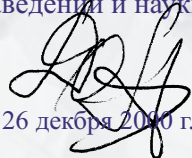


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

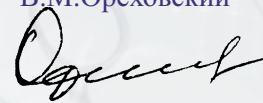
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



26 декабря 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



26 декабря 2000 г.
Регистрационный № 110-0010

**АЛГОРИТМЫ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АКУШЕРСКОЙ И
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ**

Минск 2000

[Перейти к оглавлению](#)

Основное учреждение-разработчик: НИИ охраны материнства и детства

Учреждение-соисполнитель: Управление охраны здоровья Гродненского облисполкома

Авторы: канд. мед. наук О.Н. Харкевич, В.А. Лискович, д-р мед. наук, проф. Г.А. Шишко, Р.А. Часнойть, канд. мед. наук Н.С. Богданович, С.Р. Мазитов

Рецензенты: Л.А. Соколовская, канд. мед. наук, доц. В.Л. Силява

В методических рекомендациях изложены основные алгоритмы оценки прегравидарной подготовки женщин группы «резерва родов», ведения беременности, родов и послеродового периода в зависимости от имеющейся патологии; разработан алгоритм анализа эффективности оказания помощи новорожденным в роддомах; алгоритм оценки возможного предотвращения неблагоприятного исхода беременности для матери и/или плода по совокупности факторов.

Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, терапевтов и других специалистов всех звеньев службы родовспоможения, а также для организаторов здравоохранения всех уровней.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА	5
2. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ	10
3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВ	16
4. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ	20
5. АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ СОВПАДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ	22
6. АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ВОЗМОЖНОГО ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ	24

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшей задачей акушерской и перинатальной служб является повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению. В условиях резкого снижения рождаемости в Беларуси, изменения экологических и социально-экономических условий жизни населения, отрицательно влияющих на здоровье, возрастает значимость медицинского контроля за подготовкой к материнству, за здоровьем беременной и плода.

Алгоритмы оценки эффективности оказания акушерской и перинатальной помощи в лечебно-профилактических учреждениях разработаны авторским коллективом на основании результатов многолетнего анализа причин перинатальной и материнской заболеваемости и смертности во всех регионах республики. Их внедрение на территории Гродненской области способствовало достоверному снижению материнской и перинатальной смертности. Авторы надеются, что использование настоящих методических рекомендаций позволит повысить эффективность работы акушерской, перинатальной, терапевтической, анестезиологической, гематологической и других служб медицинской помощи беременным, а также улучшить преемственность между всеми звеньями системы здравоохранения.

1. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин группы «резерва родов» (ГРР) представлен на **схеме 1**.

В ГРР включаются женщины в возрасте от 18 до 40 лет, не имеющие детей или имеющие одного ребенка.

1.1. Формирование ГРР: главные врачи (заместители главных врачей) территориальных поликлиник по результатам переписи населения передают заведующим женскими консультациями, расположенными в районе обслуживания поликлиник, списки всех женщин в возрасте 18–40 лет, не имеющих детей или имеющих одного ребенка. Списки обновляются 2 раза в год. Главные врачи или их заместители и заведующие женских консультаций по территориальному принципу, учитывая общую численность населения, на 6 000 человек формируют акушерско-гинекологические и терапевтические комплексы таким образом, чтобы на 3–4 врача-терапевта приходился 1 врач акушер-гинеколог. Взаимодействие между акушером-гинекологом и терапевтом осуществляется в рамках ранее созданных акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов (АПТК).

После формирования акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса участковые врачи-терапевты поликлиник передают врачам акушерам-гинекологам женских консультаций списки женщин из социально-неблагополучных семей и имеющих экстрагенитальную патологию (по приказу № 71 от 5.04.94 г. «О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности»), которая является абсолютным противопоказанием к беременности, с целью охвата этих женщин контрацепцией и исключения из ГРР.

Два раза в год врач акушер-гинеколог передает списки родивших женщин участковым врачам-терапевтам с целью исключения из ГРР женщин, имеющих двух детей.

1.2. Группы диспансерного наблюдения:

- здоровые,
- практически здоровые,
- гинекологические больные,
- имеющие экстрагенитальную патологию,
- имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию.

1.3. Формирование групп динамического наблюдения: женщины ГРР, обратившиеся в поликлинику к любому специалисту, подлежат обязательному осмотру участковым терапевтом с минимальным обследованием: осмотр молочных желез и щитовидной железы, общие анализы крови и мочи, измерение АД. При необходимости осуществляется осмотр узкими специалистами.

Женщины ГРР, обратившиеся в женскую консультацию, также подлежат обязательному обследованию.

По результатам терапевтических и гинекологических осмотров каждая женщина ГРР должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения, причем в группы 3, 4, 5 включаются женщины, имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию, в том числе не состоящие на диспансерном гинекологическом и терапевтическом учете.

Участковые врачи-терапевты и врач акушер-гинеколог акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса 2 раза в год проводят сверку списков женщин, состоящих в группах здоровья.

Амбулаторные карты маркируются в правом верхнем углу титульного листа индексом РР1, РР2, РР3, РР4, РР5 в соответствии с установленной группой здоровья.



Схема 1. Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин ГРР

1.4. Наблюдение

Участковые врачи-терапевты при сборе анамнеза и врач акушер-гинеколог при обращении женщин из ГРР отмечают, планирует ли пациентка беременность в течение ближайших двух лет, и делают соответствующую запись в амбулаторной карте.

По результатам данной работы женщин ГРР относят в группы активного наблюдения (планирующих беременность в течение двух лет) и пассивного наблюдения (не планирующих беременность).

В группе женщин пассивного наблюдения врач акушер-гинеколог проводит работу по максимально полному охвату данного контингента всеми видами контрацепции с целью предупреждения непланируемой беременности.

Динамическое наблюдение при наличии гинекологической и экстрагенитальной патологии проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

Все женщины группы активного наблюдения, имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию, проходят прегравидарную подготовку в зависимости от характера патологии с привлечением смежных специалистов.

Обоим супругам за 3 мес. до планируемого зачатия и женщинам в I триместре беременности врачом акушером-гинекологом проводится профилактика врожденных пороков развития (ВПР) плода путем назначения фолиевой кислоты по 0,4 мг в день и диеты, богатой фолатами (бобы, шпинат, печень и др.). При наличии в анамнезе детей с ВПР доза фолиевой кислоты должна быть увеличена в 3–4 раза.

Врач акушер-гинеколог в группе активного наблюдения выделяет группу медико-генетического риска, в прегравидарную подготовку которой должно быть включено обязательное обследование в медико-генетическом центре (МГЦ).

Показаниями для медико-генетического консультирования являются:

- 1) возраст беременной 35 лет и более;
- 2) наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития;
- 3) наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и связанными с полом,
 - врожденной гиперплазии коры надпочечников,
 - врожденными пороками развития (изолированными или множественными),
 - хромосомными заболеваниями,
 - умственной отсталостью;
- 4) наличие вышеперечисленной патологии среди родственников;
- 5) кровнородственный брак;
- 6) привычное невынашивание беременности неясного генеза;
- 7) первичная аменорея, нарушение менструального цикла неясного генеза.

Учитывая то, что в республике отмечается рост заболеваний, передающихся половым путем, и возрастает роль инфекции в неблагоприятном исходе беременности, одним из разделов прегравидарной подготовки должно быть выявление и санация очагов инфекции. При выявлении очагов хронической генитальной инфекции (хламидиоз, уреаплазмоз, генитальный герпес и т.д.) необходимо обязательное обследование и лечение обоих половых партнеров.

2. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

Алгоритм анализа эффективности динамического наблюдения за беременными женщинами и оказания им медицинской помощи представлен на **схеме 2**.

В основе благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваний новорожденных лежит правильная организация медицинской помощи беременной. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является их комплексное обследование, включающее медицинский контроль за состоянием здоровья женщины, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и «внутриутробному пациенту».

Объем обследования беременных при первичной постановке на диспансерный учет выполняется в соответствии с «Временными протоколами обследования и лечения» (1999). В объем обследования беременных при первом обращении рекомендуется включать исследование крови на гепатиты В и С, исследование TORCH — инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес), биохимические анализы крови (глюкоза, общий белок, железо, мочевины, креатинин, холестерин), гемостазиограмму.

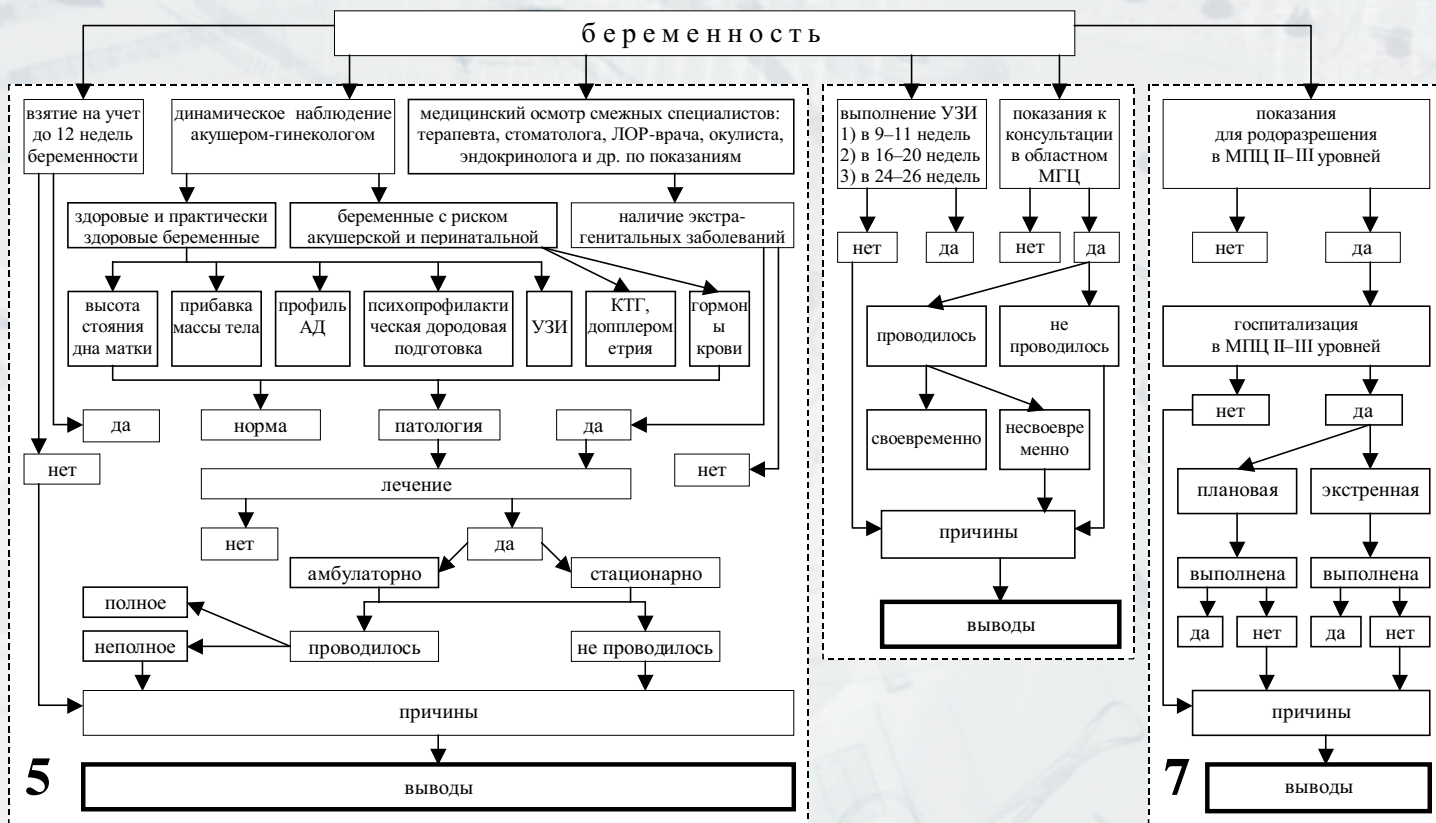


Схема 2. Алгоритм анализа эффективности обследования и оказания медицинской помощи беременным женщинам

Всем беременным проводится УЗИ матки (9–11 недель). Ошибка в определении срока гестации при физиологической беременности в I триместре составляет в среднем 2,1 дня.

Все беременные в течение беременности должны быть обследованы терапевтом не менее двух раз: после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 недель беременности. При первом посещении терапевт женской консультации оценивает состояние жизненно важных органов женщины, запрашивает выписку из амбулаторной карты пациентки (если таковая не запрашивалась при взятии на учет в группу ГРР) и решает вопрос о возможности сохранения беременности и совместном наблюдении с акушером-гинекологом.

Первоначальное клиническое обследование беременной, помимо осмотра терапевтом и стоматологом, должно включать обязательный осмотр окулистом, отоларингологом, эндокринологом. Около 40% больных беременных нуждаются в дополнительных консультативных осмотрах высококвалифицированными специалистами. При повторном осмотре терапевт выявляет заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью или возникшие самостоятельно, определяет необходимость госпитализации беременных по поводу этих заболеваний, совместно с акушером-гинекологом решает вопрос о тактике родоразрешения.

В гормональном мониторинге нуждаются пациентки с гипертензией во время беременности, гестозом, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, обусловленным преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, дисфункцией гонад, бесплодием, перенесшие выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками ее развития или другими факторами риска. При интерпретации данных гормональных исследований и назначении гормонокорректирующей терапии необходимо учитывать суточные биоритмы продукции гормонов.

Принадлежность беременной к той или иной группе динамического наблюдения определяют после клинического и лабораторно-диагностического обследования. При первой явке выявляют беременных высокого риска и направляют их на консультации к узким специалистам. После обследования решают вопрос о возможности сохранения беременности. Медицинские показания для прерывания беременности изложены в приказе МЗ РБ № 71 от 5.04.94 г.

Анализ данных литературы и собственные исследования показали, что трехкратный ультразвуковой скрининг, введенный в объем обследования популяционной группы беременных, позволяет диагностировать различные нарушения в системе «мать—плацента—плод» более чем у 53% женщин в процессе гестации, в том числе у 44% беременных, относящихся первоначально к группе практически здоровых.

В алгоритм пренатального мониторинга необходимо включить трехкратный ультразвуковой скрининг беременных в сроке 9–11, 16–20 и 24–26 недель, а по показаниям и чаще.

УЗИ в I триместре беременности позволяет точно установить срок гестации, многоплодие, состояние хориона, неразвивающуюся беременность, сопутствующие гинекологические заболевания, угрозу прерывания беременности и некоторые пороки развития плода.

УЗИ во II триместре беременности в основном направлено на диагностику врожденных пороков развития плода. Кроме того, возможно выявление патологии плаценты, оболочек, истмико-цервикальной недостаточности, мало- и многоводия.

УЗИ в III триместре позволяет дополнительно обнаружить не выявляемые ранее пороки, задержку внутриутробного развития плода, патологию пуповины.

Обязательному консультированию в МГЦ подлежат беременные при наличии следующих показаний:

- 1) возраст беременной 35 лет и более;
- 2) наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития;
- 3) наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом,
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников,
 - врожденными пороками развития (изолированными или множественными),
 - хромосомными заболеваниями,
 - умственной отсталостью;
- 4) наличие вышеперечисленных патологий среди родственников;
- 5) кровнородственный брак;
- 6) привычное невынашивание беременности неясного генеза;
- 7) неблагоприятные воздействия в ранние сроки беременности (заболевания, диагностические или лечебные процедуры, прием медикаментозных средств);
- 8) осложненное течение беременности (угроза прерывания с ранних сроков, не поддающаяся терапия, многоводие);
- 9) патология плода, выявленная при ультразвуковом исследовании;
- 10) изменение показателей скринирующих факторов: альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона;
- 11) наличие у супругов профессиональных вредных факторов;
- 12) первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

Направлять на медико-генетическую консультацию предпочтительно до беременности или в ее ранние сроки (6–8 недель) с подробными выписками о течении предыдущих беременностей, родов, состоянии новорожденного, результатов его обследования, с указанием данных предыдущих патологоанатомических исследований.

План родоразрешения составляется во время беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. Каждый акушер-гинеколог должен знать, что в родовспомогательных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) I уровня возможно ведение только нормальных срочных родов у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска.

При наличии патологии беременных и экстрагенитальных заболеваний у матери осуществляется дородовая госпитализация в межрайонные перинатальные центры (МПЦ) II–III уровня в плановом порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения в сроке беременности более 32 недель должна осуществляться в МПЦ II–III уровня, а при необходимости более раннего родоразрешения только в МПЦ III уровня.

3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Алгоритм анализа эффективности ведения родов представлен на **схеме 3**.

Все роды должны вестись только врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом, а по показаниям — с участием терапевта и врачей других специальностей.

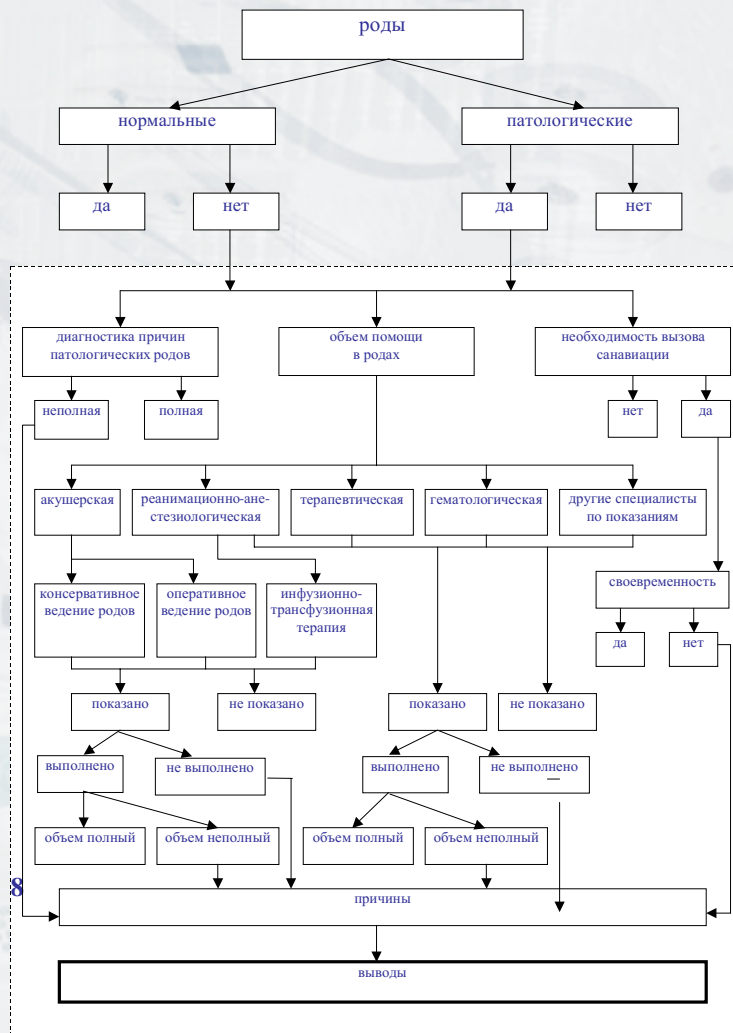


Схема 3. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи в родах

В родильных отделениях ЛПУ I уровня возможно родоразрешение повторнобеременных (до третьих родов включительно) и первобеременных без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны рожать в ЛПУ II–III уровней. Показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре II уровня являются:

- гестозы I–II ст. тяжести,
- гестоз III ст., преэклампсия в анамнезе,
- маточное кровотечение во время предыдущих родов,
- многоплодие, неправильное положение плода, крупный плод, анатомически узкий таз при планировании родов через естественные родовые пути,
- предлежание плаценты без признаков кровотечения,
- ante-, интра- или неонатальная гибель плода в анамнезе,
- хроническая внутриутробная гипоксия плода,
- перенашивание беременности,
- юные и возрастные первородящие,
- многоводие, маловодие,
- антенатальная гибель плода,
- повторные операции кесарева сечения.

Показания для родоразрешения в акушерских стационарах III уровня:

- заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз,
- сахарный диабет,
- сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах),
- легочно-сердечная недостаточность,

Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в...

- синдром внутриутробной задержки развития плода II–III ст.,
- досрочное родоразрешение по поводу угрожающего состояния плода,
- планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения,
- тяжелые формы гестоза,
- четвертые и более роды,
- заболевания крови, почек, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;
- редкие токсикозы беременных, острая жировая дистрофия печени,
- иммуноконфликтная беременность (изосенсибилизация по Rh-фактору, АВ0-системе, HLA-системе и др.),
- травмы мягких родовых путей матери в детстве или накануне беременности,
- длительное обезвоживание.

Анализ помощи в родах предусматривает оценку оказания акушерской, анестезиологической, терапевтической, гематологической помощи и медицинской помощи других узких специалистов.

При возникновении экстренных акушерских ситуаций, требующих консультативной помощи, проводится оценка необходимости, своевременности и качества организации консилиумов и вызова специалистов по санавиации (областной и республиканской).

4. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ

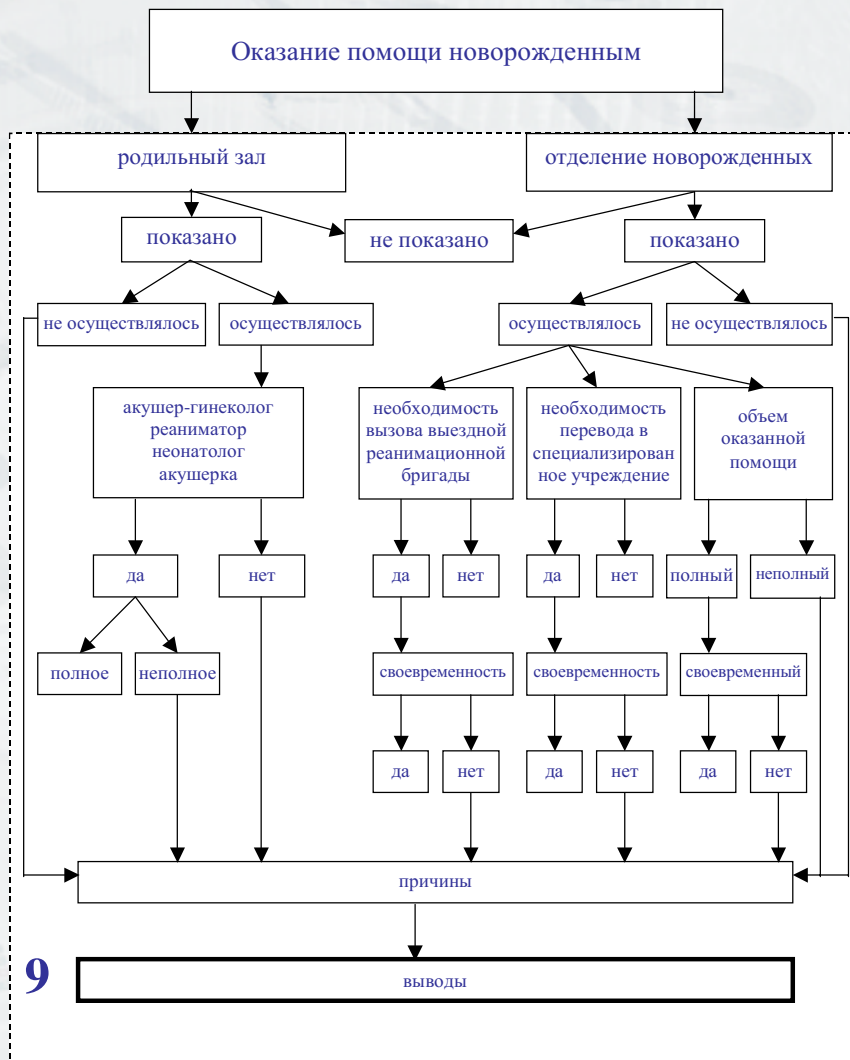
Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным представлен на **схеме 4**.

Оказание экстренной медицинской помощи новорожденным в родовспомогательных учреждениях осуществляется согласно методическим рекомендациям «Реанимация и интенсивная терапия детей, родившихся в асфиксии», которые разработаны НИИ ОМД и утверждены Министерством здравоохранения РБ в 1998 г.

Состояния новорожденных, родившихся в МПЦ I–II уровней, при которых консультация или вызов выездной реанимационно-консультативной педиатрической (неонатальной) бригады обязательны: оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее через 5 мин, аспирационный синдром, респираторный дистресс-синдром (РДС), недоношенность с массой менее 2 000 г, геморрагические состояния, судороги, врожденные пороки развития с нарушением состояния, острый анемический синдром, сердечная недостаточность, гемолитическая болезнь новорожденных.

Показания к переводу новорожденных в ЛПУ II и III уровней: недоношенный ребенок до 2 000 г, РДС, геморрагический синдром, судорожный синдром, сердечная недостаточность, заболевания, требующие хирургического вмешательства, внутриутробная гипотрофия и задержка внутриутробного развития плода II–III ст., тяжелое состояние при инфекционной патологии, все состояния, требующие применения искусственной вентиляции легких, неврологические нарушения, требующие длительного лечения в специализированном отделении, врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия), диабетическая фетопатия.

Дети с патологией, не указанной в перечне, подлежат лечению в палатах новорожденных детского отделения ЛПУ I уровня при условии компенсированного состояния.



9
Схема 4. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным

5. АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ СОВПАДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ

Алгоритм оценки совпадения диагнозов представлен на схеме 5.

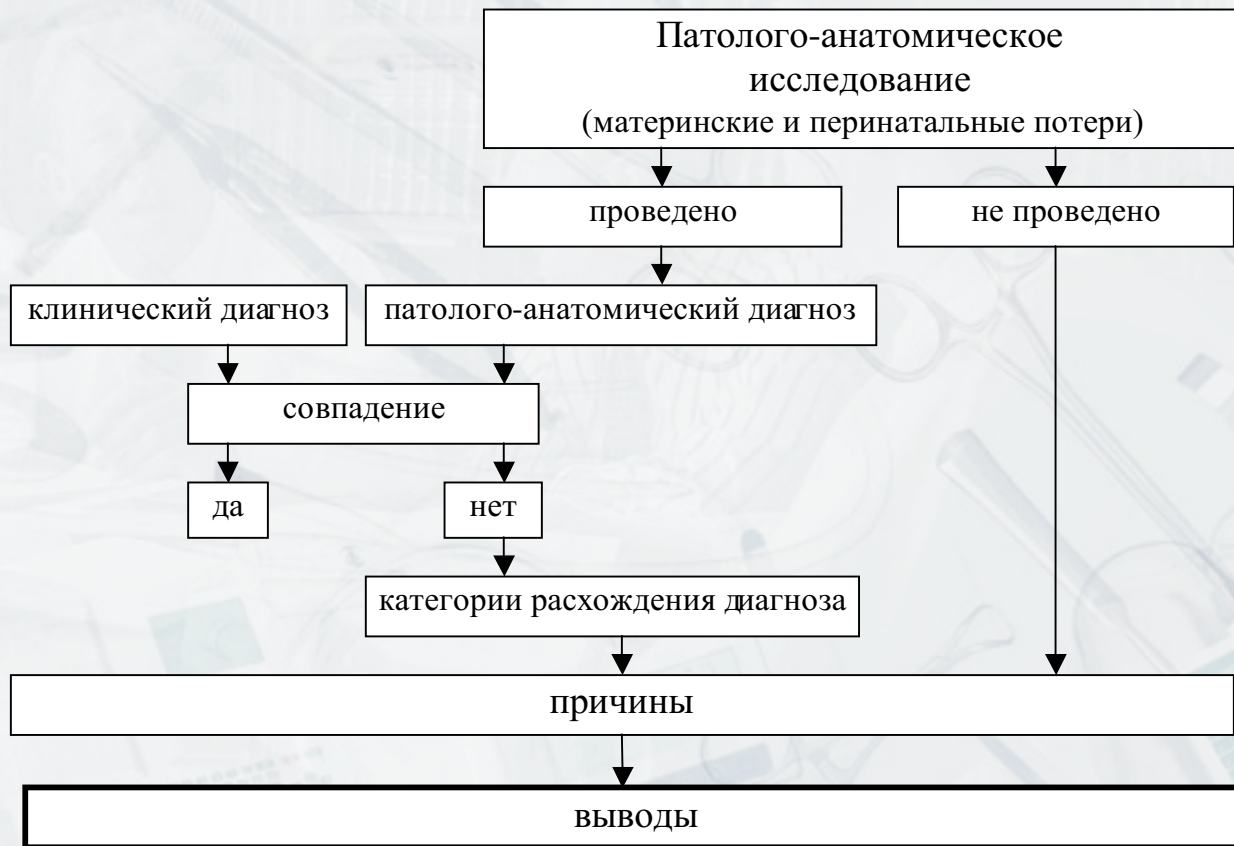


Схема 5. Алгоритм оценки совпадения диагнозов

В случае материнских и перинатальных потерь определяющее значение имеют результаты патолого-анатомического исследования. Совпадение или несовпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов является основным критерием адекватности оказания медицинской помощи женщине и ребенку.

6. АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ВОЗМОЖНОГО ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

На основании суммирования выводов, сделанных в процессе анализа, выносится решение о возможном предотвращении неблагоприятного исхода беременности для матери и/или плода на каждом этапе оказания медицинской помощи (*схема 6*).

Необходимо проводить анализ эффективности оказания перинатальной помощи всех случаев материнских, перинатальных и младенческих потерь, а также случаев инвалидизации женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме этого, в каждом ЛПУ, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, необходимо проводить внутренний анализ всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода.

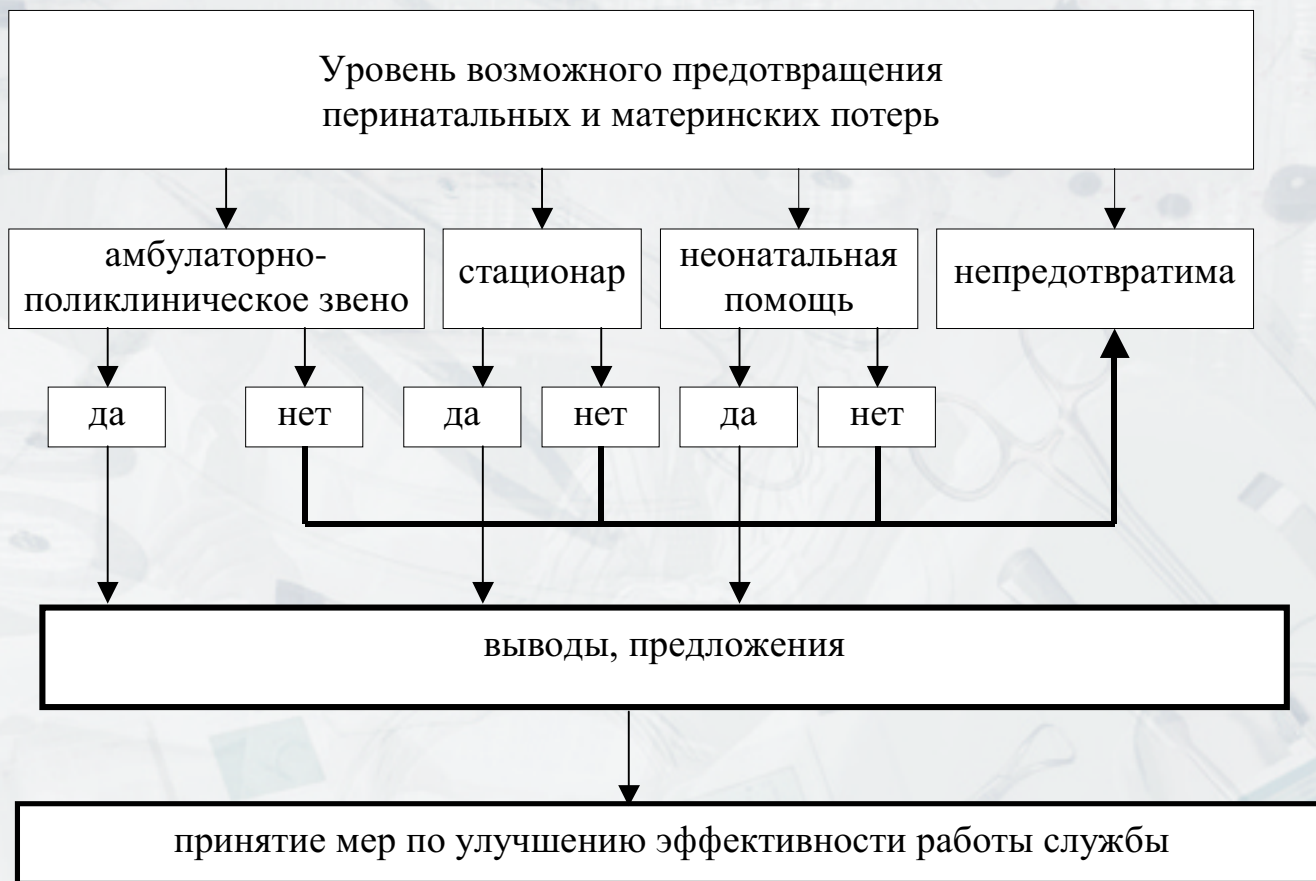


Схема 6. Алгоритм определения уровня возможного предотвращения перинатальных и материнских потерь

Необходимо одновременно оценивать качество ведения медицинской документации. Результаты разбора вышеуказанных случаев с учетом разработанных алгоритмов обсуждаются на заседаниях лечебно-контрольных советов, советов по перинатологии, на клинико-анатомических и патолого-анатомических конференциях с принятием соответствующих решений, направленных на выявление резервов деятельности перинатальной службы ЛПУ.

В случае выявления грубых дефектов руководителям ЛПУ предлагается издать приказ по организации действенных мер по устранению данных недостатков.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля за его исполнением позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.