

*Бегматова Д.Ш.*

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АКУШЕРДИК ЖАНА  
НЕОНАТАЛДЫК ЖАРДАМДЫ РЕГИОНДОШТУРУУ ЖАНА АНТЕНАТАЛДЫК  
ЖАРДАМ БОЮНЧА СТРАТЕГИЯЛЫК СУРООЛОР**

*Бегматова Д.Ш.*

**ВОПРОСЫ СТРАТЕГИИ ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ УХОДУ  
И РЕГИОНАЛИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*D.Sh. Begmatova*

**QUESTIONS STRATEGY FOR ANTENATAL CARE AND REGIONALIZATION  
OF OBSTETRIC AND NEONATAL CARE IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 618.2-07

*Макалада Кыргызстандын ар кайсы аймактарында сапаттуу антенаталдык жардам жана перинаталдык жардамдын региондоштуруу маселелери каралган.*

**Негизги сөздөр:** антенаталдык жардам, эрте төрөө, кош бойлуу, жаңы төрөлгөн ымыркай, неонаталдык өлүм.

*В статье рассмотрены вопросы качественного антенатального ухода и регионализации перинатальной помощи в разных регионах Кыргызстана.*

**Ключевые слова:** антенатальный уход, преждевременные роды, беременные, новорожденный, неонатальная смертность.

*The article considers the issues of quality of antenatal care and the regionalization of perinatal care in the different regions of Kyrgyzstan*

**Key words:** antenatal care, miscarriage, pregnant, newborn, neonatal mortality.

**Введение и обсуждение.** Осуществление антенатального ухода с недостаточно раннего срока беременности или нерегулярного постоянно связывали с наступлением преждевременных родов, и поэтому пути улучшения понимания значения этого факта, а также совершенствование типа и качества антенатального ухода занимают важное место в программах профилактики. Существует несколько проблем, затрудняющих определенное заключение о том, что связь между неадекватным антенатальным уходом и преждевременными родами носит причинный характер [1,3,4]. Одна из таких проблем, металогическая, состоит в том, что женщины, рожавшие в ранние сроки беременности, имеют меньше возможностей воспользоваться антенатальным уходом, особенно в последние месяцы, когда особенно необходимы частые визиты к врачу. Не во всех исследованиях это обстоятельство учитывалась. А в тех случаях, когда его учитывали, и особенно когда при этом использовали подход, базирующийся на статистических таблицах дожития, то взаимосвязь между неадекватным перинатальным уходом и наступлением преждевременных родов в какой-то мере ослаблялась. Вторая проблема состоит в том, как учесть качество антена-

тального ухода. Его компоненты, имеющие важное значение для уменьшения частоты наступления преждевременных родов, будут рассмотрены далее, в связи со стрессом и социальной поддержкой, но следует заметить, что их трудно определить и оценить. Последняя самая важная проблема состоит в том, что неосуществление визитов для получения антенатального ухода может быть только указателем существования причинного фактора или факторов, так как оно часто просто отражает наличие особенно неблагоприятных социальных условий, недостаток умения преодолевать свои проблемы или же утаиваемую или отрицаемую беременность [2,3].

Регионализация требует стандартизации. Внутри каждого региона или области должна быть договоренность в отношении алгоритмов коммуникации, направления и перевода пациентов, основанных на национальных нормативных документах и научно-обоснованных клинических протоколах помощи. Регионализация требует командной работы на уровне региона с участием всех ЛПУ и органов управления здравоохранения разных уровней. Для развития программы по материнской и неонатальной транспортировке нужно установить определенные требования для акушерского и неонатального руководства на трех уровнях путем обсуждения и утверждения разработанного положения по транспортно-консультативной помощи каждого района через комитеты качества и безопасности ТБ на совместной встрече ТБЦСМ\ООБ\НЦОМиД. Эти районные положения предписывают этапность оказания помощи беременным и новорожденным с учетом степени риска акушерской и перинатальной патологии.

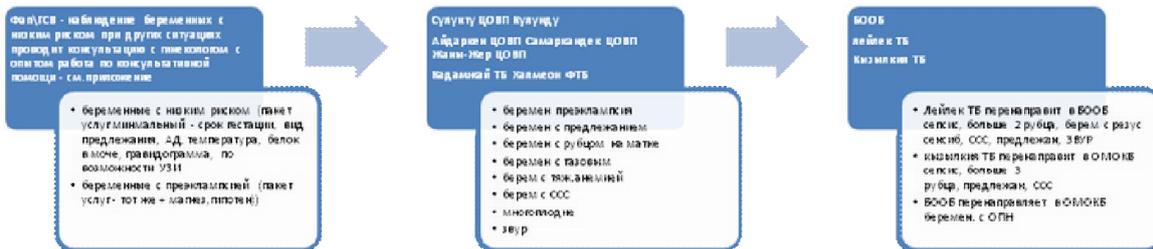
Мы считаем, что для специалистов ПМСП для раннего выявления рисков беременности необходим следующий перечень состояний, которые требуют консультирования со стороны компетентных гинекологов: - Астма Симптоматическая (на фоне медикаментозного лечения, тяжелая (многочисленные госпитализации), заболевание сердца цианотичное, предшествующий инфаркт миокарда, аортальный стеноз, легочная гипертензия, синдром Марфана,

искусственный клапан, класс II или выше по классификации Американской Ассоциации Сердца (American Heart Association), - Сахарный диабет Тип А-С, употребление наркотиков и алкоголя, эпилепсия (на фоне медикаментозного лечения), семейный анамнез генетических заболеваний (Синдром Дауна, болезнь Тея – Сакса, оксифенилкетонурия), гемоглобинопатия (серповидноклеточная анемия, талассемия) \ узкий специалист, гипертензия Хроническая, с почечной недостаточностью или пороком сердца \ узкий специалист - Хроническая, без почечной недостаточности или порока сердца, предшествующий легочный эмбол или тромбоз глубоких вен, психическая болезнь, заболевание легких Тяжелое обструктивное или рестриктивное, почечная недостаточность Хроническая, креатинин  $\geq 3$  с или без гипертензии, необходимость в длительной антикоагуляции, тяжелое системное заболевание, акушерский анамнез Возраст  $\geq 35$  на момент родов, родоразрешение путем кесарева сечения, предыдущий классический или вертикальный разрез, цервикальная недостаточность, предыдущая структурная или хромосомная патология плода, предыдущая смерть новорожденного, предыдущая смерть плода, предыдущие преждевременные роды или преждевременный разрыв плодных

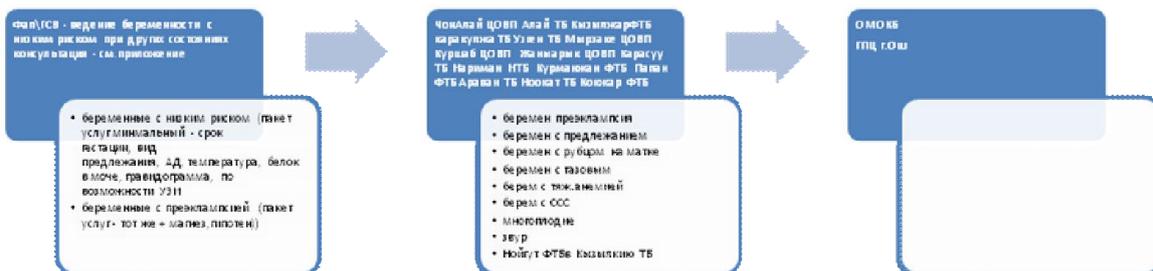
оболочек, предыдущий новорожденный с низкой массой тела при рождении ( $< 2500$ гр), лейомиомы матки или порок развития, первичные лабораторные анализы ВИЧ Симптоматический или низким количеством клеток CD4, CDE (резус-фактор) или другая группа крови, иммунизация (исключая ABO, Льюис), подозрение на задержку внутриутробного развития, патологии плода, выявленные при ультразвуковой эхографии Анэнцефалия, герпес, активные поражения 36 недель, многоводие, выявленное при ультразвуковой эхографии, аномальный результат мазка ПАП, ВИЧ Симптоматический или с низким количеством CD4, CDE (Rh) или иммунизация другой группы крови (исключая ABO, Льюис). Предлагаем так называемую «Маршрутизацию» – определение конкретных маршрутов для каждой ОЗ с пакетом медицинской помощи во время транспортировки и утверждением индивидуальных медицинских карт транспортной помощи беременным, родильницам или новорожденным из группы высокого риска, разработка и внедрение инструмента мониторинга и оценки качества транспортной помощи в общий инструмент МиО по ЭПУ. Ниже приводим модели перинатальной транспортной помощи в различных регионах КР.

**Модели перинатальной транспортной помощи в различных регионах КР:**

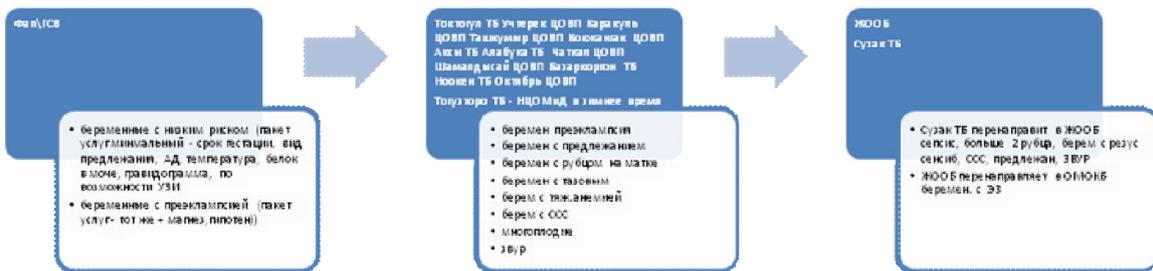
**1. Баткенская область**



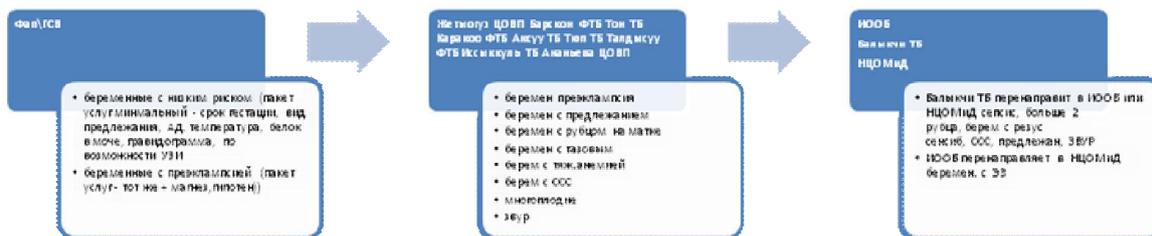
**2. Ошская область**



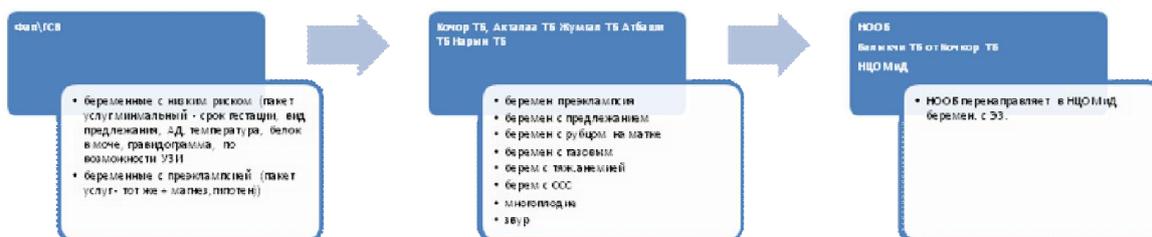
**3. Жалал-Абадская область**



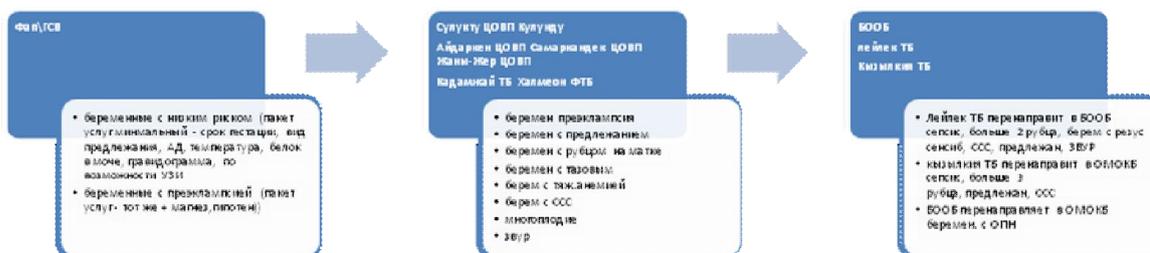
#### 4. Иссык-Кульская область



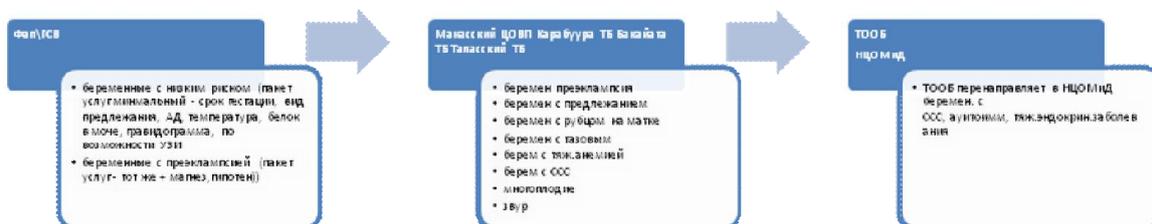
#### 5. Нарынская область



#### 6. Чуйская область



#### 7. Таласская область



Консилиум и приглашение консультативно-транспортной бригады организует руководитель ГСВ в случае амбулаторного уровня или заведующий родильным отделением в случае стационарного уровня. При следующих акушерских состояниях специалисты ПМСП и/или стационаров ФТБ, ТБ, ЦОВП должны организовать транспортно-консультативную помощь на областной или третичный уровень:

- роды с высоким риском перинатальной патологии и преждевременные при сроке гестации менее 32 недель;

- транспортировка на себя "inutero" в третичный уровень женщин с преждевременными родами при сроке гестации менее 32 недель и недоношенных новорожденных с массой тела 1500,0 и менее, новорожденных, нуждающихся в срочной хирургической помощи спец. транспортом;

- отягощенный акушерский анамнез (наличие 3 и более самопроизвольных выкидышей или прежде-

временных родов в анамнезе, истмико-цервикальная недостаточность после хирургической коррекции, 2 и более рубца на матке, врожденные пороки плода, наличие эклампсии, сепсиса в анамнезе, инструментальные роды - акушерские щипцы или вакуум экстракция);

- экстрагенитальные заболевания с декомпенсацией или неэффективностью проведенного лечения (анемия III-й степени, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, гломерулонефрит в стадии субкомпенсации или декомпенсации, рецидивирующие хронические пиелонефриты или другие заболевания в случае неэффективности лечения на II-м уровне);

- сахарный диабет, независимо от формы;

- эндокринные заболевания с клиническими симптомами;

- аномалии в развитии плода;

- индуцированная беременность в анамнезе (ЭКО);

- беременность с резус – изосенсибилизацией и нарастанием титра антител;

- неукротимая рвота беременных или неэффективное лечение на I-м уровне (отсутствие эффективности лечения в течение 5-7 дней);

- преэклампсия легкой степени с отсутствием эффекта от лечения на I-м уровне, тяжелая преэклампсия/эклампсия;

- преждевременные роды в случае разрыва амниотической оболочки при сроке беременности менее 32 недель;

- многоплодные роды (3 и более плода);

- патология фетоплацентарной системы (плацентарная недостаточность, аномалия количества амниотической жидкости, гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода (ниже 10%) и т.д.);

- после хирургических вмешательств на сердце, сосудах, легких, печени, почках, и т.д.

**Оформление необходимой документации.**

Необходимо для документации разработать индивидуальную карту транспортно-консультативной помо-

щи беременной\родильницы\новорожденного и соответствующий журнал записи

Таким образом, регионализация перинатальной помощи приведет к значительному снижению числа новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде в родовспомогательных учреждениях I и II уровня: например, в 2010 г. коэффициент централизации помощи составляет около 70%, а в 2016 г. – это будет около 10%. Внедрение региональной модели оказания помощи тяжелобольным новорожденным обеспечит значительное снижение показателей ранней неонатальной (до 2-3 раз), неонатальной (до 2-2,5 раза) и младенческой (до 1,5-2 раза) смертности, в том числе послеоперационная летальность новорожденных снизится до 2-3 раз.

#### Литература:

1. Национальная программа «Денсоолук» МЗ КР.
2. Национальная перинатальная программа МЗ КР.
3. Клинические протоколы утвержденные приказом МЗ КР №660 от 2013 г.
4. Ю.В.Раскуратов. Акушерская клиника (часть I. Физиологическое акушерство) - Учебное пособие для врачей. -Тверь. - РИЦ ТГМА. – 2011 г. – 136 с.

Рецензент: к.м.н., доцент Жалиева Г.К.