

“Медицинский университет Астана” АО

**ТЕМА: Принципы регионализация
перинатальной помощи в РК**

Выполнила: Жанай Т.С

Проверила: Билялова Г.Т

Приказ Министерства здравоохранения Республики
Казахстан от 7 мая 2010 года № 325
Об утверждении Инструкции по совершенствованию
регионализации перинатальной помощи в Республике
Казахстан

Инструкция
по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в
Республике Казахстан

1. Общие положения

Настоящая Инструкция по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан разработана в соответствии с Планом краткосрочных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также в целях повышения доступности и качества оказания перинатальной помощи.

Переход на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (далее - ВОЗ) предусматривает внедрение в практику родовспоможения высокоэффективных международных технологий, реализация которых предполагает проведение регионализации перинатальной помощи (далее - регионализация).

Регионализация - это распределение родовспомогательных медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов.

Целью регионализации является улучшение качества и доступности перинатальной помощи за счет рационального использования возможностей существующей системы родовспоможения.

Система оказания помощи по принципу регионализации подразумевает разумное и эффективное распределение медицинских услуг между медицинскими организациями охраны материнства и детства.

Каждая область должна разработать свою схему регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций. Первоочередные мероприятия необходимые для организации регионализации перинатальной помощи в регионе:

Первоочередные мероприятия необходимые для организации регионализации перинатальной помощи в регионе:

- 1) осуществить учет родовспомогательных организаций, ревизию имеющихся в них ресурсов (кадровых и материально-технических, в том числе транспортную систему), оценить и определить их мощность, распределить их по уровням перинатальной помощи с четким определением задан и объемов медицинской помощи;
- 2) составить картографирование зоны обслуживания - на географической карте региона четко обозначить:
 - площадь региона (кв. км), наименование районов, городов и расстояния между ними (км.);
 - количество родильных домов (отделений), специализированных отделений для новорожденных, уровень оказания ими перинатальной помощи, количество коек и родов, при необходимости другие медицинские организации;
- 3) провести прогнозируемый расчет ожидаемых потоков транспортируемых пациентов в родовспомогательные организации 2 и 3 уровня местными органами управления здравоохранения;
- 4) на региональном уровне и на уровне каждой медицинской организации, участвующей в оказании перинатальной помощи разработать четкие алгоритмы действий для каждого конкретного состояния по взаимодействию, транспортировке, оповещению и другие.

4) на региональном уровне и на уровне каждой медицинской организации, участвующей в оказании перинатальной помощи разработать четкие алгоритмы действий для каждого конкретного состояния по взаимодействию, транспортировке, оповещению и другие.

При расчете ожидаемых потоков транспортируемых пациентов учитывать прогнозируемое количество родов, число преждевременных и осложненных родов и рождение тяжелых новорожденных. Число беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в переводе на соответствующий уровень медицинской организации в среднем составляет 20 на 1000 родов.

6. Плановая госпитализация беременных в родовспомогательные медицинские организации осуществляется по направлению медицинского работника первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов) с учетом свободного выбора беременной в соответствии с уровнем необходимой перинатальной помощи.

7. Госпитализация беременных в отделения патологии беременности родовспомогательных медицинских организаций осуществляется по направлению ПМСП в соответствии с разделом 3 приложения к настоящей Инструкции. Цель госпитализации - определить характер заболевания/осложнения и выбрать оптимальные сроки и методы родоразрешения.

8. Перевод беременных, рожениц, родильниц, новорожденных в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня (при отсутствии противопоказаний для транспортировки) осуществляется консультативно-транспортной службой (далее - КТС) в соответствии с разделом 2 приложения к настоящей Инструкции.

9. Беременные со сроком гестации до 30 недель, родильницы и женщины в постабортном периоде с экстрагенитальной патологией при наличии медицинских показаний и отсутствии акушерских осложнений госпитализируются в профильные соматические отделения стационаров.

В ходе наблюдения и лечения беременных в профильном отделении необходимо оценить тяжесть течения заболевания, при необходимости комиссионно решить вопрос о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности с учетом риска для жизни матери и плода.

Первый уровень:

- ❑ Организации первого уровня предназначены для женщин с неосложненной беременностью и срочными физиологическими родами.
- ❑ В случае поступления беременных и рожениц на уровень, не соответствующий степени риска необходимо обеспечить ее перевод в соответствующую родовспомогательную организацию согласно принципам регионализации.
- При возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для осуществления перевода беременных и новорожденных.
- ❑ При невозможности перевода непрофильных беременных, рожениц на первом уровне необходимо проводить профилактику, прогнозирование, диагностику угрожающих состояний у плода и новорожденного, своевременно решить вопрос о методе родоразрешения, оказать комплекс первичной реанимационной помощи ребенку при рождении или при возникновении неотложных состояний. Проводить интенсивную и поддерживающую терапию до возможности перевода на более высокий уровень, а также выхаживание недоношенных детей со стабильными функциями дыхания и кровообращения, если их масса превышает 2000,0 грамм.
- ❑ Организации первого уровня помимо базового оснащения должны иметь в наличии оборудование для реанимации женщин и новорожденных, палаты интенсивной терапии с оборудованием.

Второй уровень:

- Организации второго уровня предназначены для женщин с не осложненной беременностью и родами, с преждевременными родами при сроке гестации от 34 недель и более, а также беременные, роженицы и родильницы согласно рискам, определенных в [разделе 1](#) приложения к настоящей Инструкции.
- В случае поступления непрофильных беременных и рожениц необходимо обеспечить перевод в организацию соответствующего уровня, а при возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для перевода беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.
- В случае невозможности перевода непрофильной роженицы и рождения больного или с массой тела менее 1500 грамм новорожденного в задачу учреждения второго уровня, кроме перечисленных выше мероприятий, входит проведение адекватной медицинской помощи и интенсивной терапии в соответствии с протоколами, за исключением заболеваний, требующих экстренного хирургического вмешательства.
- Организации родовспоможения второго уровня кроме базового оснащения должны иметь палату реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, системами ИВЛ, СРАР, кувезы, а также клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию. В штатном расписании необходимо предусмотреть круглосуточный пост неонатологов.

Третий уровень:

❖ Организации третьего уровня (Перинатальные центры, Областные больницы и др.) предназначены для госпитализации беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации 22-33 недели + 6 дней в соответствии с [разделом 1](#) приложения к настоящей Инструкции. В организации данного уровня могут быть также госпитализированы женщины с не осложненной беременностью и родами. Третий уровень оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня.

❖ Организации родовспоможения третьего уровня должны быть обеспечены высококвалифицированным медицинским персоналом, владеющим современными эффективными перинатальными технологиями и оснащены современным лечебно - диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. Должны иметь круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

Порядок перевода беременных, рожениц, родильниц, новорожденных в медицинские организации родовспоможения и детства

Перевод беременных, рожениц, родильниц, новорожденных осуществляется КТС в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня.

Пациент, госпитализированный КТС, должен быть немедленно осмотрен врачом (консилиумом) принимающей организации.

. Персонал КТС должен иметь достаточный объем знаний и опыта, владеть методами реанимации и интенсивной терапии женщин и новорожденных в условиях транспортировки и проводить следующие мероприятия:

Оборудование и медикаменты необходимые при транспортировке женщин:

- 1) Рефлексный молоточек
- 2) Транспортный аппарат ИВЛ
- 3) Кардиомонитор
- 4) Кислородный баллон
- 5) Перфузор
- 6) Электрический отсос
- 7) Мешок для ручной вентиляции
- 8) Реанимационные наборы для женщин: ларингоскоп, интубационные трубки, батарейки для ларингоскопа, воздуховоды.
- 9) Аспирационные катетеры: № 6,8,10 Fr
- 10) Набор для приема родов
- 11) Бетаметазон, дексаметазон
- 12) Адреналин, дофамин
- 13) Магний сульфат, инъекционный фенобарбитал, фенитоин, диазепам.
- 14) Окситоцин
- 15) Токолитики
- 16) Ампициллин, пенициллин, гентамицин, эритромицин
- 17) Нифедипин
- 18) Физраствор, глюкоза 5%, 10%.
- 19) Укладка для остановки кровотечения

	Первый уровень	Второй уровень	Третий уровень
Критерии госпитализации	Не осложненная беременность и срочные физиологические роды.	<p>Риск преждевременных родов при сроке 34 недели и более.</p> <p>Преэклампсия легкой степени. Многоводие</p> <p>Рубец на матке после кесарева сечения/миомэктомии и др. неосложненный.</p> <p>Многоплодная беременность от 34 и более недель.</p> <p>Беременные с ЭГП в стадии ремиссии.</p>	<p>Риск преждевременных родов при сроке 22-33 недели + 6 дней. Преэклампсия тяжелой степени. Эклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Акушерские кровотечения. Острое многоводие. ЗВУР. Возраст старше 40 лет и младше 16 лет в сочетании с акушерской и/или экстрагенитальной патологией. Три и более операций кесарева сечения или одно с осложнением в анамнезе. Многоплодная беременность с 22 недель. Опухоли матки, миомы (большие, множественные), заболевания придатков в сочетании с беременностью, аномалии тазовых органов, деформация костей таза. Узкий таз 3-4-ой степени. Беременность после ЭКО с 22 до 34 недель беременности включительно. Резус-изоиммунизация. ВПР плода. Беременные с ЭГП в суб- и декомпенсации (для решения вопроса перевода в Республиканские организации).</p>

Литературы

- Приказ 593 МЗ РК
- Приказ 325 МЗ РК