;
- - показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- - отсутствие антенатальной гибели плода;
- - отсутствие врожденных аномалий плода, не выявленных во время беременности;
- -разрыв матки вне стационара;
- -несвоевременное направление в стационар при гипертензии и переношенной беременности;

Основной задачей диспансерного наблюдения беременных является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода.

При постановке на учет в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом акушером-гинекологом до 11-12 недель решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода делается врачом акушеро-гинекологом до 22 недель

- Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения учреждений здравоохранения.
- При сроке беременности более 25 недель и при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития или иной патологии, требующей прерывания- госпитализация осуществляется в учреждения материнства и детства(родильные дома, перинатальные центры).
- При экстрагенитальной патологии беременная госпитализируется в профильное отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания и акушером-гинекологом (многопрофильные больницы в составе которых имеется родильный ром).
- При наличии акушерской патологии беременная госпитализируется в учреждения охраны материнства и детства(родильный дом, перинатальный центр).
- При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющую тяжесть состояния.

Врачи женской консультации осуществляют плановую госпитализацию беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений беременности и родов, на основании всех проведенных исследований, в том числе консультаций специалистов, врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения (муниципальный, государственный родильный дом, перинатальный центр и т.д.).

Беременная и члены ее семьи заблаговременно информируются акушером-гинекологом об учреждении, в котором планируется родоразрешение.

Вопрос о дородовой госпитализации решается индивидуально.

В консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные:

- С экстрагенитальной патологией для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания
 - С отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, перинатальные потери, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с пороками развития и др.
- С акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (по системе резус фактор и АВО), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию).
- С выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения

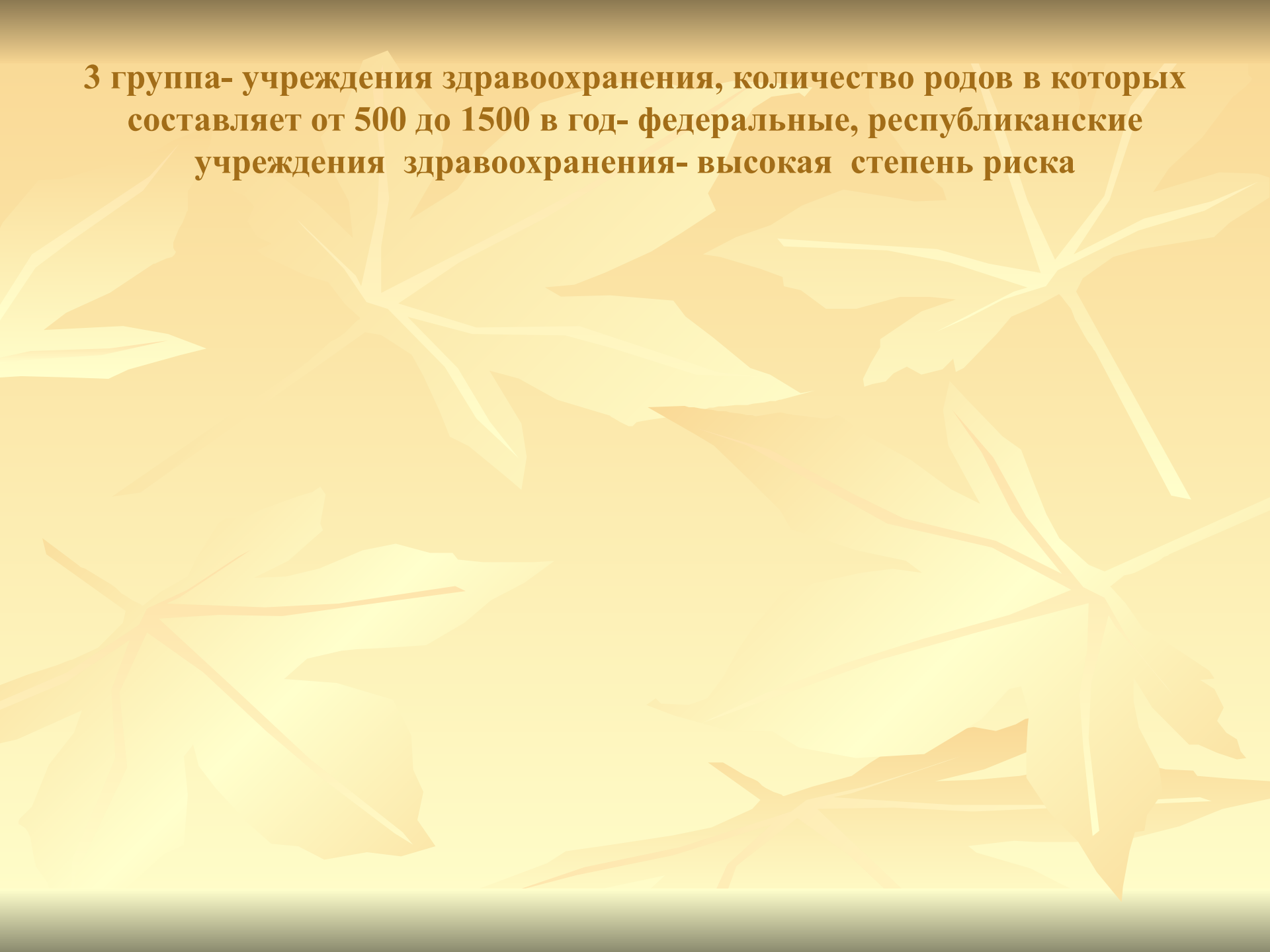
Стационарные учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяют на три группы (кочный фонд, оснащение, кадровое обеспечение)

- **1 группа- учреждения здравоохранения, количество родов не превышает 500 в год(низкая степень риска)**
- Показания:
- Отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной
- Отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности(преэклампсия, преждевременные роды, ВЗРП)
- Головное предлежание плода при некрупном плоде и нормальных размерах таза
- Отсутствие у матери в анамнезе эпизодов анте, интра и ранней неонатальной смерти
- Отсутствие осложнений при предыдущих родах(акушерский кровотечения, родовая травма у новорожденного и др)

2 группа- учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год- профильные родильные дома, межрайонные перинатальные центры- СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ РИСКА

- ПОКАЗАНИЯ:
- Экстрагенитальная патология- СС системы, дыхательной системы, ЖКТ, увеличение щитовидной железы, инфекции мочевыводящих путей.
- Переношенная беременность
- предполагаемый крупный плод
- анатомическое сужение таза -2 степени
- тазовое предлежание плода,
- низкое расположение плаценты
- Многоплодная беременность
- Кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца
- Плацентарная недостаточность, ВЗРП
- Много и маловодие
- Беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после ЭКО и ПЭ
- Преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод при сроке менее 35 недель
- Рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки

3 группа- учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год- федеральные, республиканские учреждения здравоохранения- высокая степень риска

The background of the slide features a repeating pattern of stylized, overlapping leaves in various shades of yellow and orange, creating a textured, organic feel.

При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- Врачом акушером-гинекологом не менее 10 раз
- Врачом-терапевтом, врачом-стоматологом не менее 3 раз (первый осмотр не позднее 7-10 дней после первичного обращения в ЖК)
- Врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом не менее 2 раз
- Другими специалистами- по показаниям, с учетом патологии

Дородовое
наблюдение

```
graph TD; A[Дородовое наблюдение] --- B[Выявление]; A --- C[Профилактика]; A --- D[Лечение болезней плода];
```

Выявление

Профилактика

Лечение
болезней
плода

Методы:

- 1.Выявление и оценка факторов риска перинатальной патологии (акушерский анамнез, хронические заболевания, профессиональная вредность, наследственные заболевания)
- 2.Профилактика возможных осложнений и патологических состояний гестационного процесса (прием фолиевой кислоты, йода, полиненасыщенных жирных кислот)
- 3.Внутриутробное лечение болезней плода (внутриматочная хирургия. Пунктирование и наложение шунта. Гемолитическая болезнь плода, гидронефроз, асцит, гидроцефалия)
- 4.Обучение беременных (питание, физические нагрузки, работа, вождение автомобиля, вредные привычки, половая жизнь, оценка адекватности двигательной активности плода, собственного самочувствия, жалоб, признаков родов)
- 5.Совершенствование методов оценки состояния плода (УЗИ, доплерометрия, кардиотокография)

Курение вызывает ВЗРП, выкуривание больше 10 сигарет в сутки отражается на весе новорожденного.

Алкоголь, при регулярном употреблении, возможно развитие фетального алкогольного синдрома- прямая зависимость между количеством употребляемого спиртного и степенью выраженности фетального синдрома.

Диагностика беременности

Признаки беременности

Предположительные

- Аменорея
- Изменение вкуса и запахов
- Рвота
- Пигментация кожи определенных зон
- Учащение мочеиспускания
- Цианоз влагалища

Достоверные

- Определение уровня ХГЧ в моче и в крови
- Обнаружение плодного яйца путем УЗИ
- Определение сердцебиения плода (7 недель)
- Шевеление плода (16-18-20 недель)

Определение срока беременности

- По менструации (при регулярном менструальном цикле). Формула Негеле: 1 день последний менструации -3 месяца +7 дней
- По овуляции
- По дате переноса эмбриона (ЭКО)
- По шевелению 18 нед- повторнородящие, 20 нед- первородящие
- По УЗИ (в динамике, при нерегулярном менструальном цикле)

Алгоритм пренатального мониторинга

Первичное обращение (до 12 нед, желательно 4-6 нед)

1. Сбор анамнеза (соматического, акушерско- гинекологического, семейного, прием лекарств, профессиональные вредности, хирургические вмешательства, социальные факторы (алкоголь, наркотики))
2. Физикальное исследование (измерение веса, роста, АД, пульса (на обеих руках), общий осмотр- кожа, лимфоузлы, молочные железы)
3. Гинекологическое исследование
 - осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки (повреждения в предыдущих родах)
 - PAP мазок
 - Мазок на флору (степень чистоты)
 - Анализ на ЗППП (гонорея, хламидиоз)
 - Определение размеров и конфигурации матки (соответствие сроку)
 - Пальпация придатков (образования)
 - Наружная пельвиометрия (неточное) в сроках 38-40нед рентгенпельвиометрия или КТ

Алгоритм пренатального мониторинга

4. Лабораторные исследования
 - Общий анализ крови и мочи
 - Тест на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, TORCH- комплекс (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, ВПГ I и II типа)
 - Определение группы крови и Rh фактора
 - Туберкулиновые проба
 - Биохимический анализ крови
 - Коагулограмма (тромбоэластограмма)
 - Микробиологический посев мочи (бессимптомная бактериурия)
5. Функциональная диагностика
 - УЗИ в 9-11 нед. (ТВП не > 3мм)
 - Первый пренатальный скрининг (РАРР, ХГЧ) в 10-12 нед.

Алгоритм пренатального мониторинга

Повторные обращения (каждые 3-4 недели)

1. Физикальное исследование (Артериальное давление на обеих руках, дневник веса тела беременной)
 - Пальпация матки (соответствие её размеров сроку беременности, 12 нед- край симфиза, 24 нед- область пупка)
2. Гинекологическое бимануальное исследование (контроль состояния шейки матки)

16-20 недель

1. Физикальное исследование (артериальное давление на обеих руках, дневник веса теле беременной, пальпация матки)
 - Выслушивание сердцебиения плода
2. Гинекологический осмотр
3. Лабораторные исследования
 - Тест на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С
 - Общий анализ мочи и крови
 - УЗИ, сдача второго пренатального скрининга (16-20 нед.)

Алгоритм пренатального мониторинга

Повторные обращения до 30 недель (каждые 3-4 нед.)

1. Физикальное исследование (артериальное давление на обеих руках, взвешивание веса тела беременной, пальпация матки, выслушивание сердцебиения плода)
 - Измерение ВДМ
 - Осмотр нижних конечностей, живота
2. Лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи)
 - В 24-28 нед. для диагностики гестационного СД- глюкозотолерантный тест (с 75г глюкозы) натощак и через 2ч (Норма до 7,8 ммоль/л)
 - В 28-30 недель определение Rh АТ = вводят анти Rh иммуноглобулин
 - Тест на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С
 - Мазок на степень чистоты влагалища
 - Узи и доплерометрия в 30-32 недели

Алгоритм пренатального мониторинга

Повторные обращения 30-36 недель (каждые 10-14 дней)

1. Физикальное обследование (артериальное давление на обеих руках, дневник веса тела беременной, осмотр живота, конечностей, пальпация матки, измерение ВДМ, выслушивание сердцебиения плода, определение членорасположения частей плода)
2. Лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи)
 - В 36 нед. посев мочи (микробиологический).
 - Посев из влагалища (определение состава бактериальной флоры, при необходимости- санация)
3. Функциональная диагностика
 - КТГ еженедельно в динамике
4. Обучение беременной (признаки родов, в т.ч. преждевременных, воды, схватки, кровянистые выделения, тошнота, рвота, выделения из п/путей)

Повторные обращения 37-40 недель (еженедельно)

1. Физикальное обследование
2. Общий анализ мочи

УЗ исследование (не менее 3х раз за беременность)

- УЗИ 10-12 недель

Оценивается ТВ пространства (3мм и выше маркер хромосомной патологии). Возможно обнаружить грубые дефекты нервной трубки (анэнцефалия)

- УЗИ 19-21 неделя

Максимальная эффективность УЗИ в выявлении врожденных пороков развития разной природы до 80-85%.

Оцениваются эхогенные маркеры хромосомных болезней (маловодие, ВЗРП, гигрома шеи, вентрикуломегалия)

- УЗИ 32-34 недели

Обнаружение врожденных пороков развития с поздним проявлением и функциональная оценка состояния плода

Медико-генетическое консультирование

- Возраст матери старше 35 лет
- Кровнородственный брак
- Наследственные заболевания или пороки развития в семейном анамнезе
- Бесплодие супругов
- 3 и более самопроизвольных выкидыша
- Мертворождение в анамнезе
- Рождение ребенка с пороками развития (хромосомные заболевания)
- Воздействие неблагоприятных факторов в ранние сроки беременности (лекарственная терапия, рентген-диагностические процедуры, инфекционные заболевания вирусной этиологии, производственные вредности)
- Неблагоприятное течение беременности (изменение уровня сывороточных маркеров (РАРР, LFP, ХГЧ, ЕЗ), гипотрофия плода, мало/многоводие, угрозы прерывания)

Периконцепционная профилактика

- Целесообразно проводить для снижения риска рождения больных детей
- Направлена на обеспечение оптимальных условий для созревания зародышевых клеток, их оплодотворения, образования зиготы, ее плантации и раннего развития плода
- Медико-генетическое консультирование, изучение родословной, опеределние кариотипа, антигенов HLA у супругов
- Диагностика носительства вирусной и бактериальной инфекции (лечение по показаниям)
- Исключение профессиональных фредностей
- Диета, витаминотерапия (прием фолиевой кислоты, йода)
- Профилактика эффективна за 3 месяца до зачатия и в ранние сроки развития эмбриона и плода (до 12 недель)