Министерство образования и науки Республики Бурятия

Министерство здравоохранения Республики Бурятия

ГОУ СПО « Кяхтинское медицинское училище»

**Дипломная работа**

*«Реализация национального проекта Здоровье в охране материнства и детства»*

Выполнила: студентка 161 группы

Лешкова Елена

Руководитель: Ерженина С.В.

2010 год

СОДЕРЖАНИЕ

Введение…………………………………………………………………………………..3-4 стр.

Глава 1 Улучшение репродуктивного здоровья…………………………...………….5-12 стр.

Глава 2 Осложнения во время беременности, родов и послеродовом периоде...….13-26 стр.

Глава 3 Диспансеризация за счет родовых сертификатов………………………..…27-30 стр.

Заключение……………………………………………………………………………..31-33 стр.

Список использованной литературы……………………………………………………..34 стр.

Приложение 1 ..…………………………………………………………………..……...…35стр. Приложение 2……………………………………………………………………………...36 стр.

ВВЕДЕНИЕ

Реализация национального проекта «Здоровье» привела к рекордному увеличению рождаемости. Огромная роль в указанных достижениях отводится проекту, в рамках которого, в частности, были введены в практику родовые сертификаты. Такое нововведение позволило обеспечить материальную заинтересованность медицинских работников в повышении качества предоставляемых ими медицинских услуг, а также повысить мотивацию женщин обращаться за постановкой на учет в консультации еще на ранних сроках беременности. Последнее обстоятельство помогает выявлять заболевания на самых ранних стадиях развития, своевременно направляя пациентов на лечение, в том числе и высокотехнологичное. Помимо рождаемости, положительная тенденция отмечается и в вопросе оказания медицинской помощи роженицам и новорожденным.

В нашей стране также отмечается устойчивая положительная динамика снижения материнской и младенческой смертности.

Основные причины высокого уровня младенческой смертности в регионах является отсутствие системы мониторинга беременных и новорожденных с факторами риска и тяжелыми заболеваниями; плохая организация работы консультативно-реанимационных бригад и трехэтапной системы оказания помощи беременным и новорожденным; недостаточное количество учреждений родовспоможения, оснащенных современным оборудованием; недостаточный профессионализм медицинских работников; неудовлетворительная работа врачебных комиссий по разбору летальных исходов и качества оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения и детства.

Кроме того, медленно снижаются показатели больничной летальности новорожденных от состояний перинатального периода и врожденных аномалий в основном за счет недоношенных новорожденных.

За счет, каких мероприятий достигается уменьшение материнской и младенческой смертности? И за счет чего мы будем продолжать уменьшать смертность по указанным проблемным точкам?

Это продолжение программы «Родовый сертификат», строительство и оборудование перинатальных центров, оказание высокотехнологичной помощи детям, проведение неонатального и аудиологического скрининга, работа по новому стандарту диспансерного наблюдения ребенка, подготовка к переходу на учет рождений в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения.

Снижению показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности способствует улучшение ресурсного обеспечения учреждений родовспоможения, повышение укомплектованности учреждений медицинскими кадрами, развитие реанимационной помощи новорожденным, приобретение медикаментов для обеспечения женщин в период беременности и родов, а также дорогостоящих жизненно важных препаратов для реанимации и выхаживания новорожденных позволило повысить качество медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным; наметилась тенденция снижения частоты осложнений беременности и родов, увеличивается доля нормальных родов.

**Гипотеза исследования:** При реализации национального проекта «Здоровье» улучшилось качество оказания медицинской помощи.

**Цель исследования:** Доказать улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам и детям.

**Задачи исследования:**

1.Изучить показатели рождаемости, материнской и младенческой смерти.

2. Диспансеризацию за счет родовых сертификатов.

3. Осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

4.Приобретение нового оборудования.

5.Провести анализ статистических данных.

ГЛАВА 1 УЛУЧШНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Охрана репродуктивного здоровья населения России при сохраняющихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения в последние годы стала одним из основных направлений деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, критерием эффективности социальной политики государства.

В Российской Федерации за последние три года имело место увеличение рождаемости с 8,3 в 1999 году до 12,4 на 1000 населения в 2009 году. В связи с особенностями реализации репродуктивной функции особое значение приобретают проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин.

Реализация задач по охране репродуктивного здоровья осуществлялась в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России, Концепцией демографического развития Российской Федерации, Национальными планами действий и федеральными целевыми программами по улучшению положения и здоровья женщин и детей во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения на местах, ведомствами, общественными организациями.

Основным документом, определяющим мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, стала разработанная в соответствии с решением Комиссии по улучшению положения женщин (27.11.98 протокол N 3) и утвержденная на совместной коллегии Минздрава России, Минтруда России и Минобразования России (11.04.2000 протокол N 7) Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 годы и План мероприятий по ее реализации (далее - Концепция).

Целью Концепции является сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, увеличение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала.

Задачи и направления Концепции включают комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения: обеспечение единой государственной политики и поддержки в этой области; совершенствование законодательной и нормативной базы; подготовку кадров; профилактику нарушений репродуктивного здоровья населения детородного возраста; разработку приоритетных научных направлений и целевых программ по проблеме; проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения, объединению усилий правительственных и неправительственных организаций и учреждений в области охраны репродуктивного здоровья, создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков, повышение ответственности населения за состояние своего здоровья.

Во исполнение мероприятий Плана реализации Концепции и федеральных целевых программ совершенствовалось законодательство в области охраны репродуктивного здоровья. Разработаны и приняты законодательные акты (федеральные законы от 16.07.99 N 165-ФЗ, от 28.12.2001 N 181-ФЗ) по социальной поддержке материнства и детства. Наряду с сохранением ранее действующих гарантий в области материнства и детства (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ) усилены меры по социальной защите беременных. Однако с 1993 года в Комитетах Государственной Думы Российской Федерации находится на рассмотрении проект закона о репродуктивных правах граждан и гарантий их реализации. В утверждаемую постановлениями Правительства Российской Федерации Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, определяющей виды и объемы этой помощи населению, в том числе женщинам и детям, за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования всех уровней внесены мероприятия по оказанию амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при беременности, родах, послеродовом периоде, искусственном прерывании беременности, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей и оказание медицинской помощи в центрах планирования семьи и репродукции.

Важнейшее направление Концепции по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения явилось продолжением начатой в 80-е годы государственной поддержки охраны материнства и детства со значительными инвестициями в службу, а в дальнейшем в рамках реализации федеральных целевых программ "Планирование семьи" и "Безопасное материнство". Особую роль при этом сыграла программа "Планирование семьи", разработанная в соответствии с международными правовыми стандартами Минздравом России в 1991 году и вошедшая, как и программа "Безопасное материнство", в состав президентской программы "Дети России". Главными задачами этих программ определены сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, охрана репродуктивного здоровья населения, социальная поддержка материнства и детства, профилактика и снижение абортов, материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Аналогичные программы были приняты и реализуются в субъектах Российской Федерации.

Программами предусматривалось создание государственных и общественных структур службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья на федеральном и региональных уровнях, подготовка кадров, обеспечение населения средствами контрацепции, информационное обеспечение населения и специалистов по этим проблемам.

Ключевую роль при создании службы охраны репродуктивного здоровья выполняют центры планирования семьи и репродукции, введенные в номенклатуру лечебно-профилактических учреждений здравоохранения (приказ Минздрава России от 23 ноября 1992 г. N 301) и довольно успешно организуемые в регионах. Уже в первые 3 года реализации федеральных целевых программ их было создано более 100, а в настоящее время - около 500 этих учреждений, являющихся методическими и практическими центрами в регионах по оказанию медицинской помощи, подготовке кадров и проведению просветительской деятельности по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Получили развитие такие новые типы лечебно-профилактических учреждений, как перинатальные центры, медико-генетические консультации, молодежные центры, центры по охране репродуктивного здоровья и реабилитации, медико-социальной помощи детям и подросткам, кризисные центры, службы доверия и др.

В целом чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, особенно с контингентами социального риска (подростками, малообеспеченными и др.), осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии органов и учреждений здравоохранения с органами и учреждениями социальной защиты, образования, молодежными службами, общественными организациями.

Важным направлением в комплексном подходе к охране репродуктивного здоровья с учетом отечественного опыта работы таких учреждений как центры планирования семьи и репродукции, консультации "Брак и семья" и других является взаимодействие различных специалистов (акушеров-гинекологов, урологов, андрологов, терапевтов, психологов и др.) по оказанию медицинской помощи не только женщине, но и семье в целом и сохранение государственного характера этой помощи.

В последние годы работа по подготовке кадров осуществлялась в рамках расширения тематической последипломной подготовки врачей и среднего медицинского персонала в основном по проблемам планирования семьи и внедрения углубленной подготовки врачей акушеров-гинекологов в ординатуре с продлением срока обучения. С учетом комплексного междисциплинарного подхода с позиции целостного организма и взаимосвязи репродуктивной системы с другими органами и системами, необходимости расширения объемов профилактики нарушений репродуктивной функции требует внесения изменений система подготовки кадров по проблемам охраны репродуктивного здоровья, начиная с этапов оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях развития системы общей врачебной (семейной) практики.

В целом реализация мероприятий Концепции по охране репродуктивного здоровья населения осуществляется в соответствии со структурной реформой здравоохранения, в условиях рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, основанной на внедрении стационарзамещающих технологий, увеличении объемов помощи в условиях дневных стационаров, обеспечении этапности оказания медицинской помощи населению, расширении объемов профилактической работы и увеличении объемов амбулаторно-поликлинической помощи. Так, доля оперативных вмешательств на женских половых органах, проведенных в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях, составляет 55,5% от всех операций в дневных стационарах лечебно-профилактических учреждений.

В соответствии с приказом Минздрава России от 05.05.99 N 154 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста" введена система непрерывного наблюдения за подростками в педиатрической сети. Эта важная работа по медицинскому обеспечению подростков 15-18 лет в полном объеме в настоящее время осуществляется почти в 85% амбулаторно-поликлинических учреждениях России.

В целях совершенствования ранней диагностики и своевременного оказания лечебно-профилактической помощи детям в настоящее время проводится Всероссийская диспансеризация детей (приказ Минздрава России от 15.03.02 N 81), по результатам которой будут разработаны конкретные мероприятия, направленные на улучшение охраны и укрепление здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.10.2002 N 732 утверждена в составе комплексной программы "Дети России" на 2003-2006 годы федеральная целевая подпрограмма "Здоровый ребенок", включающая мероприятия по сохранению здоровья женщин-матерей и формированию здоровья детей.

В результате совместной целенаправленной работы как на федеральном, так и на региональном уровнях имеет место улучшение основных показателей репродуктивного здоровья.

Постоянно снижается материнская смертность. Только за последние 3 года абсолютное число умерших от осложнений беременности и родов женщин уменьшилось с 537 до 479, а за последние 10 лет - в 2 раза, показатель на 100 000 живорожденных снизился на 17,4% (с 44,2 в 1999 году до 36,5 в 2001 году), за последние 10 лет - на 32,3%. Показатель материнской смертности в нашей стране снизился с 2005 году по 2008 году на 18,5%.

Отмечается позитивная динамика в снижении перинатальной смертности с 14,2 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми в 1999 году до 12,8 в 2001 году.

В результате целенаправленной работы абсолютное число абортов снизилось с 2,1 млн. в 1999 году до 1,9 млн. в 2001 году, показатель числа абортов на 1 000 женщин детородного возраста с 53,1 до 47,7 соответственно; материнская смертность после абортов за этот период снизилась на 22,3% (1999 год - 130 случаев; 2001 год - 101 случай), а за последние 10 лет почти в 3 раза.

В последние годы наблюдается снижение важнейшего показателя службы - младенческой смертности, который в 2001 году составил 14,6 на 1 000 родившихся живыми, за 8 месяцев 2002 года - 13,9 (1999 год - 16,9). За 11 месяцев 2008 года младенческая смертность уменьшилась по сравнению с 2007 годом на 1,6 %. Коэффициент младенческой смертности сократился с 9,6 % до 8,7 % на тысячу родившихся живыми.

За **11** месяцев 2009 года младенческая смертность на **6,9%** ниже, чем за аналогичный период 2008 года. В первом квартале 2010 зарегистрировано снижение младенческой смертности на 1,1 % .

Несмотря на положительную динамику основных показателей, характеризующих здоровье матери и ребенка, имеет место увеличение числа женщин с осложненным течением беременности (анемией, болезнями почек, поздним токсикозом беременности и др.). Не имеет тенденции к снижению число родов с различными осложнениями, которые являются в первую очередь следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин.

По-прежнему заслуживают внимания проблемы онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, из них более половины приходится на долю рака молочной железы. Важным резервом снижения частоты онкологических заболеваний у женщин является профилактика, раннее выявление и лечение воспалительных, эндокринных нарушений репродуктивной системы, на фоне которых в дальнейшем развиваются злокачественные заболевания.

Отрицательное влияние на репродуктивную функцию человека оказывают неблагоприятные производственные факторы. По результатам социально-гигиенического мониторинга, осуществляемого Госсанэпиднадзором Минздрава России, в различных отраслях промышленности, строительства, транспорта и связи в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям и нормам, работает 13,9 млн. человек. Около 50% работающих во вредных и опасных условиях труда - женщины. Крайне неудовлетворительными остаются условия и охрана труда в сельскохозяйственном производстве, где в основном работают женщины.

Важным результатом по выполнению мероприятий Концепции является контроль за соблюдением законодательства о труде и охране труда женщин и молодежи.

В соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 года N 162 и N 163, утвердившими новый перечень тяжелых работ и работ с вредными и опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда женщин и лиц моложе 18 лет, в настоящее время пересматриваются Санитарные правила и нормы "Гигиенические требования к условиям труда женщин" в части охраны репродуктивного здоровья работающих.

В рождении детей заинтересованы не только семья, но и государство, и общество в целом. Только для простого воспроизводства населения в стране, в каждой семье должно быть2-3 ребенка. Поэтому основной задачей государства является создание благоприятных для рождения желанных и здоровых детей социально-экономических условий, которые в себя включают: систему мер и законодательных актов по поддержке молодой семьи, особенно при рождении ребенка; охрану здоровья беременной женщины как в медицинском, так и в социальном плане, а также создание условий для безопасного материнства; создание условий, позволяющих гражданам реализовывать свои репродуктивные права: организацию медицинских служб, таких как центры планирования семьи и репродукции, молодежные центры, генетические консультации, клиники лечения бесплодия; обеспечение населения доступной и достоверной информации в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также доступ к современным средствам контрацепции.

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни. Репродуктивная система – это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства(деторождения). Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Аборт, особенно при первой беременности, может нанести серьезную психологическую травму и даже привести к нарушениям в репродуктивной сфере. Один из ведущих факторов, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновения гинекологических заболеваний у женщин, - аборты.

В этом направлении Минздравсоцразвития России проводилась планомерная работа по снижению числа абортов.

Сокращен перечень медицинских показаний более чем на 70 заболеваний для искусственного прерывания беременности. Женщины с этими заболеваниями теперь получили возможность родить желанного ребенка.

В женских консультациях введены должности социальных работников и психологов для оказания медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам. В регионах, где работа психологов и социальных работников женских консультаций поставлена на должном уровне, удалось снизить число абортов на 18-20% (Волгоградская, Самарская области, Красноярский край).

Охрана репродуктивного здоровья – это сочетание методов и услуг, неправленых на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, позволяющих людям свободно и ответственно принимать решение, когда и сколько иметь детей. Охрана репродуктивного здоровья населения, в первую очередь молодежи – это также сохранение репродуктивного и демографического потенциала страны. Политика и программы по охране репродуктивного здоровья должны включать:

1. Консультирование, просвещение и услуги по планированию семьи
2. Просвещение и услуги по медицинскому обслуживанию беременных и женщин в послеродовом периоде
3. Обеспечение грудного вскармливания и ухода за новорожденным
4. Профилактику и лечения бесплодия
5. Профилактику абортов, услуги по легальному, безопасному аборту и лечению последствий аборта

С 2011 года в рамках национального проекта «Здоровье» планируется проведение углубленной диспансеризации детей подросткового возраста (14-ти летних) с целью оценки репродуктивной функции, что позволит разработать индивидуальные программы лечения и обеспечит реализацию репродуктивных функций в последующем.

Предполагается осмотреть 2 603 тыс. детей подросткового возраста (1 272 тыс. девочек, 1 331 тыс. мальчиков).

По предварительным расчетам на проведение диспансеризации подростков с целью охраны репродуктивного здоровья 2011  – 2015 гг. необходимо 4,9 млрд. рублей.

Одним из резервов сохранения рождаемости является увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи по лечению бесплодия в браке с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Ежегодно в России выполняется более 25 тыс. операций экстракорпорального оплодотворения, из них за счет федерального бюджета не более 15%.

По данным субъектов Российской Федерации в государственной поддержке лечения бесплодия нуждаются не менее 6 тыс. супружеских пар ежегодно. Из расчета стоимости квоты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по лечению бесплодия в браке 124,6 тыс. рублей, затраты на лечение составят 747,6 млн. рублей ежегодно. С учетом не менее 30% эффективности лечения это позволит увеличить количество родившихся на 2000 новорожденных в год.

ГЛАВА 2 ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

|  |
| --- |
|  |

Наблюдение, обследование, профилактика и лечение при возникновении осложнений должно происходить в соответствии с периодом развития беременности. Весь период течения беременности принято делить на три части - триместры. I триместр представляет собой ранний фетальный период, который длится до 12 недель. II триместр - это среднефетальный период, который продолжается от 13 до 27 недель. III триместр, или как его еще называют, "плодовый период", начинается с 28 недель и продолжается до срока родов.

## Первый триместр беременности

В I триместре беременности, через 1 неделю после оплодотворения происходит имплантация плодного яйца, начинается формирование будущей плаценты и развитие эмбриона. Предимплантационный период и период имплантации относят к "критическим", так как зародыш наиболее чувствителен к действию повреждающих факторов от 4 до8 недель беременности, происходит закладка и начало формирования различных органов и тканей. Одновременно начинается образование маточно-плацентарного кровообращения. В плаценте начинается синтез гормонов и подавляется эндокринная функция. В этом смысле важное значение приобретает способность плаценты с самых ранних сроков беременности должным образом обеспечит необходимые условия для нормального роста и развития плода и защитить его от повреждающих факторов. Однако, в I триместре плацента еще в недостаточной степени способна защитить плод от проникновения целого ряда лекарств (в том числе и гормональных), алкоголя, никотина, наркотических веществ, что является предпосылкой для проявления их повреждающего воздействия.

В целом, весь I триместр можно считать критическим, так как основные моменты закладки, роста и развития отдельных тканей, органов и систем по времени не совпадают. К окончанию I триместра еще не развиты механизмы, которые позволяют плоду приспосабливаться к изменяющимся условиям существования.

Наиболее частыми осложнениями в I триместре являются:

* Неразвивающаяся беременность.
* Самопроизвольный выкидыш.
* Ранний токсикоз.

Причины неразвивающейся беременности и ее прерывания в различные периоды I триместра не одинаковы. Так, до 3 недель это чаще всего генетические и хромосомные повреждения, а также недостаточная предварительная подготовка эндометрия к предстоящей имплантации плодного яйца. В 4-8 недель, как правило, основными причинами являются гормональные нарушения, инфекция, антифосфолипидный синдром, приводящие к первичной фетоплацентарной недостаточности и нарушению эмбриогенеза. В 9-12 недель основное негативное влияние может проявляться как со стороны уже перечисленных факторов, так и при недостаточном растяжении матки, например, при генитальном инфантилизме или пороках развития матки.

Появление кровяных выделений, или так называемое "омовение плода", следует расценивать, прежде всего, как вероятность отслойки плодного яйца от стенки матки, что квалифицируется как начавшийся самопроизвольный выкидыш.

Следовательно, если появляются боли внизу живота и в пояснице или появляются кровянистые выделения из половых путей, следует немедленно обратиться к врачу для уточнения сложившейся ситуации.

Одним из наиболее важных условий нормального развития беременности является прогнозирование и профилактика возможных осложнений. В этой связи уже в I триместре беременности необходимо выявить факторы риска этих осложнений, к которым, прежде всего, относят: возраст первородящих младше 17 лет и старше 35 лет; неблагоприятные социально-бытовые условия; токсическое и радиационное воздействие внешней среды; вредные пристрастия (алкоголь, курение, наркотики); обострение хронических заболеваний или впервые возникшие острые инфекционные заболевания во время настоящей беременности; наличие различных заболеваний, в том числе и гинекологических; осложнения во время предыдущих беременностей.

Для предотвращения возможных осложнений во время беременности еще на этапе её планирования целесообразно пройти предварительное обследование у специалиста акушера-гинеколога, терапевта, окулиста, стоматолога. Сделать исследование проб крови, мочи, отделяемого из урогенитального тракта.

Лечебно-профилактические мероприятия в I триместре заключаются в углубленном обследовании и оценке здоровья беременной, снижении физической нагрузки, соблюдении щадящего охранительного режима, организации рационального питания.

После первого обращения к врачу по поводу наступившей беременности необходимо пройти обследование, которое включает:

* Определение группы крови и резус-фактора (даже несмотря на то, что раньше такое исследование уже проводили, и эти показатели уже известны).
* Исследование крови на сифилис (RW), ВИЧ-инфекцию, гепатиты.
* Клинический анализ крови для оценки её клеточного состава, уровня гемоглобина и величины СОЭ.
* Оценку активности свертывающей системы крови.
* Общий анализ мочи.
* Изучение материала отделяемого из влагалища, канала шейки матки и уретры на наличие возбудителей различных инфекций. Кроме того, следует использовать серологическое исследование для выявления специфических антител иммуноглобулинов класса М и G с помощью иммуноферментного метода.

Одним из наиболее объективных методов диагностики является ультразвуковое исследование, которое целесообразно выполнять после 10 недель. Основными задачами этого исследования являются: подтверждение прогрессирующей беременности; уточнение предполагаемого срока беременности; выявление многоплодной беременности; определение места имплантации плодного яйца и локализации плаценты; измерение толщины воротникового пространства (в 10-14 недель); выявление признаков осложненного течения беременности (угроза самопроизвольного выкидыша, отслойка хориона, истмико-цервикальная недостаточность, пузырный занос и т.п.).

Кроме того, в I триместре беременности в сроки от 8 до 11 недель возможно проведение комбинированного скринингового теста для исключения риска возможных нарушений в развитии плода, который включает определение свободной -субъединицы ХГЧ, PAPP-A.

Если у беременной отмечается склонность к варикозному расширению вен, то во время беременности эта ситуация может ухудшиться. Для предотвращения подобных осложнений несколько раз в день, в течение 15-20 минут во время отдыха следует придавать ногам возвышенное положение для обеспечения более оптимального оттока крови. Если вены на ногах выступили, целесообразно использование специальных компрессионых чулок. Необходима также специальная консультация сосудистого хирурга.

Во время беременности уже с самых ее ранних сроков женщину могут начать беспокоить запоры, что может привести к развитию геморроя, а также тошнота или изжога. Для предотвращения подобных неприятностей целесообразно с самого начала беременности придерживаться рационального режима питания, используя дробный прием пищи с соответствующим набором продуктов.

Следует строго ограничить использование лекарственных препаратов в ранние сроки беременности, что обусловлено опасностью их повреждающего воздействия на эмбрион. Не следует заниматься самолечением. Целесообразность применения тех или иных лекарственных препаратов должна быть согласована с врачом.

Госпитализация и медикаментозное лечение необходимы только при наличии Клинических признаков угрожающего выкидыша. Перед началом лечения, направленного на сохранение беременности, необходимо убедиться в правильном развитии плода. Сохранение беременности "во что бы то ни стало", интенсивное применение лекарственных препаратов, в том числе и гормональных, может принести больше вреда, чем пользы, и увеличить число неблагоприятных исходов.

## Второй триместр беременности

Во II триместре беременности продолжается рост плаценты и плода. При этом происходит формирование и развитие высших структур головного мозга плода, нейроэндокринной, вегетативной нервной системы. У плода появляются защитно-приспособительные реакции. После 19-20 недель возрастает интенсивность маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Функция плаценты обеспечивает возрастающие потребности плода.

Наиболее характерными осложнениями II триместра беременности являются: угроза позднего самопроизвольного выкидыша, кровотечения из-за отслойки плаценты, анемия, ранние формы гестоза, внутриутробная инфекция. Указанные осложнения способствуют формированию фетоплацентарной недостаточности и задержки развития плода.

Из-за увеличивающейся в размерах матки, которая начинает смещать органы брюшной полости в сторону грудной клетки, уже после 15-16 недель может начать беспокоить одышка и изжога. Значительную нагрузку начинают испытывать почки.

У женщин с экстрагенитальными заболеваниями (заболевания почек, гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония) с 20 недель существует опасность развития гестоза. В этой связи следует обращать внимание на появление отеков, избыточную и неравномерную прибавку массы тела, повышение артериального давления, появление белка в моче.

Следовательно, важным является контроль за нормальным развитием плода и тече­нием беременности, а также предупреждение возможных осложнений.

Беременная должна посещать врача не реже, чем 1 раз в месяц, а в ряде ситуаций и чаще. При каждом посещении врач осматривает пациентку, контролирует прибавку массы тела, измеряет длину окружности живота и высоту стояния дна матки над лоном, определяет артериальное давление, выслушивает сердцебиение плода. Назначает необходимые дополнительные исследования.

В 20-24 недели беременности проводят второе обязательное ультразвуковое исследование, которое необходимо для определения соответствия размеров плода предполагаемому сроку беременности с целью исключения задержки развития плода; выявления пороков развития плода; оценки количества околоплодных вод; изучения состояния плаценты. Важным является также допплеровское исследование, которое проводят при ультразвуковом исследование для оценки интенсивности маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Во II триместре беременности в промежутке от 16 до 20 недель для пренатального скрининга возможных аномалий развития плода целесообразно определить в крови уровень -фетопротеина (АФП), свободного эстриола Е3, ингибина-А и хорионического гонадотропина человека (общий ХГЧ).

Если нет противопоказаний, то после 17 недель можно начать выполнять специальный комплекс физических упражнений для беременных, которые позволяют управлять мышцами промежности и брюшного пресса. Важно также освоить дыхательные упражнения.

Медикаментозную профилактику у беременных группы риска целесообразно начинать уже с 14-16 недель беременности под контролем врача. Самолечением заниматься не следует.

## Третий триместр беременности

III триместр беременности характеризуется наиболее интенсивным ростом плода и нарастанием функциональной активности его органов и систем.

По мере развития беременности, особенно в III триместре, отмечается увеличение объема циркулирующей крови, возрастает нагрузка на сердечно-сосудистую систему, увеличивается объем дыхания. Размеры матки достигают уже значительной величины. В положении лежа на спине могут наблюдаться неприятные ощущения в виде одышки, слабости, головокружения, сердцебиений, что обусловлено давлением матки на крупные сосуды и снижением притока крови к сердцу.

**После 28 недель** из груди может начаться выделение молозива, что свидетельствует о подготовке молочных желез к процессу лактации.

**С 30-ой недели** работающим женщинами предоставляют дородовый отпуск, который необходим для отдыха и полноценной подготовки к родам. С этого периода целесообразно также носить бандаж, размер которого должен быть подобран таким образом, чтобы он, прежде всего, поддерживал переднюю брюшную стенку и помогал сохранять осанку.

**До 32-33 недель** беременности плод может многократно в течение суток менять свое положение в матке и, как правило, после 35-36 недель занимает свое окончательное положение до самых родов.

**С 30-й по 35-ю неделю** происходит максимальное растяжение матки, что повышает риск преждевременных родов, особенно при многоплодной беременности, а также повышается вероятность разрыва неполноценного рубца на матке после кесарева сечения.

Одним из наиболее частых осложнений III триместра беременности является фетоплацентарная недостаточность, которая сопровождается снижением артериального кровоснабжения плаценты и плода; уменьшением поступления к плоду необходимого количества питательных веществ и выведения продуктов метаболизма. Все эти изменения уменьшают защитно-приспособительные возможности системы мать- плацента-плод; замедляют рост и развитие плода; обуславливают осложнённое течение беременности и родов.

Наиболее типичными клиническими проявлениями фетоплацентарной недостаточности являются: нарушение двигательной активности плода, повышение тонуса матки, несоответствие (уменьшение) размеров живота беременной сроку беременности, перенашивание беременности, многоводие или маловодие.

Из-за нарушения защитной функции плаценты может возникнуть внутриутробное инфицирование плода, которое проявляется в виде задержки его развития, истончением или увеличением толщины плаценты, кальцинозом плаценты и кистозно-подобными включениями в её структуре, многоводием или маловодием.

Наиболее опасным осложнением III триместра беременности является гестоз, который возникает вследствие фетоплацентарной недостаточности и внешне проявляется в виде отеков и неравномерной прибавки массы тела (задержка жидкости в организме), повышения артериального давления (нарушение регуляции сосудистого тонуса), появления белка в моче (нарушение функции почек). Гестоз сопровождается наиболее выраженными осложнениями со стороны плода и несет угрозу для здоровья беременной.

В этот период беременности требуется наиболее внимательное и углубленное наблюдение за характером течения беременности с проведением комплексного обследования и оценкой степени риска возможных осложнений. После 28 недель беременная должна посещать врача не реже 1 раза в 2 недели, а по показаниям и чаще.

При третьем обязательном ультразвуковом исследовании, которое проводят в 32-34 недели, определяют размеры плода, изучают состояние плаценты, оценивают количество околоплодных вод. Кроме того, проводят эхографическую функциональную оценку состояния плода и его поведенческих реакций, повторяют допплерометрию. После 32 недель для оценки состояния сердечно-сосудистой системы плода используют кардиотокографию. Этот метод совершенно безопасен для плода и не имеет противопоказаний.

При подозрении на внутриутробную инфекцию исследуют материал из урогенитального тракта и определяют уровень специфических антител к возбудителям инфекции в сыворотке крови.

Ближе к окончанию беременности очень важно иметь четкое представление о физиологии родового процесса, знать с чего начинаются роды и как они протекают, а также как вести себя в родах и многое другое. Кроме того, в этот период уже необходимо выбрать родильный дом, где планируется провести предстоящие роды. Все эти вопросы следует заранее обсудить с лечащим врачом.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

Течение родов подразделяется на 3 периода:период раскрытия,период изгнания,последовый период

В первом периоде родов чаще всего встречаются следующие осложнения:

преждевременное излитие окоплодных вод - самое частое осложнение - характеризуется отхождение околоплодных вод до начала схваток. Оно встречается:при узком тазе, тазовое предлежание плода, многоплодная беременность, крупный плод,неправильные вставления головки.

Связано чаще всего преждевременное излитие окоплодных вод с отсутствие пояся соприкосновения. Предлежащая часть ( чаще головка) должна быть прижата к входу в малый таз начиная с 38 недели, если же имеет место недоношенный срок беременности, маловесные дети, крупный плод, неправильное вставление головки то не образуется пояся соприкосновения и следовательно нет разграничения передних и задних вод. Для того что произошел преждевременных разрыв околоплодных оболочек необходимо неправильное, резко изменяющееся внутриматочное давление. При повышении внутриматочного давления происходит разрыв плодных оболочек. Среди причин разрыва оболочек имеет место: инфицирование околоплодных оболочек, околоплодных вод, дистрофические изменения плодных оболочек ( при гестозах). Преждевременное излитие околоплодных вод является серьезным осложнение родов. Имеет значение срок беременности и готовность шейки матки к родам - это два основных фактора, которые будут определять ведение родов при преждевременном излитие окоплодных вод. Если же произошло преждевременное излитие околоплодных вод и имеет место незрелая шейка матки при доношенном сроке беременности наиболее частым методом родоразрешения становится операция кесарева сечения, особенно с учетом возраста перво- или повторнородящей женщины, размера плода и размеров таза, экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, длительности безводного периода, поскольку проведение лечебных мероприятия для созревания шейки матки в столь короткий период времени - что из незрелой шейки создать зрелую шейку матки нашими медикаментами - довольно сложная процедура. При ПОВ и зрелой шейке матки проводится родовозбуждение при двухчасовом безводном периоде у первородящих женщин и допустимо четырехчасовой безводный период у повторнородящих женщин.

Родовозбуждению предшествует создание эстрагено-глюкозо-кальциевого-витаминного фона: вводится в вену 40% глюкоза в количестве 20 мл ( для создания энергетического фона), глюконат (хлорид) кальция 10% 10 мл (так как ионы кальция участвуют в переводе мышечной клетки из состояния покоя в состояние возбуждения), витамины В1 и В6 ( так как они увеличивают чувствительность клеток миометрия к окситоцину и простогландинам), эстрагены внутримышечно 10-20 ЕД (эстрадиол - 0.1% 1 мл, синестрол - 30% и 1% - 10-20 тыс ЕД).После создания фона при зрелой шейке матки и доношенной беременности проводится родовозбуждение при отсутствии схваток:Внутривенное введение утеротоников (окситоцин, простогландин). Предпочтительно начинать спростогландинов ( простенон, энзопрост). 1 мл энзопроста (простенона) растворяется в 400 мл физиологического раствора или глюкозы и начинается внутривенное введение со скоростью 6-8-10 капель в минуту и каждые 30 минут с учетом развивающихся родовых схваток происходит увеличение частоты введения до 24, максимально 40 кап/мин. Если при 40 кап/мин нет эффекта то дальнейшее введение нецелесообразно. Введение утеротоников должно продолжаться в течение 3-4 часов с определением эффективности схваток. Оценка эффективности родовой деятельности проводится на основании оценки схватки (через сколько минут, сколько секунд, какой силы, какой болезненности ) - субъективные признаки, объективный метод регистрации родовой деятельности - гистерография ( многоканальная или одноканальная) или же с помощью радиокапсулы, которая заводится к полость матки и регистрируется на аппарате величина внутриматочного давления, которая и определяет по сути дела эффективность схваток.NB: сильнее всего сокращается дно матки, затем тело матки, и самой маленькой сократительной способностью обладает нижний сегмент. Эта последовательность возбуждения носит название тройного нисходящего градиента.скорость, которая определяется по состоянию шейки матки перед родами и через 3-4 часа после введения утеротоников. Скорость раскрытия маточного зева - 1 см в час для первородящих, 1.5-2 см для повторнородящих. Продвижение плода по родовому каналу - начинается при раскрытии маточного зева от 8 см и предлежащая часть при физиологическом течении родов должна находится на тазовом дне при полном раскрытии маточного зева.Таким образом, при ПОВ, если нет эффекта от проведенного родовозбуждения в течение 4 часов внутривенного капельного введения окситоцина, то решается вопрос об оперативном родоразрешении. Если же внутривенное введение утеротоников оказывает хороший эффект, то роды могут быть закончены через естественные родовые пути. При незрелых родовых путях и ПОВ вопрос может быть сразу решен в сторону оперативного родоразрешения или после внутривенного введения утеротоников, с глюкозо-кальциево-витаминным фоном.Аномалии родовой деятельности:на первом месте стоит слабость родовой деятельности. При слабости родовой деятельности схватки слабые, редкие, короткие, и скорость раскрытия маточного зева меньше чем 1 см в час ( а для повторнородящих меньше 1.5-2 см в час). Сглаживание шейки матки и ее раскрытие происходит в медленном темпе и поэтому будет требоваться лечебные мероприятия как только диагноз слабость родовой деятельности будет установлен. В настоящее время не рекомендуется схемы родостимулирующей терапии по Штейну-Курдиновскому 9 с применением перорально хинина и внутримышечного введения окситоцина), что связано с тем что эффективность перорального применения хинина с последующим введением окситоцина очень мала и малорегулируема. Поэтому в настоящее время применяется только схема внутривенного введения окситоцина или простогландинов с возможным сочетанием (2 часа вводится энзопрост или простенон, затем добавляется ампула окситоцина и в течение 3-4 часов проводится введение утеротоников с оценкой родостимулирующей терапии, поэтому обязательно лечение слабости родовой деятельности своевременно. Диагноз слабых схваток должен быть поставлен не позднее чем, через 3 часа от начала схваток и лечение должно начинаться сразу с активных препаратов.NB! Родовозбуждение - это лечебные мероприятия при отсутствии схваток. Родостимулирующая терапия - при наличии слабых схваток.Патологический прелиминарный период. ППЛ характеризуется наличием нерегулярных схваток, часто очень болезненными, которые не приводят к структурным изменениям шейки матки. Эти схватки приводят к утомлению роженицы, хронической внутриутробной гипоксии плода. Очень часто при ППЛ имеет место ПОВ при наличии незрелой шейки матки, потому что колебания внутриматочного давления при недостаточно зрелых родовых путях и приводит к вскрытию оболочек. Тактика при ППЛ заключается принципиально в следующем - необходимо снять схватки, так как это дискоординированные схватки, при которых не налажен тройной нисходящий градиент, при которых чаще всего имеет место повышенный базальный тонус матки, и тонус нижнего сегмента, который препятствует сглаживанию и раскрытию шейки матки, поэтому в комплекс мероприятий при ППЛ входят снятие болевого синдрома, снятие патологического возбуждения матки, применение седативных препаратов (седуксена), анальгетиков (промедола), предоставления медикаментозного сна (седуксен, промедол, оксибутират натрия). Очень важным является применение бета-адреномиметиков с обязательным внутривенным введением. Если же применяемые средства снимают ППЛ, дальше развивается регулярная родовая деятельность и роды текут в обычном темпе. Если же мы не справляемся с ППЛ и имеет место ПОВ, то вопрос очень часто решается в пользу кесарева сечения, поскольку при повышенной возбудимости матки применение утеротоников не приводит к хорошим результатам, а приводит к ПОНРП, усугублению внутриутробной гипоксии плода.Очень часто ППЛ переходит в дискоординированную родовую деятельность, которая отличается от ППЛ тем, что она является аномалией схваток родового процесса. Дискоординированная родовая деятельность всегда имеет место при сглаженной шейке матки и при раскрытии шейки матки на различное количество см ( 1-2, 4-5 , до 7 см). После 7 см дискоординированная родовая деятельность не страшна. Схватки характеризуются различной продолжительностью, с различными интервалами ( через 4, 3, 6 минут), но регулярные, очень болезненные. Раскрытие шейки матки продолжается но в очень замедленном темпе, при пальпации (или кардиомониторном контроле с регистрацией схваток) мы видим , что имеет место различная степень выраженности базального тонуса (всегда повышен) и имеет место разная активность сокращений дна, тела и нижнего сегмента матки с преобладанием сокращения нижнего сегмента. Шейка матки при влагалищном исследовании: ригидная, плотная, плохорастяжимая. Лечебные воздействия: медикаментозный сон, введение седативных препаратов, широкое применение бета-адреномиметиков, которые после снятия дискоординированных схваток должны сочетания с введение утеротоников, так как бета-адреномиметики не только регулируют, но и ослабляют родовую деятельность. В отличие от ППЛ при дискоординированной родовой деятельности широкое применение нашла длительная перидуральная или спиномозговая анестезия, которая обеспечивает снижение базального тонуса матки, обеспечивает безболезненные схватки, более спокойное поведение роженицы, и очень хорошо регулирует маточно-плацентарный кровоток (поэтому симптомы внутриутробной гипоксии плода будут ликвидированы или уменьшены). При ППЛ мы не имеем права назначать перидуральную анестезию, потому что она будет не эффективной. Гипоксия плода. Имеет значение тот фон, с которым женщина вступает в роды (гестоз, анемия, внутриутробные инфекции, многоводие, многоплодие, выпадение мелких частей плода (встречаются при тазовом предлежании, узком тазе, неправильных вставлениях головки) - создают все предпосылки для хронической внутриутробной гипоксии плода). В родах гипоксия усугубляется так как все осложнения беременности в родах усугубляются, так как схватки всегда приводят к нарушению маточно-плацентарного кровообращения, особенно при аномалиях родовой деятельности. Поэтому в родах всегда необходимо следить за состоянием внутриутробного плода, которое определяется по основным критериям:частота сердцебиения плода ( нарастание частоты на фоне схватки, с урежением после схватки и быстрой нормализацией частота). Гипоксию плода ставят на основании урежения частоты сердцебиения плода ниже 100 уд/мин или учащения более 160 уд/мин, или с появлением децелерации (урежеие частоты после схватки и невыравниванием через 1-2 минуты). Появление мекония в околоплодных водахобъективный критерий - определение рН крови плода, взятой из головки или тазового конца, или на основании определения рН околоплодных вод.Терапия гипоксии плода в родах определяется на основании очень тщательного контроля за сердцебиением плода ( через 15-20 минут при физиологическом течении родов, и чаще при гипоксии) и проводятся лечебные мероприятия в соответствии с причиной которая вызывает эту гипоксию ( в родах необходимо продолжать лечение гестоза, введение спазмолитиков, глюкозы с аскорбиновой кислотой, кислородотерапия, применение бета-адреномиметиков и перидуральной анестезии при наличии аномалии родовой деятельности, препараты улучшающие реологические свойства крови - трентал, курантил; пирацетам ). Все это вводится в период раскрытия, тщательно следят за состоянием внутриутробного плода и при нарастании симптомов гипоксии решается вопрос об операции кесарева сечения.В настоящее время значительно расширены показания к операции кесарева сечения со стороны плода, поэтому никто не ждет значительного ухудшения состояния плода и производит операцию.Гнойно-септические осложнения (хорионамниониты, хориониты, эндометриты), которые связаны с длительным безводным периодом ( при 6 часовом безводном периоде наблюдается 100% колонизация микробами, при 12 часовом безводном периоде диагноз хорионамнионит имеет место в 60%, при 20 часовом - 100% хорионамнионит. Диагноз хорионамнионита в родах поставить довольно сложно, потому что существуют ( и во время беременности) скрытые, бессимптомные хорионамниониты. В процессе родов инфицирование определяется по температурной реакции, частота пульса редко может помочь, так как в родах чаще тахикардия. Больше всего определяют по теоритическим предпосылкам о развитии гнойного процесса, так как гнойные выделения из матки еще не успевают развиться, а если они развились то диагноз легок (чаще при криминальных обстоятельствах).Разрывы мягких родовых путей. Прежде всего это разрыв шейки матки. Группа риска поразвитию разрывы шейки матки:Роженицы с бурной родовой деятельностьюЖенщины с дискоординированной родовой деятельностью , когда шейка матки ригидная, плотная, плохо растяжимая. Быстрые родыЧрезмерная родостимуляцияПрофилактика разрыва шейки матки должна начинаться еще во время беременности. Если в 38 недель определяется незрелая шейка матки, то должны быть проведены назначения для подготовки такой шейки матки:введение спазмолитиков ( но-шпа) с 38 недели по 1 таблетке 3 раза в деньэстрогены (таблетированные или парентерально)растительное масло ( так как в ней содержатся предшественники арахидоновой кислоты - предшественника простогландинов)введение в условиях стационара различных гелей в свод или цервикальный канал, содержащих простогландины. Введение бета-адреномиметиков использование ламинарии (водоросль, содержащая большое количество простогландинов). Существуют большое количество схем подготовки шейки матки к родам, например, сочетание бета-адреномиметиков с дексаметазоном (так как глюкокортикоиды имеют пусковое значение для развития родовой деятельности - так как повышение кортизола в околоплодных водах идет за счет надпочечников плода). Обязательно в родах должно быть использовано введение спазмолитиков, особенно в группах риска, обезболивание, и правильная оченцка родовой деятельности (отсутствие чрезмерной родостимуляции, своевременная ее отмена, своеременная отмена бета-адреномиметиков).В первом периоде может произойти разрыв матки как наиболее грозное осложнение. Чаще всего разрыв бывает у: рубец на матке после кесарева сечения, после консервативной миомэктомии, многорожавших, многобеременевших, у женщин с воспалительными заболеваниями в анамнезе (эндометриты ведут гистопатическим разрывам матки), многоводие, многоплодие , узкий таз.

Необходим тщательный контроль за состоянием матки, как во время родов, так и перед родами, для того что иметь полное алиби, чтобы пустить такую женщину в роды (уверенность в состоянии рубца на матке, правильное определение размера массы плода, правильная диагностика анатомически и функционально узкого таза).

Второй период родов характеризуется следующими осложнениями:

Слабость родовой деятельности. Нарастание или появление симптомов гипоксии плода. Разрывы влагалища, промежности, матки. Аномалии родовой деятельности в виде слабости родовой деятельности диагностируются на основании медленного продвижения плода по родовому каналу и по слабости потуг. Основные лечебные мероприятия: внутривенное введение утеротоников - окситоцина, простогландины обладают лучшим воздействием на созреванием шейки матки , а окситоцин обладает большим воздействием на активность миометрия. И если же нет симптомов гипоксии плода, то это введение утеротоников должно привести эффект и роды должны быть закончены через естественные родовые пути. При наличии полного раскрытия маточного зева и предлежащей части на тазовом дне, появлении гипоксии роды должны быть закончены наложение акушерских щипцов или извлечением плода за тазовый конец.Разрывы влагалища невозможно профилактировать, но можно предусмотреть их возможность и особенно тщательно контролировать их при осмотре мягких родовых путей у женщин с крупными плодами и при быстром продвижении головки.Диагноз разрыва матки во втором периоде родов чрезвычайно сложно, так как идут потуги. Диагноз на основании: резкого ухудшения состояния женщины, когда начинается геморрагический и болевой шок, развитие резкой гипоксии плода, рождения мертвого плода. Но диагноз может быть сложным, так как головка плода может временно тампонировать маточные сосуды.

Глава 3 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЗА СЧЕТ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

Первоочередной мерой, способствующей улучшению оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, является введение родового сертификата.

Введение родового сертификата с *первого января 2006 года* во всех регионах РФ имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи, что существенно повлияет на отношение к будущей матери.

Кроме того, родовые сертификаты предоставляют беременной женщине возможность выбора женской консультации, в которой она предполагает встать на учет и наблюдаться по беременности, а в дальнейшем и выбор родильного дома. Это право существовало и раньше, но в данном случае значительно повышается заинтересованность учреждения здравоохранения в каждой, вновь обратившейся женщине, так как за предоставленные ей услуги в учреждение здравоохранения придут дополнительные денежные средства.

Родовой сертификат включает в себя:

**-** талон № 1 родового сертификата,предназначенный для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе;

**-** талон № 2 родового сертификата, предназначенный для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах;

**-** талон № 3 родового сертификата,предназначен для оплаты услуг, оказанных детям 1-го года жизни.

Право на получение сертификата предоставляется женщинам, являющимся гражданами России, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства, проживающим на законных основаниях на территории Российской федерации. Родовые сертификаты выдаются при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования.

Сертификат выписывается женщине, вставшей на учет по беременности в женской консультации, когда срок беременности достигает 30 недель (при многоплодной беременности – при сроке 28 недель), при условии непрерывного наблюдения и ведения ее на амбулаторно-поликлиническом этапе не менее 12 недель данной женской консультацией.

Финансовые средства, предусмотренные на реализацию родового сертификата должны распределяться следующим образом:

- в женской консультации не менее 60% от предусмотренной суммы должно быть направлено на повышение заработной платы медицинским работникам, остальное – на укрепление материально-технической базы;

- в родильном доме не менее 40% - на заработную плату медицинским работникам, остальное – на укрепление материально-технической базы

Не подлежат оплате талоны родовых сертификатов в следующих случаях:

* за услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам в период родов и в послеродовой период родильным домом, в случае смерти матери и/или ребенка в период нахождения в родильном доме (за исключением случаев смерти одного или нескольких детей при рождении двойни и более детей, в случае сохранения жизни матери и хотя бы одного ребёнка);
* за услуги по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в случае постановки ребенка на диспансерный учет после 3 месяцев жизни, в случае смерти ребенка в соответствующий период диспансерного (профилактического) наблюдения.
* за медицинские услуги, оказанные учреждениями здравоохранения на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

Не подлежит оплате талон N 2 родового сертификата в случае прохождения родов вне родильного дома.

Не подлежат оплате талоны N 3-1 родового сертификата в случае, когда первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка завершились после исполнения ребенку одного года жизни.

Не подлежат оплате талоны N 3-2 родового сертификата в случае, когда диспансерное наблюдение ребенка во вторые шесть месяцев началось после исполнения ребенку года жизни.

Передача родового сертификата из одной детской поликлиники в другую в случае изменения места жительства женщины.В случае если за время диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни женщина изменила место жительства, то при переезде женщины с одного места жительства на другое детская поликлиника по прежнему месту жительства возвращает женщине родовой сертификат вместе с картой диспансеризации ребенка формы N ОЗО-Д/у, для постановки ребенка на учет в детскую поликлинику по новому месту жительства.Право на оплату талона N 3-1 или талона N 3-2 родового сертификата при перемене женщиной места жительства будет иметь детская поликлиника, пронаблюдавшая ребенка не менее шести месяцев.При этом периоды наблюдения ребенка в одной детской поликлинике могут суммироваться в случаях, когда в диспансерном наблюдении ребенка был перерыв. Периоды наблюдения ребенка в различных детских поликлиниках не суммируются.

Учитывая изложенное, в случае, если период диспансерного наблюдения ребенка составляет менее шести месяцев талон N 3-1 или талон N 3-2 не оплачивается.

*(Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 июля 2007 г. N 5704-РХ)***.**

Увеличилось финансирование лекарственного обеспечения в родильных домах. Появилась воз­можность приобретения дорогостоящих жизненно важных лекарственных средств для реанимации ново­рожденных и борьбы с акушерскими кровотечениями. В большинстве субъектов Российской Федерации за счет средств родового сертификата приобретаются дорогостоящие лекарственные препараты для вы­хаживания недоношенных новорожденных.

Таким образом, своевременное финансирование направления «Родовые сертификаты» и чёткое взаимодействие с органами и учреждениями здравоохранения позволили женским консультациям и родильным домам по­лучить реальные дополнительные средства, из которых до 80% в женских консультациях и до 60% в ро­дильных домах идет на повышение заработной платы врачам и медсестрам, непосредственно оказываю­щим медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов.

В ходе реализации национального проекта “Здоровье” по городу Кяхта:

1. доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, составило в 2008 году 61,1%, в 2009 - 62,0%
2. Рост заработной платы к уровню 2007 года составил: врачи- на 7,1%, средний медицинский персонал-12,2%, младший медицинский персонал на29,4%.
3. Рост заработной платы к уровню 2008 года составил: врачи на 23%, средний медицинский персонал на 16,5%, младший медицинский персонал на 4,5%.
4. Охват беременных женщин перинатальным скринингом (ультразвуковым и биохимическим) с целью выявления пороков плода: 2008 год- биохимический-5,4%; ультразвуковой скрининг:

I триместр беременности- 76%

II триместр беременности-98%

III триместр беременности-91%

Охват беременных женщин перинатальным скринингом (ультразвуковым и биохимическим) с целью выявления пороков плода: 2009 год- биохимический-5,1%; ультразвуковой скрининг:

I триместр беременности- 82%

II триместр беременности-94, 6%

III триместр беременности-93%

1. За 2008 год учреждения здравоохранения получили по талону №1- 614 тыс. руб., по талону №2 -657 тыс. руб., по талону 3-1-569 тыс. руб., по талону 3-2-552 тыс. руб.

За 2009 год учреждения здравоохранения получили по талону №1- 483 тыс. руб., по талону №2- 581 тыс. руб., по талону 3-1-643 тыс. руб., по талону 3-2-647 тыс. руб.

На полученные средства были приобретено следующее: шкафы для медикаментов, электроотсос (для родов), тонометры электронные, мягкий инвентарь, биксы стерилизационные, дозатор шприцевой, деструктр игл, весы электронные настольные для новорожденных, аппараты ИВЛ, увлажнитель кислорода, слуховой аппарат, аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных, весы детские, прикроватные тумбочки, монитор прикроватный, медицинские кушетки, стойки для переливания растворов, кварц. лампы, коробки стерилизационные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

После десятилетнего периода ежегодного сокращения числа рождений, начался процесс роста рождаемости.

Положительной динамике общих показателей рождаемости способствовали благоприятные сдвиги в половозрастной структуре населения в последние годы.

Однако эти изменения в половозрастном составе населения были не главным фактором существенного прироста числа родившихся и повышения общего коэффициента рождаемости.

Рост рождаемости в 2007 г. по сравнению с 2006 г. на 91,5% был вызван повышением интенсивности деторождения (увеличением возрастных коэффициентов рождаемости) и только на 8,5% – изменениями в половозрастном составе населения.

Увеличение общего коэффициента рождаемости в 2008 г. относительно 2007 г. в еще большей степени определялось повышением интенсивности рождаемости. Вклад этого фактора составил 94,1%. На долю сдвигов в половозрастной структуре пришлось только 5,9%.

Таким образом, рост общих показателей рождаемости в России в 2007-2008 гг. почти полностью был связан с повышением интенсивности рождаемости (увеличением возрастных коэффициентов рождаемости). Об этом свидетельствует и существенное повышение суммарного коэффициента рождаемости (в 2006 г. суммарный коэффициент рождаемости составлял 1,296, в 2007 г. – 1,406, в 2008 г. – 1,494). В 2007 году число родившихся составило 1610,1 тыс.чел., коэффициент рождаемости 11,3 на 1000 человек населения, в 2008-1717,5 тыс. чел., коэффициент рождаемости 12,0 на 1000 человек населения, в 2009-1764,0 тыс. чел., коэффициент рождаемости 12,4 на 1000 человек населения, за первый квартал 2010 года-428,3 тыс. чел.

В республике Бурятия число родившихся составило в 2008 году 15,355, общий коэффициент рождаемости составил 16,0 на 1000 человек населения, в 2009-16 819 тыс., коэффициент рождаемости 17,5 на 1000 человек населения, за период январь- февраль 2010 года родилось 2526 тыс. детей. По Кяхтинскому району в 2007 году данный показатель составил 17,9, в 2008 году-19,9, в 2009 году-18,1, за 5 месяцев 2010 года-6,9

Весьма интересной является динамика суммарных коэффициентов рождаемости по очередности рождения, которую за период 2005-2008 гг. можно проследить по 37 регионам. Эта динамика показывает, что в процентном отношении с 2005 по 2009 гг. коэффициент рождаемости вырос при вторых и последующих рождениях.

Изменяется возрастная модель рождаемости. Продолжается сдвиг рождаемости к более старшим возрастам, откладывание рождений, связанное, во многом, с откладыванием браков, по крайней мере, их регистрацией. Это, свидетельствует о том, что в повышении рождаемости в 2007-2008 гг. имело место не только изменение в календаре рождений, при котором итоговое число детей в семьях не меняется и происходит только более раннее их появление на свет. Если бы это было так, то тенденция увеличения среднего возраста матерей при рождении детей затормозилась бы. В действительности же средний возраст матерей при рождении детей всех очередностей рождения в 2007-2008 гг. повысился даже в большей степени, чем в 2006 г. относительно 2005 г.

Мы имеем дело с удачным сочетанием целого комплекса событий и мероприятий, среди которых, скорее всего, важную роль сыграли мероприятия демографической политики:

* укрепление значимости семьи и семейных ценностей в обществе,
* материнский капитал,
* родовый сертификат,
* улучшение качества родовспоможения.

В нашей стране отмечается устойчивая положительная динамика снижения материнской и младенческой смертности. За период 1970-2008 годов максимальные темпы снижения младенческой смертности зарегистрированы с 2000 по 2008 года. Самые высокие темпы снижения показателя младенческой смертности зафиксированы с 2006 года с максимальным значением в 2008 г.

за 11 месяцев 2008 года младенческая смертность уменьшилась по сравнению с 2007 годом на 1,6 %. Коэффициент младенческой смертности сократился с 9,6 % до 8,7 % на тысячу родившихся живыми.

За **11** месяцев 2009 года младенческая смертность на **6,9%** ниже, чем за аналогичный период 2008 года. В первом квартале 2010 зарегистрировано снижение младенческой смертности на 1,1 % . За **11** месяцев 2009 год снижение показателя младенческой смертности отмечается в **56** регионах, из них в **44** этот показатель ниже среднероссийского.

Показатели младенческой смертности по республике Бурятия в 2009 году составлял 8,9% на 1000 родившихся живыми. По Кяхтинскому району в 2007 году данный показатель составил 13,8, в 2008 году-8,8, в 2009 году-14,7, за 5 месяцев 2010 года-7,0

Основные причины высокого уровня младенческой смертности в регионах - отсутствие системы мониторинга беременных и новорожденных с факторами риска и тяжелыми заболеваниями; плохая организация работы консультативно-реанимационных бригад и трехэтапной системы оказания помощи беременным и новорожденным; недостаточное количество учреждений родовспоможения, оснащенных современным оборудованием; недостаточный профессионализм медицинских работников; неудовлетворительная работа врачебных комиссий по разбору летальных исходов и качества оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения и детства.

Кроме того, медленно снижаются показатели больничной летальности новорожденных от состояний перинатального периода и врожденных аномалий в основном за счет недоношенных новорожденных.

Показатель материнской смертности в нашей стране снизился с 2005 году по 2008 году на 18,5%. Снижение показателя за период 2005-2008 гг. отмечено в Сибирском (на 41,5%), Центральном (на 32,6%), Уральском (на 30,1%) и Дальневосточном (на 24,1%) федеральных округах. В 7 субъектах Российской Федерации (Орловская, Рязанская, Калининградская, Магаданская области, Республика Алтай, Ненецкий и Чукотский автономные округа) в 2008 году случаев материнской смерти не зарегистрировано, а в 10 регионах показатель материнской смертности составил менее 10 на 100 000 родившихся, то есть соответствовал уровню развитых стран.

На 1 января 2010 года в республике Бурятия материнская смертность составила 41,8 на 1000 родившихся живыми, младенческая смертность на 1000 родившихся живыми составило9,5

В 2005 году показатель материнской смертности в сельской местности (31,4) в 1,4 раза превышал аналогичный показатель городов (23). В 2008 году эти показатели почти сравнялись (20,8 в сельской местности, 20,6 в городах), что свидетельствует о повышении доступности и качества оказания медицинской помощи сельскому населению.

За счет каких мероприятий достигается уменьшение материнской и младенческой смертности? И за счет чего мы будем продолжать уменьшать смертность по указанным проблемным точкам?

Это продолжение программы «Родовый сертификат», строительство и оборудование перинатальных центров, оказание высокотехнологичной помощи детям, проведение неонатального и аудиологического скрининга, работа по новому стандарту диспансерного наблюдения ребенка, подготовка к переходу на учет рождений в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения.

СПИСОК ИСПЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Аналитические материалы по опыту работы субъектов Российской Федерации по реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.- Москва, 2006

Информационные материалы для преподавателей и студентов высших медицинских учебных заведений «Сбережение народа зависит от Вас!».- «ГЭОТАР-Медиа».- Москва, 2006

Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «здоровье» (2006 – 2009 годы).- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.- Москва,2006.

Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (анализ и итоги за 9 месяцев 2006 года).- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.- Москва, 2006.

*Приложение 1*

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ И КЯХТИНСКОМУ РАЙОНУ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 год | | 2008 год | | 2009 год | | 5 мес. 2010 года | |
|  | район | РБ | район | РБ | район | РБ | район | РБ |
| Рождаемость | 17,9 | 16,1 | 19,9 | 17,0 | 18,1 | 17,0 | 6,9 |  |
| Смертность | 12,8 | 13,6 | 12,5 | 13,5 | 12,3 | 13,5 | 6,4 |  |
| Естественный прирост | 5,1 | 2,8 | 6,8 | 3,5 | 5,8 | 3,5 | 1,5 |  |
| Младенческая смертность | 13,8 | 11,4 | 8,8 | 8,6 | 14,7 | - | 7,0 |  |

*Приложение 2*

