

**Реализация Плана мероприятий по снижению
количества родоразрешений путем операции кесарево
сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы**

Методические рекомендации

УТВЕРЖДАЮ



Министр здравоохранения
Красноярского края

В.Н. Янин

18 августа 2016

Реализация Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы
Методические рекомендации

Исполнители:

- Попов Д.В. – заместитель министра здравоохранения Красноярского края
Слепнева Г.З. – начальник отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края
Хоменко Н.В. – консультант отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края
Шагеева Г.А. – консультант отдела развития здравоохранения и государственно-частного партнерства министерства здравоохранения Красноярского края
Павлов А.В. – главный врач родовспоможению КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
Гарбер Ю.Г. – заместитель главного врача по акушерству родовспоможению КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
Цхай В.Б. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации»
Егорова А.Т. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Аннотация

Методические рекомендации «Реализация Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы» (далее – Методические рекомендации) регулируют вопросы оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае.

Действие настоящих Методических рекомендаций распространяется на медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), не зависимо от форм собственности.

Методические рекомендации разработаны в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю

«акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н), клиническими рекомендациями (протокол) Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», клинических рекомендаций (протокол) Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 «Кесарево сечение, показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение после операционного периода», приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг, приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 09.04.2012 № 164-орг., приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 26.06.2015 № 411-орг на основе современных доказательных практик.

Методические рекомендации подготовлены специалистами министерства здравоохранения Красноярского края совместно со специалистами КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации» и кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации».

В методических рекомендациях изложен комплекс реализуемых мер, направленных на снижение частоты операции кесарево сечение в Красноярском крае:

1. Определены целевые показатели частоты операции кесарево сечение с учетом группы родовспомогательных учреждений на 2016-2018 годы;
2. Разработаны организационные технологии по реализации Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы:
 - внесение изменений в форму отчета на планерные совещания;
 - согласование плановых операций кесарево сечение в учреждениях родовспоможения 1 и 2 группы, межрайонных центрах со специалистами Центра компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;
 - внедрение шкалы перинатального риска при стационарном лечении в отделении патологии беременности и в родовом отделении в родовспомогательных учреждениях края;
 - внедрение классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона.
3. Определены основные направления по снижению показателя частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения:
 - обеспечение рационального ведения родов у первородящих женщин,
 - ведение родов через естественных родовые пути у женщин с рубцом на матке.

В методических рекомендациях отражены мероприятия, направленные на внедрение современных медицинских технологий и мероприятия, направленные на соответствие профессиональных навыков персонала технологиям медицинской помощи.

Целью настоящих методических рекомендаций является:

улучшение качества оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике;

снижение удельного веса абдоминальных родоразрешений;

снижение числа послеоперационных осложнений: кровотечение, инфицирование, тромбоэмболия легочных артерий, эмболия околоплодными водами, гнойно-септические осложнения, перитонит;

снижение рисков материнской смертности;

снижение перинатальной и младенческой смертности;

снижение негативных влияний на дальнейшую детородную функцию женщины: бесплодие, привычное невынашивание беременности, преждевременные роды, нарушения менструального цикла, предлежание плаценты и истинное вращение плаценты при последующей беременности.

Методические рекомендации «Реализация Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы» предназначены для администрации краевых учреждений здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов амбулаторного и стационарного звена, анестезиологов-реаниматологов, врачей ультразвуковой диагностики, смежных специалистов (хирургов, терапевтов, кардиологов и т.д.), врачей-интернов и клинических ординаторов.

Введение.

Распространенность частоты операции кесарево сечение по регионам России варьирует от 10% до 31%. Красноярский край относится к числу регионов с высоким показателем родоразрешений путем операции кесарево сечение. Рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) оптимальный диапазон частоты кесаревых сечений – 10–15%.

Повышение частоты операции кесарево сечение приводит к двукратному повышению гнойно-септических осложнений и увеличивает негативные влияния на дальнейшую детородную функцию женщины. Кесарево сечение не всегда может сохранять здоровье ребенка, особенно при глубоком невынашивании, перенашивании, инфекционном заболевании плода, выраженной гипоксии.

Эффект снижения материнской и перинатальной смертности нарастает при увеличении частоты операции кесарево сечение до 15% от всех родов, тогда как дальнейший рост доли абдоминальных родоразрешений не влияет на показатели материнских и перинатальных потерь. Показатель перинатальной смертности определяется не только частотой абдоминального родоразрешения, но и оптимизацией ведения осложненной беременности и родов, реанимацией и выхаживанием новорожденных (особенно с экстремально низкой массой тела), а также результатами лечения детей, родившихся с внутриутробными заболеваниями.

К увеличению распространенности абдоминальных родоразрешений привело расширение показаний к операции кесарево сечение у первородящих женщин, рутинное проведение кесарева сечения в случае тазового предлежания, снижение частоты естественных родов у женщин с рубцом на матке, потеря акушерских практических навыков среди врачей-акушеров (оперативное влагалищное родоразрешение, родоразрешение через естественные родовые пути при двойни и тазовом предлежании), расширение показаний к кесаревому сечению в интересах плода, применение мониторинга кардиотокографии плода без уточнения диагноза гипоксии дополнительными методами, гипердиагностика патологического состояния плода, рост числа индуцированных родов (предотвращение рисков перенашивания), расширение применения эпидуральной анестезии при недостаточной стимуляции родовой деятельности, предпочтения матери (страх, желание избежать родовой деятельности).

Таким образом, основными направлениями по снижению показателя частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения являются:

обеспечение рационального ведения родов у первородящих женщин, ведение родов через естественных родовые пути у женщин с рубцом на матке; проведение мероприятий, направленных на внедрение современных медицинских технологий;

проведение мероприятий, направленных на соответствие профессиональных навыков персонала технологиям медицинской помощи.

I. Меры, направленные на снижение частоты операции кесарево сечение в Красноярском крае.

В крае реализуется комплекс мер, направленных на снижение частоты операции кесарево сечение, на основе плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы (далее – План мероприятий), утвержденного министром здравоохранения Красноярского края 03.07.2016.

Данный план для исполнения направлен руководителям краевых учреждений здравоохранения письмом министерства здравоохранения Красноярского края от 20.06.2016 № 71/04-14/9758.

В соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 07.07.2016 № 355-орг создана рабочая группа для подготовки предложений по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в краевых государственных учреждениях здравоохранения. В состав рабочей группы входят специалисты министерства здравоохранения Красноярского края и краевых родовспомогательных учреждений. Одной из задач рабочей группы является проведение анализа медицинской документации, разработки мероприятий по снижению частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения с высоким данным показателем.

Определены целевые показатели частоты операции кесарево сечения (п. 1.20 Плана мероприятий) с учетом группы родовспомогательных учреждений на 2016-2018 годы:

в учреждениях 1 группы: 2016 г. – 12,0%; 2017 г. – 10,0%; 2018 г. – 8,0%;

в учреждениях 2 группы: 2016 г. – 27,0%; 2017 г. – 25,6%; 2018 г. – 25,0%;
в учреждении 3 группы: 2016 г. – 40,0%; 2017 г. – 35,0%; 2018 г. – 32,0%.

Руководителям краевых учреждений здравоохранения для выполнения целевых показателей частоты операции кесарево сечения:

ввести в критерии оценки эффективности работы учреждения целевой показатель частоты операции кесарева сечения с учетом стимулирующих выплат специалистам учреждения (п.19 Плана мероприятий);

определить стимулирующие выплаты специалистам учреждения в зависимости от выполнения целевого показателя частоты операции кесарево сечение;

в случае выполнения целевого показателя частоты операции кесарево сечение рассмотреть вопрос о возможном дополнительном поощрении специалистов;

в случае превышения целевого показателя частоты операции кесарево сечение рассматривать вопрос о снижении стимулирующих выплат.

II. Организационные технологии по реализации Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы

Изменения в форму отчета на планерные совещания в приложение № 1 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 09.04.2012 № 164-орг: введены отчетные данные по общему количеству операций кесарево сечение (всего), в том числе, по количеству экстренных и плановых операций, удельный вес операций кесарево сечение (%) (приложение 1).

Руководители учреждений здравоохранения:

еженедельно предоставляют форму отчета на планерные совещания с дополнительными данными по операциям кесарево сечение согласно приложению 1 в организационно-методический отдел КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

еженедельно (среда 14-00 час.) предоставляют на планерных селекторных совещаниях с КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» сводную информацию о текущей ситуации оказания медицинской помощи женщинам и детям по новой форме согласно приложению 1.

Согласование плановых операций кесарево сечение в учреждениях родовспоможения 1 и 2 группы, межрайонных центрах со специалистами Центра компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (приложение 2).

Администрация родовспомогательных учреждений 1 и 2 группы (главный врач и/или заместитель главного врача по лечебной работе и/или ответственные за организацию акушерско-гинекологической службы) ежедневно направляет в Центр компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» план операций кесарево сечение в учреждении на следующий рабочий день по электронной почте: oar-5@pericentr.ru.

Специалисты Центра компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» рассматривают, уточняют и согласовывают план операций кесарево сечение со специалистами учреждений родовспоможения по электронной почте: oar-5@pericentr.ru и/или по телефону: 222-02-69 и/или 222-02-88.

Внедрение шкалы перинатального риска при стационарном лечении в отделении патологии беременности и в родовом отделении в родовспомогательных учреждениях края (приложение 3).

1. При госпитализации беременных женщин в отделение патологии беременности и/или родовое отделение необходимо определить степень перинатального риска индивидуально для каждой женщины согласно шкалы перинатального риска в соответствии с приложением 3.

Шкала перинатального риска вклеивается в историю родов (форма О96/у) женщины, госпитализированной в отделение патологии беременности и/или родовое отделение.

При определении низкой степени перинатального риска (до 15 баллов) родоразрешение осуществляется в учреждениях здравоохранения 1 группы.

При определении средней степени перинатального риска (15–24 балла) родоразрешение осуществляется в межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска.

При определении высокой степени перинатального риска (25 баллов и более) родоразрешение осуществляется в учреждениях здравоохранения 3 группы (КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства») и в родовспомогательных учреждениях г. Красноярска.

При определении низкой и средней степени перинатального риска консультация специалистами Центра компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее – Центр компетенции) не проводится.

2. В родовспомогательных учреждениях 1, 2 и 3 группы коллегиально (консилиумом) определяются показания к оперативному родоразрешению. В состав консилиума входят: администрация учреждения (главный врач и/или заместитель главного врача по лечебной работе и/или заведующий отделением и/или ответственные за организацию акушерско-гинекологической службы), лечащий врач акушер-гинеколог, смежные специалисты (при наличии показаний).

3. В учреждениях 1 и 2 группы в случае изменения степени перинатального риска у беременных женщин при стационарном лечении в отделении патологии беременности и/или родовом отделении и/или при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин), осуществляется консультация со специалистами Центра компетенции согласно алгоритму проведения консультаций в Центре компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (приложение 6). Специалистами Центра компетенции определяется тактика ведения беременной женщины и роженицы, метод (операция

кесарево сечение или консервативное ведение) и учреждение здравоохранения для родоразрешения.

4. В межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска тактику родоразрешения на плановое кесарево сечение (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин) согласовывать с администрацией учреждения (главный врач и/или заместитель главного врача по лечебной работе и/или заведующий отделением и/или ответственные за организацию акушерско-гинекологической службы).

5. В межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска при затруднении принятия решения по тактике ведения родов (особенно у первородящих женщин) осуществляются консультации со специалистами Центра компетенции согласно алгоритму проведения консультаций в Центре компетенции (приложение 6). Специалистами Центра компетенции определяется тактика ведения беременной женщины и роженицы, метод (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и учреждение здравоохранения для родоразрешения.

6. Этапность оказания медицинской помощи и направление беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары 1, 2 и 3 группы осуществляется в соответствии с приложением № 5 приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг.

7. При ургентной ситуации – постановка на учет в акушерский реанимационно-консультативный центр (далее – АРКЦ) КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» согласно приложения № 8 приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг.

Внедрение классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона

С целью достоверного статистического анализа причин роста операции кесарева сечения Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предложена международная классификация абдоминального родоразрешения – шкала Робсона (приложение 4).

Внедрение международной классификации абдоминального родоразрешения – шкалы Робсона позволит проводить сравнительный анализ частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения края, определять целесообразность проведения абдоминального родоразрешения, разработать и принять меры по снижению удельного веса абдоминальных родоразрешений.

Согласно системы Робсона каждая женщина, родоразрешение которой предполагается путем операции кесарево сечение, относится к одной из 10 групп клинических характеристик (число предыдущих беременностей, положение и предлежание плода, гестационный срок, кесарево сечение в анамнезе, многоплодие и наличие спонтанной родовой деятельности). Использование системы позволит проводить сравнительный анализ частоты операции кесарево сечение в учреждениях

и в территории, сопоставлять показания к целесообразности проведения абдоминального родоразрешения, разрабатывать и принимать меры по снижению удельного веса абдоминальных родоразрешений.

В учреждениях здравоохранения 1,2,3 группы ежемесячно проводится анализ причин, показаний к родоразрешению путем операции кесарево сечение по классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона (приложение 4).

Каждая женщина, которая родоразрешена путем операции кесарева сечения, должна быть отнесена к одной из 10 групп шкалы Робсона

Специалисты учреждения здравоохранения выстраивают график распределения числа кесаревых сечений по группам согласно классификации шкалы Робсона (далее – график).

На основании графика проводится анализ обоснованности показаний к операции кесарево сечение в учреждении:

Наименьший показатель частоты операции кесарево сечение должен быть в 1 и 3 группе по шкале Робсона.

Наибольший показатель абдоминальных родоразрешений должен быть в 7,8,9 и 10 группе шкалы Робсона.

Согласно Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае (приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг):

в учреждениях родовспоможения 1 группы не должно быть планового абдоминального родоразрешения, но возможно родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке у женщин с 1 и 3 группой по шкале Робсона при наслоении акушерской патологии в родах;

в учреждениях родовспоможения 2 группы наибольшее число операций кесарево сечение может быть с 2, 4, 7,8, 9 и 10 группой женщин по шкале Робсона;

в учреждении 3 группы наибольшее число операций кесарево сечение может быть с 7,8, 9 и 10 группой по шкале Робсона.

Специалистами учреждений здравоохранения на основании графика и анализа медицинских документов проводится экспертная оценка случаев, определение обоснованности показаний к операции кесарево сечение, разработка предложений и принятие мер по снижению количества абдоминальных родоразрешений в учреждении.

Руководители учреждений здравоохранения:

ежемесячно осуществляют мониторинг причин, показаний к родоразрешению операцией кесарево сечение по классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона с экспертной оценкой случаев, с последующим принятием мер по снижению количества абдоминальных родоразрешений в учреждении;

ежемесячно до 10 числа, следующего за отчетным месяца, предоставляют информацию по классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона в организационно-методический отдел КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Специалисты рабочей группы для подготовки предложений по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в краевых учреждениях здравоохранения (приказ министерства здравоохранения

Красноярского края от 07.07.2016 № 355-орг) проводят анализ медицинской документации, разрабатывают мероприятия по снижению частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения с высоким данным показателем и с отклонением по группам согласно классификации шкалы Робсона.

III. Основные направления по снижению показателя частоты операции кесарево сечение в учреждениях здравоохранения

Обеспечение рационального ведения родов у первородящих женщин.

1. На этапе женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета):

осуществлять работу в программе «Пренатальный мониторинг» с выделением и учетом группы первородящих женщин;

осуществлять централизованный мониторинг беременных женщин группы высокого риска на базе КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», женщин группы среднего риска на базе межрайонных центров (г. Ачинск, г. Канск, г. Минусинск, г. Лесосибирск, г. Норильск) в программе «Перинатальный мониторинг» (приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг);

осуществлять диспансерное наблюдение беременных женщин согласно приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н;

проводить работу с населением о необходимости выполнения рекомендаций специалистов о родоразрешении согласно маршрутизации (выступления врачей акушеров-гинекологов в СМИ; распространение листовок в медицинских организациях, торговых комплексах, на предприятиях);

проводить работу по пропаганде родов через естественные родовые пути (беседы с беременными женщинами, «Школа материнства») при диспансерном наблюдении беременных женщин, не настраивать заблаговременно беременных женщин на родоразрешение путем операции кесарево сечение.

2. На этапе стационарной помощи:

соблюдать порядки оказания медицинской помощи и стандарты оказания медицинской помощи беременным женщинам и роженицам в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н, приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг, клиническими рекомендациями (протоколами) Министерства здравоохранения РФ;

вести партограмму в родах в соответствии с клиническими рекомендациями (протокол) Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде»;

выполнять клинические рекомендации (протокол) Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 «Кесарево сечение, показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение после операционного периода»;

взвешенно и обосновано подходить к показаниям операции кесарево сечение;

внедрить шкалу перинатального риска в отделении патологии беременности и в родовом отделении (приложение 3);

коллегиально (консилиумом) определять показания к оперативному родоразрешению;

в учреждениях 1 и 2 группы осуществлять консультации со специалистами Центра компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в случае изменения степени перинатального риска у беременных женщин при стационарном лечении в отделении патологии беременности и родовом отделении и/или при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин) с целью определения тактики ведения беременной женщины и роженицы, метода (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и учреждения здравоохранения для родоразрешения (приложение 6);

в межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска тактику родоразрешения на плановое кесарево сечение (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин), согласовывать с администрацией учреждения (главный врач и/или заместитель главного врача по лечебной работе и/или заведующий отделением и/или ответственные за организацию акушерско-гинекологической службы).

в межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска при затруднении принятия решения по тактике ведения родов (особенно у первородящих женщин) осуществлять консультации со специалистами Центра КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» с целью определения тактики ведения беременной женщины и роженицы, метода (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и учреждения здравоохранения для родоразрешения (приложение 6);

осуществлять влагалищные родоразрешающие операции при наличии показаний (акушерские щипцы, вакуум-экстракция).

Ведение родов через естественных родовые пути у женщин с рубцом на матке.

1. На этапе женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета):

осуществлять диспансерное наблюдение за родильницами и беременными женщинами после операции кесарево сечение в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 26.06.2015 № 411-орг (приложение 2);

осуществлять маршрутизацию женщин с рубцом на матке в период беременности и родов в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 26.06.2015 № 411-орг (приложение 2);

проводить работу по пропаганде родов через естественные родовые пути (беседы с беременными женщинами, «Школа материнства») при диспансерном

наблюдении, не настраивать заблаговременно беременных женщин с рубцом на матке на родоразрешение путем операции кесарево сечение.

2. На этапе стационарной помощи:

осуществлять родоразрешение беременных женщин с рубцом на матке после операции кесарево сечение в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 26.06.2015 № 411-орг (приложение 2);

ведение родов через естественных родовые пути у женщин с рубцом на матке в стационаре 3 группы в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг;

рассмотреть вопрос о ведении родов через естественных родовые пути у женщин с рубцом на матке в родовспомогательных учреждениях г. Красноярска при организации условий и отработки данной методики.

IV. Меры, направленные на реализацию плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы

Руководителям краевых учреждений здравоохранения:

1. Довести настоящие Методические рекомендации до сведения врачей учреждений здравоохранения.

2. Обеспечить исполнение Плана мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в Красноярском крае на 2016-2018 годы (далее – План мероприятий), утвержденного министром здравоохранения Красноярского края 03.07.2016.

3. На основании данного Плана мероприятий разработать и утвердить план мероприятий по снижению количества родоразрешений путем операции кесарево сечение в учреждении здравоохранения на 2016-2018 годы.

4. Организовать оказание акушерско-гинекологической помощи первородящим и женщинам с рубцом на матке в период беременности и родов в соответствии с данными Методическими рекомендациями.

5. Внедрить шкалу перинатального риска в отделении патологии беременности и в родовом отделении (приложение 3) с определением тактики ведения беременной женщины и роженицы, метода и учреждения здравоохранения для родоразрешения.

6. Обеспечить в учреждениях 1 и 2 группы при изменении степени перинатального риска у беременных женщин при стационарном лечении в отделении патологии беременности и/или родовом отделении и/или при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин), консультации со специалистами Центра компетенций КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по телефону: 222-02-69 и/или 222-02-88 для определения тактики ведения беременной женщины и роженицы, метода и учреждения здравоохранения для родоразрешения.

7. Обеспечить алгоритм проведения консультаций в Центре компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (приложение 6).

8. Обеспечить в родовспомогательных учреждениях 1, 2 и 3 группы коллегиальное (консилиум) определение показаний к оперативному родоразрешению.

9. Обеспечить в межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска определение тактики родоразрешения на плановое кесарево сечение (операция кесарево сечение или консервативное ведение) и при изменении ситуации, определяющей показания к операции кесарево сечение в экстренном порядке (особенно у первородящих женщин) с согласованием администрации учреждения (главный врач и/или заместитель главного врача по лечебной работе и/или заведующий отделением и/или ответственные за организацию акушерско-гинекологической службы).

10. Обеспечить в межрайонных центрах и родовспомогательных учреждениях г. Красноярска проведение консультации со специалистами Центра компетенции при затруднении принятия решения по тактике ведения родов (особенно у первородящих женщин) согласно алгоритму проведения консультаций в Центре компетенции КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (приложение 6).

11. Еженедельно предоставлять форму отчета на планерные совещания с данными по операциям кесарево сечение согласно приложению 1 в организационно-методический отдел КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

12. Еженедельно (среда 14-00 час.) предоставлять на планерных селекторных совещаниях с КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» сводную информацию о текущей ситуации оказания медицинской помощи женщинам и детям по форме согласно приложению 1.

13. Ежедневно (с 14 до 16 часов) предоставлять план операций кесарево сечение в учреждении по форме согласно приложению 2 в Центр компетенции «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по электронной почте: oar-5@pericentr.ru.

14. Ежемесячно осуществлять мониторинг причин, показаний к родоразрешению операцией кесарево сечение по классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона (приложение 4) с экспертной оценки случаев, с последующим принятием мер по снижению количества абдоминальных родоразрешений в учреждении.

15. Ежемесячно до 10 числа, следующего за отчетным месяцем, предоставлять информацию по классификации абдоминального родоразрешения – шкала Робсона (приложение 4) в организационно-методический отдел КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

16. Осуществлять ведомственный контроль в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Главному врачу КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» А.В. Павлову:

организовать оказание методической помощи краевым государственным учреждениям здравоохранения по внедрению Плана мероприятий по снижению