

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов»
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Заведующий кафедрой: заслуженный деятель науки, профессор Радзинский В.Е.

Региональная концепция оценки материнской смертности. Этапность приоритетов.

Выполнила:
Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии
Рыбасова Т.А.

г.Москва, 2016 г.

Региональная оценка уровня МС

- Различия в структуре причин материнской смертности в отдельно взятых регионах требуют индивидуального подхода к разработке мероприятий по снижению уровня материнской смертности



Региональная оценка уровня МС

- Адекватная региональная оценка уровня материнской смертности в отдельно взятых единицах позволяет судить об общем уровне материнской смертности, выяснить причины, факторы, влияющие на её уровень, помогает расставить приоритетные направления по борьбе с материнской смертностью в тех или иных регионах.



Этапность приоритетов

- Учитывает экономические, культурно-образовательные, социально-гигиенические и медико-организационные особенности страны или региона
- Позволяет целенаправленно распределять финансовые средства мирового сообщества, выделяемых для борьбы с материнскими потерями.



-
- Россия не является исключением в выборе собственных приоритетов в борьбе с материнскими потерями. МС – проблема, в первую очередь, развивающихся стран. Россия к ним не относится, тем не менее, и к развитым странам по этому показателю ее можно относить только с большой натяжкой.
 - В большинстве субъектов Российской Федерации создана и функционирует многоуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде.
-



Документы, регламентирующие работу акушерско-гинекологической службы РФ

- ❑ **ПРИКАЗ от 2 октября 2009 г. N 808н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**
- ❑ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 5 августа 2003 г. N 329](#) "О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям в акушерских стационарах" (зарегистрирован Минюстом России 28 августа 2003 г., регистрационный N 5029), с изменениями, внесенными Приказом Минздравсоцразвития России от 28 октября 2008 г. N 598н (зарегистрирован Минюстом России 18 ноября 2008 г., регистрационный N 12683);
- ❑ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [от 9 декабря 2004 г. N 308](#) "О вопросах организации деятельности перинатальных центров" (зарегистрирован Минюстом России 18 января 2005 г., регистрационный N 6261);
- ❑ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [от 24 сентября 2007 г. N 621](#) "Об организации деятельности родильного дома (отделения)" (зарегистрирован Минюстом России 7 декабря 2007 г., регистрационный N 10650);
- ❑ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [от 24 сентября 2007 г. N 623](#) "О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации" (зарегистрирован Минюстом России 22 октября 2007 г., регистрационный N 10375)

Уровни оказания акушерско-гинекологической помощи

- Первый этап: осуществление доврачебной и первой врачебной помощи (сельскую участковую больницу с амбулаторией и стационаром, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), родильные дома)
- Второй этап: осуществление квалифицированной врачебной помощи. Он включает в себя районные (номерные) и центральную районную больницу, имеющие в своем составе акушерско-гинекологические отделения и женские консультации.
- Третий этап: обеспечение сельского населения высококвалифицированной (специализированной) акушерско-гинекологической помощью. Он включает в себя областную (краевую, республиканскую) больницу, имеющую в своем составе акушерско-гинекологические отделения и женскую консультацию или самостоятельный родильный дом с женской консультацией.



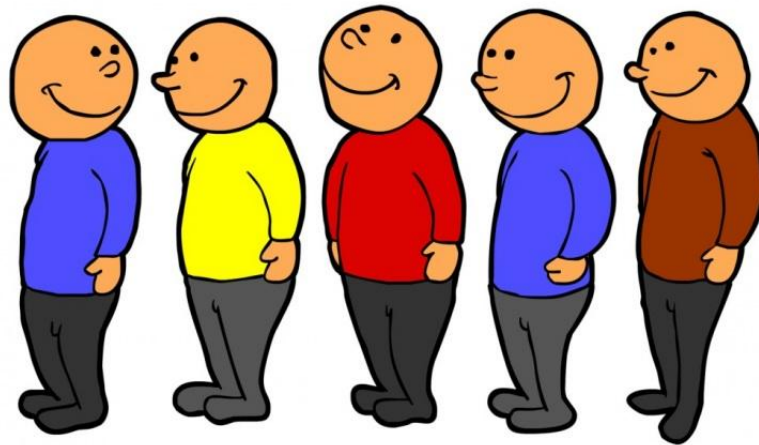
Уровни оказания акушерско-гинекологической помощи

- В среднем в России 75% учреждений родовспоможения относится к I уровню, 20% – ко II уровню и 5% – к III уровню. Каждый уровень изначально предназначен для оказания базовой или специализированной медицинской помощи кругу пациенток, определенному «Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи». Однако 70% родов в России проводятся в учреждениях II (48,9%) и III (22,1%) уровнях (480 ЛПУ), предназначенных для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в 1387 учреждения I уровня проведено только 29% родов.



Этапность приоритетов

- Цель: Выработка первоочередных мероприятий, позволяющих в короткие сроки и значительно сократить показатели материнс...



Этапность приоритетов

- По мнению некоторых специалистов, внедрение в странах, вносящих основную долю в мировую статистику материнской смертности, «примитивных» медико-организационных форм обслуживания населения (учет и контроль), позволит значительно снизить материнские потери.



Этапность приоритетов

- Бессмысленно, например, в Афганистан (показатель материнской смертности - 396 на 100 тыс. живорожденных) поставлять дорогостоящую диагностическую аппаратуру, а вот наладить систему диспансерного наблюдения за беременными и медицинскую помощь в родах - вполне реально.
- В соседнем Туркменистане, унаследовавшем систему организации медицинской помощи беременным и родильницам, разработанную в бывшем СССР, уровень материнской смертности стал в 20! раз ниже (42 на 100 тыс. живорожден



Выводы

- Таким образом, региональная оценка уровня материнской смертности (низкий, средний, высокий и т.п.) является актуальным аспектом борьбы с материнскими потерями



Спасибо за
внимание!

