

А. В. Саверский, С. А. Саверская, Е. Л. Никонов

КАК БЕЗОПАСНО РОДИТЬ В РОССИИ

ПОЛНЫЙ СПРАВОЧНИК БЕРЕМЕННОЙ

1 О чем говорят анализы

2 Проблемная беременность

3 Как выбрать роддом

4 Первый осмотр

5 Обязанности врачей

6 Льготы и пособия

7 Права беременной и родителей

8 Суррогатная мать

9 Образцы заявлений



УДК 618(470+571)(03)
ББК 51.1(2)4я2
С 12

Саверский А. В.

С 12 Как безопасно родить в России / А. В. Саверский, С. А. Саверская, Е. Л. Никонов. — М. : Эксмо, 2009. — 368 с. — (История болезни).

ISBN 978-5-699-34236-5

Этот справочник необходим каждой семье, ожидающей прибавления. Вы узнаете то, о чем не расскажут вам врачи, о чем молчат работники роддомов и юристы женских консультаций.

Часто будущих мам пугают данными анализов и исследований. Какие опасности на самом деле могут ожидать при наблюдении, какую медицинскую помощь должны оказывать по родовому сертификату и как распознать навязывание платных медицинских услуг, сверхдорогих препаратов и БАДов.

Очень важно правильно выбрать роддом. Принять взвешенное решение вам поможет рейтинг российских роддомов (кроме Москвы). Полезно будет узнать, как выбирают метод родоразрешения и когда женщина может не согласиться с врачом и настоять на своем решении.

Если же вам несвоевременно или некачественно оказали медицинскую помощь либо вовсе в ней отказали, вам не нужно искать способы воздействия на медиков — они вам уже даны. Вы можете воспользоваться ими немедленно: в конце справочника даны образцы составления юридических документов, необходимых для таких случаев.

УДК 618 (470+571)(03)
ББК 51.1(2)4я2

ISBN 978-5-699-34236-5

© Саверский А. В., Саверская С. А.,
Никонов Е. Л., 2009
© ООО «Издательство «Эксмо», 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Глава 1. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	10
1.1. О чем говорят данные анализов и исследований	12
1.2. Какие опасности могут ожидать беременную в женской консультации	19
1.2.1. Назначение биологически активных добавок	19
1.2.2. Диагностические ошибки	21
1.2.3. Несвоевременность или отсутствие госпитализации	25
1.2.4. Отсутствие преемственности между женской консультацией и родильным домом	27
1.2.5. Медицинская помощь беременным, оказываемая бесплатно	28
1.2.6. Требование оплаты медицинских услуг от беременных и рожениц	31
Глава 2. ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ	38
2.1. Как правильно выбрать роддом	38
2.1.1. Показатели деятельности родильных домов	39
2.1.2. Специализация родильного дома (отделения)	47
2.1.3. Оснащенность роддома оборудованием, лекарственными средствами	48
2.1.4. Квалификация медперсонала	48
2.1.5. Условия родов и пребывания в роддоме	49
2.1.6. Соблюдение норм нормативных правовых актов	57

2.2.	Какие опасности вас могут ожидать в родильном доме	61
2.2.1.	<i>Поступление в родильный дом.</i>	
	<i>Предвестники родов</i>	61
2.2.2.	<i>Роды</i>	65
2.2.3.	<i>Первый осмотр новорожденного</i>	70
2.2.4.	<i>Внутрибольничные инфекции</i>	74
2.2.5.	<i>Родовозбуждение и стимуляция родовой деятельности</i>	82
2.2.6.	<i>Осложнения анестезии</i>	85
2.2.7.	<i>Ошибки при выборе метода родоразрешения</i>	90
2.2.8.	<i>Диагностические ошибки</i>	103
2.2.9.	<i>Послеродовой период</i>	105
Глава 3.	ПРОБЛЕМНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	117
3.1.	Беременность, наступившая после лечения бесплодия	117
3.2.	Аборт по медицинским показаниям	118
3.3.	Аборт по социальным показаниям	120
3.4.	Беременность при тяжелых патологиях	121
Глава 4.	ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ.....	123
4.1.	Материнская смертность	123
4.2.	Младенческая смертность.....	139
Глава 5.	ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ ЛЕТ, И ИХ ДЕТЕЙ. ЛЬГОТЫ И ПОСОБИЯ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ.....	142
5.1.	Общие права беременных и родителей	142
5.2.	Административные и должностные обязанности исполнителей медицинских услуг	147
5.3.	Гражданско-правовые обязательства исполнителей медицинских услуг	155
5.4.	Государственная регистрация рождения ребенка	161
5.5.	Право на совместное нахождение с ребенком при его лечении в стационаре	163
5.6.	Родовой сертификат	165

5.7. Денежные пособия	167
5.8. «Материнский капитал»	175
5.9. Мать-одиночка	178
5.10. Трудовые права беременных и матерей	180
5.11. Разведенные родители (кому воспитывать ребенка?)	185
5.12. Суррогатная мать	188
5.13. Некоторые особенности правового положения беременных женщин и женщин, имеющих малолетних детей, совершивших административное правонарушение или уголовно-наказуемое деяние	190
Приложение 1. <i>Основные этапы и показатели развития плода и другая полезная информация</i>	193
Приложение 2. <i>Показатели физического и нервно-психического развития детей. Календарь профилактических прививок</i>	198
Приложение 3. <i>Нормативно-правовые документы (извлечения)</i>	219
Приложение 4. <i>Образцы составления некоторых юридических документов</i>	271
Приложение 5. <i>Органы субъектов РФ, осуществляющие лицензирование и контроль качества медицинской помощи</i>	277
Приложение 6. <i>Перечень управлений Росздравнадзора по субъектам РФ</i>	310
Приложение 7. <i>Перечень сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи при родах, а также показатели их работы за 2007 год</i>	320

ПРЕДИСЛОВИЕ

На врача надейся, а сам не плошай!

Беременность — время ожидания, оно всегда сопряжено для супружеской пары и с сопутствующими страхами, и с надеждой, что все закончится появлением на свет любимого и долгожданного ребенка живым и здоровым.

Чтобы ваши надежды оправдались, недостаточно регулярно посещать врача в женской консультации. Врач в процессе беременности и родов должен быть вашим союзником и партнером, но золотое правило — «доверяй, но проверяй» — в данном случае вполне применимо, поскольку в собственном здоровье и здоровье вашего ребенка заинтересованы, прежде всего, вы сами.

Поэтому читайте книги о беременности, узнавайте о своих правах на получение медицинской помощи и, конечно, разговаривайте со своим врачом! Не бойтесь задавать вопросы, просите рассказать вам о том, как протекает ваша беременность, все ли в порядке с ребенком, каков план предстоящих родов. Хороший врач расскажет вам все, покажет и прокомментирует ваши карты и анализы.

Как бы цинично это ни звучало, главное, что вы должны понять, решив стать мамой, — что жизнь и здоровье вашего будущего малыша интересуют, по большому счету, **только вас** и ваших близких. Врач, выполняющий свои должностные обязанности, не будет заботиться о вашем ребенке так, как вы. Ко-

нечно, есть замечательные врачи, и низкий им поклон. И вы, разумеется, надеетесь, что именно вам так повезет с врачом, что он будет для вас как родная мама. Но стоит ли рассчитывать на это всерьез? Ведь может и не повезти, и что тогда?

Психика женщин существенно меняется во время беременности, становится более зависимой, уязвимой и, конечно, сочетание безоговорочного доверия врачу со страхом перед ним вполне объяснимо. Врач представляется божеством, которое может как наказать, так и одарить.

У врача действительно есть неписаное право распоряжаться жизнью и здоровьем человека. Можно спорить о природе этого права — от бога оно или доверено вами, — но наличие этого права порождает у пациента ощущение зависимости и страха перед врачом.

Врач — бог?

Пожалуй, это вам только лишь кажется. У врача есть то право, которое ему дали (доверили) вы и закон, то есть право, полученное в силу профессии и должностного положения, а это, поверьте, не так уж и много. Обязанностей у врача все же больше, чем прав, и они более конкретны. По крайней мере, применять неразрешенный к применению в РФ лекарственный препарат или делать против вашей воли инъекцию чего бы то ни было он не вправе.

Врач обязан действовать в соответствии с требованиями законов, приказов Минздрава, общепринятых в медицинской науке и практике достижений или условиями договора — ни на что другое он права не имеет.

К сожалению, распространен страх того, что, если вы будете требовать чего-то от врача, он может сделать вам хуже. Как правило, это лишь страхи. Корректный вопрос никому не дает повода хамить, а если это случилось — поищите другого врача, если, конечно, для этого есть возможность. По нашей статистике, 90% конфликтных ситуаций возникает из-за не-

умения врача разговаривать с пациентом. Но и пациент должен уметь задать вопрос так, чтобы не обидеть врача, не дать ему повода заподозрить, что вы сомневаетесь в его квалификации. При всех возможных проблемах, если вам что-то неясно, просите разъяснений, иначе может быть поздно.

Абсолютное доверие врачу (то есть доверие безоговорочное, без вопросов и сомнений) не оправдано, поскольку:

1) врач может оказаться не компетентен в нужном вопросе или занят на данный момент времени чем-то более для него «важным», чем ваши проблемы;

2) он может не захотеть брать на себя ответственность за принятие важного решения, и это его право в случае обоснованных сомнений в диагнозе, прогнозе или ситуации, и тогда решение принимать нужно вам, поскольку именно вы несете основную долю ответственности за вашу жизнь и жизнь вашего ребенка.

Вы способны принять решение?

Задача авторов данной книги — помочь вам пройти непростой период беременности и родов благополучно, научить вас видеть и отстаивать свои права в акушерстве. То, что вы прочитаете, ни в коем случае не ставит своей задачей напугать вас или создать мнение, что в России в акушерстве все очень плохо и рожать у нас страшно. Но «хочешь мира — готовься к войне». Вы должны знать, какие неприятные ситуации могут возникнуть и как их избежать или решить. И если возникнет какая-то ситуация — решать ее спокойно, обдуманно и **ИНФОРМИРОВАННО**. При этом, несомненно, **вы должны быть абсолютно уверены, что у вас все будет хорошо, уверены осознанно!**

В целом дух этой книги шире, чем конкретная проблема беременности и родов. Здесь скорее речь о том, **что знание своих прав, умение их отстаивать может стоить жизни вам и вашему малышу!**



ОСНОВНЫЕ СОВЕТЫ:

- как можно больше знать о состоянии вашего здоровья и здоровья вашего ребенка путем изучения вашей медицинской документации, получения разъяснений наблюдающего вас врача, при необходимости обращаться за консультацией к другим специалистам;
- готовиться к родам: изучать литературу, посещать школы для беременных;
- заранее выбрать себе помощника из ваших родственников, который вместе с вами будет готовиться к вашим родам, возможно, присутствовать при них и сможет помочь вам в сложной ситуации;
- заранее осознанно и ответственно совместно с врачом принять решение о методе родовспоможения (оговорить план ведения родов), несущем наименьший риск для вас и малыша;
- в случае возникновения осложнения со здоровьем у вас или ребенка (на любом этапе) незамедлительно просить разъяснений у лечащего врача относительно причин возникновения осложнения, его опасности, предполагаемых методов лечения; информировать об этом своих близких и просить их проконтролировать ситуацию, получить информацию, подтверждающую мнение вашего врача, из независимых источников, например проконсультироваться у другого специалиста вне данного медучреждения, попросить родных поискать информацию в Интернете. И помните, в ряде случаев время является решающим фактором, поэтому делать все необходимо максимально быстро;
- после родов как можно больше находиться со своим ребенком. Если вам после родов очень плохо и вы не способны подойти до своего малыша, попросите кого-то принести вам его. Если же у малыша проблемы и его долго не привозят, просите отвезти вас на каталке, идите с чьей-то помощью. Любой ценой вы должны быть рядом! Это поможет и вам, и ему!

*Да будут ваши роды легкими,
а ваша жизнь с малышом счастливой!*

Глава 1

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Здоровая беременность продолжается в среднем 280 дней (40 недель). Дату предполагаемых родов можно посчитать, если от даты первого дня последней менструации отсчитать назад 3 месяца и прибавить затем 7 дней. Так, если первый день последней менструации 4 сентября, то, вычитая 3 месяца назад (август, июль, июнь), мы получим 4 июня, прибавим 7 дней и получим предполагаемую дату родов — 11 июня.

При постановке на учет в женскую консультацию врач проводит первичный опрос женщины, выясняя условия ее труда и быта, наследственные факторы и перенесенные заболевания, количество беременностей, родов и аборт. Помните, что сокрытие информации может создать угрозу для вас и вашего ребенка и вопросы о перенесенных вами заболеваниях (в том числе в детском возрасте) врач задает не из простого любопытства. Например, перенесенный в детстве рахит или травма тазобедренного сустава могут привести к деформации таза; перенесенная красная волчанка может вызвать тромбоцитопению у ребенка; заболевания почек могут негативно сказаться на течении беременности и т.д.

Тщательно собранная информация о перенесенных и имеющихся заболеваниях позволит врачу грамотно провести профилактику возможных осложнений и составить план ведения беременности и родов с учетом имеющихся данных. На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности. В соответствии с приказом Минздрава России № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» все беременные, отнесенные к группе риска, должны быть осмотрены главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям — направлены на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности или ее прерывания.

Врач должен проводить плановые и, в случае необходимости, дополнительные обследования. Так, при первичном осмотре измеряют рост, вес, артериальное давление, размеры таза, размеры окружности живота, высоту стояния дна матки; при повторных осмотрах обязателен контроль прибавки веса, сердцебиений плода. Всегда спрашивайте о результатах проведенных измерений и исследований. В женских консультациях врачи часто измеряют некоторые параметры, например размеры таза, «на глазок», говоря при этом, что и без измерения видно, что таз нормальный. По правилам же размеры таза измеряют специальным прибором — тазомером. Размеры таза могут существенно повлиять на план ведения родов (таз может быть деформирован), поэтому настаивайте на точном измерении врачом размеров вашего таза.

В соответствии с тем же приказом Минздрава России при физиологическом течении беременности врач акушер-гинеколог за все время беременности обязан осмотреть женщину не менее 10 раз. После первого осмотра — явка через 7—10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов (см. ниже); в дальнейшем, до 28-й недели беременности, — 1 раз в месяц и после 28-й недели — 2 раза

в месяц. Частота осмотров врачом может быть уменьшена до 6—8 раз, если за беременной каждые 2 недели, а после 37-й недели — каждые 7—10 дней — наблюдает акушерка. При выявлении патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает. Беременную также осматривают врачи: стоматолог, окулист, отоларинголог и по показаниям — другие специалисты.



1.1. О ЧЕМ ГОВОРЯТ ДАННЫЕ АНАЛИЗОВ И ИССЛЕДОВАНИЙ

А. Рост, вес и телосложение

Например, при росте ниже 150 см и (или) деформации позвоночника и (или) нижних суставов может иметься сужение таза.

Прибавка в весе за всю беременность в среднем должна составлять 10—12 кг.

Б. Размеры таза

Как минимум должны быть измерены четыре размера таза:

distantia spinarum (обычно составляет 25—26 см);

distantia cristarum (обычно составляет 28—29 см);

distantia trochanterica (обычно составляет 31—32 см);

conjugata externa, или наружная конъюгата (обычно составляет 20—21 см).

Таз считается узким, если хотя бы один из указанных размеров меньше нормы на 1,5—2 см и более. Размеры наружной конъюгаты имеют особенно важное значение, поскольку по ним можно определить размер истинной конъюгаты: для ее расчета из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Если же истинная конъюгата менее 11 см, таз считается суженным.

Необходимо знать, что при сужении таза имеется серьезная опасность того, что в процессе родов ребенок не сможет

пройти через родовые пути матери, особенно в том случае, если плод крупный. Поэтому вы заранее должны быть информированы об этой опасности и совместно с врачом решить вопрос о необходимости планового проведения операции «кесарево сечение». К сожалению, иногда возникает ситуация, когда врач женской консультации говорит о необходимости проведения «кесарева сечения», а при поступлении в роддом вам заявляют: «Все будет в порядке, будешь рожать сама». В такой ситуации врачу роддома необходимо разъяснить мнение врача женской консультации и попросить его провести дополнительные исследования для уточнения диагноза. Так, для уточнения размеров таза может проводиться рентгенопельвиометрия (исследование размеров таза, его конфигурации и положения головки плода с использованием рентгеновского излучения). Если в родильном доме нет возможностей для проведения дополнительных исследований, вас должны направить в другой стационар.

В. Артериальное давление

Повышение АД выше 135/85 мм ртутного столба в сочетании с отеками и протеинурией (наличием белка в моче) может указывать на развитие гестоза беременных — тяжелого токсикоза беременных, развивающегося на относительно поздних ее этапах (обычно после 20 недель).

Г. Исследования на врожденные пороки

Согласно приказу Минздрава России № 457 от 28.12.2000 г. «О пренатальной диагностике наследственных и врожденных заболеваний» при сроке беременности 16—20 недель у всех женщин осуществляется забор проб крови для выяснения у них уровней не менее двух сывороточных маркеров: альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человеческого (ХГЧ).

Повышенное содержание в крови матери альфа-фетопротеина (гормона, вырабатываемого плодом) может свидетельствовать о патологии спинного мозга плода. Слиш-

ком низкое количество этого гормона может указывать на наличие у плода синдрома Дауна или другого хромосомного дефекта.

Повышенный уровень хорионического гонадотропина человеческого в крови беременной женщины указывает на риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Однако эти исследования не являются окончательными, необходимы дополнительные обследования для подтверждения предполагаемого диагноза.

Для диагностики конкретных форм поражения плода, оценки тяжести болезни и прогноза состояния здоровья ребенка, а также решения вопросов о прерывании беременности в случаях тяжелого, не поддающегося лечению заболевания плода женщин направляют в региональные (межрегиональные) медико-генетические консультации (МГК). Кроме того, туда направляют беременных женщин, у которых в процессе ультразвукового скрининга выявлено увеличение (в сроке 10—14 недель) толщины воротникового пространства плода до 3 мм и более, наличие у плода какого-либо врожденного порока развития (ВПР), наличие эхографических маркеров хромосомных и других наследственных болезней, выявлено аномальное количество околоплодных вод и другие случаи поражения плода, а также беременные женщины с отклонениями в уровне сывороточных маркеров крови, угрожаемые по рождению детей с наследственной болезнью или ВПР, в возрасте от 35 лет и старше, имеющие в анамнезе рождение ребенка с ВПР, хромосомной или моногенной болезнью, с установленным семейным носительством хромосомной аномалии или генной мутации.

Беременная женщина должна поступать на второй уровень обследования с выпиской из медицинской карты и результатами проведенного ультразвукового и биохимического скринингов.

Комплексное обследование должно включать тщательное ультразвуковое исследование плода, при необходимости доплерографию и цветное доплеровское картирование,

кардиоотографию с анатомическим анализом результатов (по показаниям); инвазивную диагностику (аспирация ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) с последующим доступным генетическим анализом клеток плода (по показаниям) и др.

Д. Ультразвуковое исследование

«Обследование беременных женщин включает обязательное трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование: при сроке 10—14 недель беременности, когда оценивают главным образом толщину воротникового пространства плода; при сроке 20—24 недели ультразвуковое исследование выявляет пороки развития и наличие эхографических маркеров хромосомных болезней; ультразвуковое исследование при сроке 32—34 недели беременности проводится в целях выявления пороков развития с поздним их проявлением, а также в целях функциональной оценки состояния плода»¹.

Ультразвуковое исследование позволяет:

- в I триместре беременности — установить срок беременности, угрозу ее прерывания, наличие многоплодия, общее состояние и некоторые пороки развития плода, выявить сопутствующие гинекологические заболевания (миому матки, изменения яичников и др.);
- во II триместре беременности — диагностировать большинство врожденных пороков развития плода, выявить патологическое предлежание (тазовое, лицевое и другие, способные привести к проблемам в родах), преждевременную отслойку плаценты, мало- и многоводие;
- в III триместре беременности — обнаружить не выявляемые ранее пороки развития, а также гипотрофию плода, обвитие пуповины вокруг шеи.

¹ «Инструкция по организации проведения пренатального обследования беременных женщин с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода» — Приложение 1 к приказу Минздрава России от 28 декабря 2000 г. № 457.

Кроме того, ультразвуковое исследование позволяет определить предполагаемую массу плода, оценить его жизнедеятельность, нарушения в системе «мать-плацента-плод».

К сожалению, далеко не все женские консультации оснащены современными аппаратами для проведения УЗИ-исследования. Поэтому, если беременность протекает с какими-то нарушениями в вашем самочувствии, желательно провести исследование в учреждении, где такая аппаратура (современная, с хорошим разрешением) имеется. Для этого необходимо получить направление на исследование от вашего лечащего врача, не стесняйтесь просить об этом или делайте это за свой счет.

Е. Допплеровское исследование маточно-плацентарно-плодного кровотока

Данное исследование проводится при сроке 20—24 недели беременности с целью определения группы риска (по развитию гестоза, задержке развития плода и **плацентарной недостаточности**) в III триместре.

Ж. Анализы крови

Общий анализ крови сдают 2—4 раза за беременность. Понижение гемоглобина в крови может говорить о развитии анемии беременных (анемия может указывать, например, на отсутствие полноценного питания беременной женщины). Увеличение числа лейкоцитов — о наличии воспалительного процесса, развитии инфекции и т.п. Увеличение СОЭ (скорости оседания эритроцитов) может указывать на воспалительный процесс, кровопотерю.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 23 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» порядок обеспечения беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет полноценным питанием (в том числе через специальные пункты питания и магазины) по заключению врачей устанавливается законодательством субъектов РФ. Таким образом, в тех случаях, когда жен-

щина не имеет полноценного питания в период беременности или кормления ребенка, ей сначала нужно обратиться к врачу для получения необходимого заключения, а затем в местные органы власти для получения необходимой материальной поддержки в рамках установленного в субъекте Федерации порядка.

Исследование факторов свертываемости крови выявляет количество в крови тромбоцитов, время свертывания крови, время кровотечения. Исследование необходимо для уточнения риска возникновения осложнений в родах со стороны матери (развития ДВС-синдрома, кровотечений) и ребенка (возможности проявления наследственных заболеваний системы крови).

Биохимический анализ крови сдают 2 раза за беременность. Изменение нормальных показателей может указывать на осложненное течение беременности, дисбаланс необходимых для матери и плода веществ.

3. Анализ мочи

Сдают 1 раз в 2 недели до 30-й недели беременности, 1 раз в неделю после 30-й недели беременности (желательно при каждом посещении).

В первую очередь врач обращает внимание на наличие белка в моче (протеинурию), что может свидетельствовать о развитии нефропатии, а также на наличие в моче бактерий, которые могут указывать на развитие инфекционного процесса в мочеполовых органах.

И. Мазок

В норме во влагалищных мазках можно обнаружить до 6 лейкоцитов в поле зрения. *Повышение числа лейкоцитов в мазке говорит о развитии лейкоцитоза:* 6—20 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют об умеренном лейкоцитозе; более 20 — о высоком лейкоцитозе.

К сожалению, врачи женских консультаций часто уделяют недостаточное внимание лейкоцитозу в мазках, несмотря

на то что данный показатель указывает на развитие у беременной инфекционного воспалительного процесса, что для женщины чревато возникновением в послеродовом периоде инфекционных осложнений (таких, как эндометрит и сепсис), а для ребенка — развитием врожденных пороков, патологий, осложнений после рождения. В связи с этим очень высока роль как своевременно начатого лечения инфекционного заболевания, так и терапии, направленной на коррекцию иммунной системы матери.

Обращайте особое внимание на результаты мазков. **При наличии лейкоцитоза в мазках необходима полноценная диагностика на инфекции.** В списке обязательных видов такой диагностики значится бактериологический посев отделяемого из цервикального канала¹. В некоторых женских консультациях для исключения у беременной инфекционного заболевания бактериологический посев отделяемого из цервикального канала делают даже при отсутствии показаний. Если врач не назначил его вам, настаивайте или делайте анализ за свои деньги. В ваших же интересах сделать исследование не только на наличие бактериальных возбудителей инфекции, но и на наличие вирусов — ПЦР-диагностику (его также не всегда назначают в женских консультациях).

К. Шевеление плода

Подсчет числа движений плода можно производить с 28-й недели беременности в течение 1 часа 3 раза в день (например, с 7.00 до 8.00, с 12.00 до 13.00, с 18.00 до 19.00).

¹ Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц, утвержденные приказом Минздрава России от 05.11.1998 г. № 323, коды 023.5 и 026.2. При инфекции половых путей минимальный уровень диагностики: «6. Бактериологический посев отделяемого из цервикального канала». Стандарт лечения при установленном диагнозе предполагает: «1. Антибиотикотерапия. 2. Санация влагалища (эубиотики). 3. Комплексы метаболической терапии. 4. Комплексный иммуноглобулиновый препарат. 5. Препараты, тонизирующие ЦНС».

Число шевелений плода менее 10 раз в течение 12 часов (с 9.00 до 21.00) и менее 3 раз в течение 1 часа (в каждом измеряемом интервале времени) рассматривается как сигнал тревоги и требует проведения кардиомониторного исследования.



Ошибки отношения беременных к проблемам, возникающим во время беременности

Женщина, естественно, надеется, что у нее и ее малыша все в порядке. Поэтому когда врач говорит: «У вас все хорошо, есть небольшие проблемы с...» — она слышит только первую часть его слов — то, что хочет слышать. Но даже небольшие проблемы требуют проведения диагностики, чтобы определить, не выльются ли они в большие. Следствиями такого отношения являются недостаточная диагностика и отказ женщины от госпитализации.



1.2. КАКИЕ ОПАСНОСТИ МОГУТ ОЖИДАТЬ БЕРЕМЕННУЮ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1.2.1. НАЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Многие врачи женских консультаций в период беременности назначают пациенткам **биологически активные добавки**, в частности витамины.

В соответствии со ст. 1 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов» биологически активные добавки — это природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

В соответствии со ст. 4 Федерального закона «О лекарственных средствах» «лекарственные средства — это вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств».



БАД не проходят обязательных для лекарственных средств клинических испытаний, и, таким образом, безопасность и эффективность их применения не установлены.

Вы должны знать, какие биологически активные добавки противопоказаны при беременности. В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача России от 27.08.1997 г. № 19 «О противопоказаниях для применения товаров при отдельных видах заболеваний» при беременности и лактации, а также детям до 12 лет противопоказаны следующие биологически активные добавки: 1) *тонизирующие* — содержащие элеутерококк, женьшень, родиолу розовую, другие аналогичные компоненты; 2) *влияющие на рост тканей организма* — содержащие гормоны, гормоноподобные вещества и антибиотики.

Врач, подрабатывая на компанию-производителя БАД, заинтересован в том, чтобы беременная женщина купила БАД, и потому, прописывая их, ссылается именно на лечебный или профилактический эффект, что само по себе противоречит действующему законодательству. Врач не вправе назначать их с этой целью, да и вообще он имеет право выписы-

вать только лекарства. При этом пациентке не разъясняют, что ей назначают не лекарственное средство, а биологически активную добавку к пище.

Как узнать, что врач прописывает вам биологически активную добавку?

Вас должно насторожить, если врач предупреждает, что:

- лекарство очень дорогое;
- его можно купить только в одной-двух аптеках города (при этом врач называет вам конкретный адрес).

Но даже если вы поехали в указанную аптеку, не полнитесь посмотреть инструкцию, выясните, утвержден ли БАД Роспотребнадзором, написано ли там «биологически активная добавка». Хотя, конечно, выбор за вами, мы лишь предупреждаем о рисках.

1.2.2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Такие ошибки происходят из-за недооценки состояния беременной, а также из-за недобросовестного отношения врача или акушерки к своим обязанностям. Измерения делают «на глазок», не производят всех необходимых исследований, не учитывают ранее имевшихся у пациентки заболевания и т.д.

Пациентка С.

Имелся хронический ревматоидный артрит, который способствовал развитию косоусуженного таза. Однако в женской консультации и родильном доме диагноз «косоусуженный таз» не был установлен. Дополнительных исследований (а для уточнения размеров таза необходимо было произвести рентгенопельвиометрию) сделано не было. Кроме того, у пациентки С. был крупный плод — ребенок родился массой 4020 гр. Для уточнения массы плода, кроме ультразвукового исследования, применяется метод при-

близительного расчета путем умножения высоты стояния дна матки на окружность живота. Данные измерений (101 см — окружность живота, 39 см — высота стояния дна матки за две недели до родов) указывали на массу плода, превышающую 3900 граммов. Однако врач родильного дома, вопреки этим данным и ориентируясь лишь на свою интуицию, проставил в карте предполагаемую массу плода как 3600 граммов. В результате пациентку, которой требовалось плановое «кесарево сечение», стимулировали неразрешенным в акушерстве препаратом, чтобы вызвать роды через естественные родовые пути, что привело к эмболии околоплодными водами и смерти роженицы. Решением суда родильный дом выплатил близким 800 тысяч руб. Уголовное дело, несмотря на массу попыток, так и не было возбуждено. Срок давности по ст. 238 УК РФ (Нарушение требований безопасности для жизни потребителя) истекает в 2011 году.

В приведенном случае действия врача женской консультации объяснялись, во-первых, отсутствием в самой консультации необходимого оборудования (тут необходимо вспомнить, что в случае возникновения сомнений врач обязан направить пациентку на дополнительное обследование в специализированное учреждение), а во-вторых, пониманием того, что вся ответственность в любом случае будет на врачах родильного дома.

К сожалению, халатное отношение врача к своим обязанностям дорого обходится пациенткам. Чтобы помочь врачу избежать таких ошибок, вам необходимо вести «архив своего здоровья», не стесняться выяснять самые пустяковые, на первый взгляд, вопросы.

Наиболее часто встречающаяся ошибка врачей при ведении беременной женщины — недооценка ее состояния. Так, многим беременным женщинам даже при наличии имеющихся показаний врач не назначает никакой дополнительной диагностики.

Пациентка А.

На протяжении всей беременности у пациентки А. наблюдались признаки воспалительного заболевания — лейкоцитоз в мазках от 40 до 100 единиц, многоводие и фетоплацентарная недостаточность. Однако ни женская консультация, в которой наблюдалась женщина на протяжении беременности, ни родильный дом, в который она была госпитализирована за неделю до родов, не придали значения этим проявлениям имевшегося инфекционного заболевания. Соответственно, пациентке не были проведены ни диагностические процедуры, необходимые для выявления возбудителя инфекции, ни лечебные мероприятия (назначение антибактериальной и иммуностимулирующей терапии) для лечения инфекции. Следствием этого явилось развитие у женщины послеродового гнойного эндометрита и сепсиса, а у ребенка аспирационной пневмонии, что привело к смерти обоих на следующие сутки после родов. Решением суда близкие погибшей пациентки А. получили 1 млн 800 тысяч рублей, однако уголовное дело было закрыто. В обоих случаях Тимирязевская прокуратура г. Москвы не провела соответствующих нормам УПК РФ мероприятий.

Конечно, всегда надо надеяться на лучшее, особенно если речь идет об ожидании ребенка, но со стороны врача такая мотивация не допустима — сначала необходимо сделать все для предупреждения и разрешения проблем, а потом уже вполне обоснованно ждать лучшего. Согласно «Положению о враче акушере-гинекологе женской консультации» (Приложение № 8 к приказу Минздрава СССР от 08.04.1980 г. № 360): «4. **Основной задачей врача акушера-гинеколога женской консультации является оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению участка в женской консультации и на дому.** 5. В соответствии с основной задачей врач акушер-гинеколог осуществляет: 5.1. Проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременно-

сти, послеродового периода, гинекологических заболеваний на основе современных достижений науки и практики».

Таким образом, если при наблюдении за пациенткой врач не руководствуется стандартами оказания медицинской помощи, стоит задуматься о его квалифицированности.



Что делать, если у вас возникли сомнения относительно квалификации врача?

1. Поговорить с врачом, попросить его на основании ст. 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» разъяснить беспокоящие вас вопросы, ознакомить вас с данными анализов и обследований, пояснить их значение, разрешить вам взять копии всех имеющихся в женской консультации медицинских документов.
2. Проконсультироваться с другим специалистом (обязательны копии медицинских документов).
3. Проконсультироваться с юристом относительно ваших прав на получение медицинской помощи.
4. Самостоятельно исследовать имеющуюся проблему, читая специальную медицинскую литературу, нормативно правовые акты, советуясь с врачами.
5. Просить или требовать — в зависимости от сложившихся с врачом взаимоотношений — назначения необходимых анализов и обследований.
6. На основании ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» вы имеете право на проведение консилиума без всяких условий, только лишь по вашей просьбе.
7. В случае отказа врача от необходимых, на ваш взгляд, назначений, устно, а если не выходит, то и письменно, следует просить заведующую консультацией поменять вам лечащего врача. На основании той же ст. 30 пациент имеет право поменять врача при условии согласия врача, к которому он хочет прикрепиться.
8. Если поменять врача не удастся, необходимо обратиться в свою страховую компанию или управление

здравоохранения округа, чтобы поменять женскую консультацию. Тогда своим родовым сертификатом вы проголосуете за то учреждение, где вам понравилось больше. Для того сертификаты и введены...

Партнерские отношения между врачом и пациентом невозможны без заинтересованности пациента в результатах наблюдения и лечения и элементарных знаний о состоянии собственного здоровья и своих заболеваниях. Конечно, речь не идет о том, чтобы пациент фактически стал врачом. Однако позиция многих врачей: «Это не твое дело, ты — не врач», — так же безответственна, как и позиция тех пациентов, которые передоверяют врачу. В конце концов, решения относительно предложенных врачом методов обследования и лечения должны принимать пациенты, а принять верное решение без составления представления о проблеме и путях ее разрешения невозможно.

За рубежом существует понятие «second opinion team» — «команда второго мнения». Такие службы организованы при многих клиниках. Любой человек может туда обратиться и узнать, что думают другие специалисты о его проблемах со здоровьем.

1.2.3. НЕСВОЕВРЕМЕННОСТЬ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Эта проблема весьма актуальна по следующим причинам:

А. Беременные женщины зачастую отказываются от госпитализации, мотивируя отказ семейными проблемами, наличием требующих ухода детей и т.п. Вы должны понимать, что если наблюдающий вас врач предложил вам госпитализацию, то, значит, у него есть для этого основания, поскольку в рамках женской консультации для надлежащего лечения или профилактики возможных осложнений возможностей недостаточно. Наконец, в случае отказа от госпитализации

всю ответственность за возможные негативные последствия вы берете на себя.

Конечно, предлагая госпитализацию, врач может перестраховываться, а вам не хочется проводить время в стенах медучреждения, поэтому попросите врача обосновать необходимость госпитализации. Действительно, беременных иногда госпитализируют для проведения исследований, которые вполне можно было бы сделать и в женской консультации, поэтому вопрос о том, для чего вам предлагается госпитализация и можно ли все сделать без нее, необходимо обсудить детально.

Если же аргументы врача кажутся вам обоснованными, но вы не хотите ложиться в стационар, не «подставляйте» врача, напишите расписку об отказе в госпитализации и о том, что риски отказа вам разъяснены. По крайней мере, это будет честно, хотя и рискованно.

Б. При имеющихся показаниях беременную не госпитализируют. Пациентка М. на 42-й неделе беременности обратилась в женскую консультацию с просьбой госпитализировать ее в родильный дом в связи с переносенной беременностью. Врач отказалась это сделать, в итоге пациентка самостоятельно поехала в родильный дом и настояла на госпитализации. К счастью, она сделала это своевременно, но немало случаев, когда задержка с госпитализацией приводит к печальным последствиям.

Порой в связи с просьбой женщины госпитализировать ее в заранее выбранный родильный дом бывает проведена фальсификация документов. Чтобы выполнить просьбу беременной, врач в направлении на госпитализацию указывает несуществующий у женщины диагноз. То есть по ее же просьбе приписывает в направлении то, чего на самом деле нет. Беда заключается в том, что в родильном доме женщину начинают лечить по установленному «липовому» диагнозу. Связано это, собственно, с отсутствием преемственности между женской консультацией и родильным домом. Эту проблему надо иметь в виду хотя бы для того, чтобы противодействовать ненужному вам лечению.

1.2.4. ОТСУТСТВИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИЕЙ И РОДИЛЬНЫМ ДОМОМ

В некоторых случаях женская консультация бывает прикреплена к родильному дому, тогда такая проблема, как отсутствие преемственности, решена. Статистика в подобных родильных домах, как правило, хорошая. В большинстве же случаев женская консультация прикреплена к районной поликлинике и не имеет никаких взаимоотношений с роддомом. Беременная, поступая в родильный дом или родильное отделение больницы, имеет на руках только обменную карту, в которой очень коротко описаны данные обследований и выставленные диагнозы. Врачам роддома такой информации бывает совершенно недостаточно, поэтому они заполняют «историю родов» и с обменной карты, и со слов пациентки. Со слов же можно написать как много нужного, так и ненужного. Например, врач-ординатор задает роженице вопрос: «Есть ли у вас гинекологические заболевания?» Если она отвечает: «Да, что-то было», — но не знает, что конкретно, в «истории родов» будет написано — ОАГА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез). Тогда для профилактики роженице могут назначить антибиотики, противогрибковые препараты и т.д. Если она отвечает: «Нет, ничего не было», — но при этом в женской консультации ей были выставлены определенные диагнозы, просто врач ее об этом не проинформировал и в обменной карте ничего не написал, то врачи роддома не смогут предпринять никаких профилактических мер, а это чревато возможными осложнениями в родах.

Сложившаяся практика не соответствует ни интересам пациентов, ни интересам врачей, но считаться с ней необходимо, и это еще одно основание для получения полной информации и копий документов в женской консультации.

Поэтому свои диагнозы знать надо, как «Отче наш...», на всем протяжении беременности.

1.2.5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ, ОКАЗЫВАЕМАЯ БЕСПЛАТНО

В настоящее время навязывание платных услуг в медицине не редкость, не обошло это явление стороной и область акушерства и гинекологии.

Согласно ст. 41 Конституции РФ государство гарантирует гражданам получение медицинской помощи бесплатно. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается **бесплатно** за счет бюджетных, страховых и иных поступлений.

Любая медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна быть бесплатной. **Заключение договоров на платное оказание медицинской помощи со стороны государственных и муниципальных ЛПУ является незаконным.**

При этом во многих ЛПУ, по данным Минздравсоцразвития, участились случаи оказания платных медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам. В связи с этим в ЛПУ было направлено разъясняющее письмо Минздравсоцразвития России от 16.07.2007 г. № 15-4/1360-09 «Об оказании платных услуг во время беременности и родов», где сказано, что «платные медицинские услуги населению государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Оказание платных медицинских услуг не может осуществляться в ущерб гарантированному объему бесплатной медицинской помощи...

В связи с этим учреждения здравоохранения вправе предоставлять платные немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги; пребывание в палатах повышенной комфортности; дополнительное питание; транспортные и другие услуги) только в тех случаях, если данный вид коммерческой немедицинской деятельности утвержден уставом учреждения здравоохранения и учреждение имеет лицензию на указанный вид деятельности.

Для оказания платных немедицинских услуг медицинскому учреждению не требуется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением».

Согласно постановлению Правительства России от 15.05.2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2008 год» гражданам Российской Федерации амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при беременности, патологии беременности, родах и абортах, стационарная помощь в период новорожденности, а также лекарственная помощь в соответствии с законодательством предоставляется бесплатно.

Таким образом, на платной основе могут предоставляться только услуги сервисного характера.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также за счет средств бюджетов всех уровней бюджетной системы РФ. Таким образом, источники финансирования различны, но для беременной женщины это важно знать только потому, что при поступлении в ЛПУ ей необходимо иметь с собой ряд документов, в частности полис ОМС и родовой сертификат, если он уже выписан. Важно помнить и то, что отсутствие у пациента необходимых документов не является основанием для отказа со стороны ЛПУ в оказании ему экстренной медицинской помощи.

В то же время согласно ст. 4 Закона РФ от 28.07.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между страхователем и страховой медицинской организацией. В соответствии с этим договором последняя обязуется организовать и финансировать застрахованному лицу медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках программ медицинского страхования.

Согласно ст. 15 того же Закона страховая медицинская организация обязана заключать с медицинскими учрежде-

ниями договоры на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным по программе обязательного медицинского страхования. Однако она имеет право свободно выбирать медицинские учреждения как для оказания помощи по программе обязательного страхования, так и для оказания услуг по договорам страхования.

Согласно ст. 6 этого же Закона граждане, в свою очередь, имеют право на:

- обязательное медицинское страхование;
- выбор медицинской организации.

Кроме того, в соответствии со ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» беременная женщина имеет право на выбор лечебно-профилактического учреждения в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, **беременная женщина, выбирая страховую медицинскую организацию для обязательного медицинского страхования, выбирает и тот круг медицинских организаций, в которые она может обратиться за оказанием медицинской помощи при беременности и родах.** То есть, с одной стороны, ее право ограничено теми медицинскими учреждениями, с которыми есть договор у ее страховой организации, а с другой стороны, у женщины есть и выход из этой ситуации. Она может пойти от обратного — сначала выбрать медицинское учреждение, в котором хотела бы получить помощь, а после этого заключить договор с той страховой компанией, у которой есть договор с выбранным лечебно-профилактическим учреждением.

Часто на практике возникает следующая проблема: женщина приезжает на длительное время в другой город, а у ее страховой организации нет договоров ни с одним медицинским учреждением этого города. В таком случае женщина не сможет воспользоваться услугами ЛПУ этого города, если только оказание медицинской помощи не будет носить экстренного характера.

Выход из сложившейся ситуации есть. Женщина может заключить договор обязательного медицинского страхования с какой-либо страховой организацией данного города

и таким образом получить право на выбор ЛПУ из числа тех, с кем у выбранной страховой компании имеется договор.

Необходимо отметить, что лицам без гражданства, постоянно проживающим в РФ, и беженцам медицинская помощь оказывается наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, медицинская помощь оказывается в соответствии с международными договорами РФ. Иностранным гражданам обычно оформляют временные медицинские полисы, на основании которых они получают медицинскую помощь, объемы которой предусмотрены соответствующими международными договорами, нормативными правовыми актами и договорами медицинского страхования (кроме оказания экстренной медицинской помощи).

На данный момент в России оказание медицинской помощи происходит (должно происходить) по установленным схемам (стандартам и приказам) диагностики и лечения.

Объем бесплатной медицинской помощи при физиологическом течении беременности установлен стандартом оказания медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 14.09.2006 г. № 662 (см. Приложение 3). Также существуют стандарты оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. И в случае возникновения конфликтной ситуации (некачественного или несвоевременного оказания медицинской помощи в ЛПУ) оценка правильности оказания медицинской помощи будет основываться на сравнении именно с этими стандартами.

1.2.6. ТРЕБОВАНИЕ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Если медицинский работник предлагает оплатить один из вышеперечисленных видов медицинской помощи, оказываемой бесплатно, он совершает правонарушение. Как по-

ступать в данном случае? Решать этот вопрос придется самой женщине. При нежелании оплачивать услугу она может попытаться урегулировать вопрос мирным путем, напомнив врачу, что данная услуга оказывается в силу закона бесплатно. Если он будет настаивать на оплате услуги, можно подать на данного врача жалобу либо заведующей женской консультации — если речь идет о навязывании оплаты услуги в женской консультации, — либо заведующему родильным отделением (далее — главному врачу), если действия происходят в родильном доме. В случаях когда медицинская помощь должна быть оказана в рамках ОМС, жалобу можно подать в свою страховую медицинскую организацию (просто позвоните по телефону, указанному в вашем полисе).

Если при рассмотрении жалобы конфликт себя не исчерпает, женщина может обратиться с заявлением в прокуратуру с просьбой о внесении в соответствующее медицинское учреждение представления прокурора об устранении нарушения права либо обратиться в суд. Однако следует учитывать, что хождение по правоохранительным органам в целях устранения нарушения или восстановления нарушенного права может отнять много времени и сил.

Если женщина располагает необходимыми для оплаты услуги денежными средствами и не желает конфликтовать с лечащим врачом, а также тратить на выяснение отношений свои нервы и время, то может услугу оплатить.

Если женщина может доказать факт оплаты, притом что в бесплатной помощи ей было отказано (это тоже надо доказать), она сможет потребовать возмещения материальных затрат в страховой компании или через суд. Если же деньги были переданы в конверте лично врачу или вы решили рожать платно, минуя бесплатную медицину, то вернуть деньги будет невозможно.

Бывают ситуации, когда лучше сначала оплатить медицинскую помощь, оказываемую по законодательству РФ бесплатно, а уже после ее оказания возвращать уплаченные за нее деньги. Цель — охрана своего здоровья и здоровья буду-

щего ребенка. Так, согласно приказу Минздрава России от 28.12.2000 г. № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» забор проб крови у всех беременных женщин для проведения исследования у них уровней сывороточных маркеров — альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человеческого (ХГЧ) — осуществляется при сроке **16—20 недель** беременности. Пока беременная женщина, бегая по различным инстанциям, будет доказывать, что данные анализы по действующему законодательству ей должны сделать бесплатно, сроки, необходимые для их проведения, могут пройти. В результате невозможно будет выявить наличие или отсутствие отклонений в развитии плода.

При оплате услуг беременная женщина может столкнуться с таким правонарушением, как оформление «разового страхового полиса по добровольному медицинскому страхованию», упоминаемого налоговыми органами как «монополис».

«**Монополис**» представляет собой своеобразный уход от налогов со стороны медицинских организаций. По своей сути это — договор возмездного оказания услуг, оформленный под видом полиса добровольного медицинского страхования.

Как распознать «монополис»?

1. Во-первых, оформление такого полиса происходит, как правило, непосредственно при обращении лица в лечебное учреждение. В нем указывается событие, при наступлении которого страховщик производит выплату лечебному учреждению некоторой суммы денег, хотя на самом деле это событие не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности.

Министерство по налогам и сборам в своем письме от 15.09.1999 г. № 24-02/11 уже представляло разъяснение по поводу незаконности оформления «монополисов».

В соответствии с действующим законодательством цель медицинского страхования — гарантировать гражданам по-

лучение медицинской помощи при возникновении страхового случая (за счет накопленных средств) и финансировать профилактические мероприятия. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая. При этом страховым риском является предполагаемое событие.

На основании изложенного по договору добровольного медицинского страхования страховым случаем может быть обращение застрахованного лица в медицинское учреждение за получением медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах перечня, предусмотренного договором страхования, либо связанное с внезапным, случайным ухудшением состояния здоровья застрахованного лица в результате заболевания, травмы, отравления или других несчастных случаев, произошедших в течение действия договора страхования.

При оформлении «монополиса» речь идет о событии известном, лишенном признаков внезапности и случайности.

2. Во-вторых, сумма указанного в полисе взноса, уплачиваемого лицом, обратившимся в лечебное учреждение, совпадает по величине с суммой произведенной выплаты, а время ее внесения — со временем выплаты (что говорит о том, что страховщик не имел возможности накопить средства, необходимые для гарантирования страхователю получения медицинской помощи при наступлении страхового случая).

3. В-третьих, в случаях оформления «монополиса» в договоре, как правило, отсутствуют существенные условия, предусмотренные законом для договоров такого вида. Так, в большинстве случаев отсутствует соглашение о размере страховой суммы, договор не содержит сведений о застрахованном лице, нет программы добровольного страхования, а также перечня исполнителей (ЛПУ), оказывающих медицинскую помощь при наступлении страхового случая.

4. Частым явлением при выдаче «монополиса» бывает нарушение порядка оформления квитанции о получении страхового взноса (которая является бланком строгой отчетности), в частности проставление на ней штампа, используемого лечебным учреждением для оформления больничных листов, что недопустимо.

5. В некоторых случаях бесплатная медицинская помощь, предусмотренная базовой программой обязательного медицинского страхования, указывается в качестве страхового случая по договору добровольного медицинского страхования, за что с гражданина взимается плата, оформленная в виде страхового взноса.

Таким образом, оформление «монополиса» нарушает установленные правила добровольного медицинского страхования.

Если для оказания медицинской услуги лечебное учреждение потребовало от беременной заключения разового договора добровольного медицинского страхования, женщина имеет право требовать возвращения уплаченных ею денег ввиду того, что такая сделка по закону будет являться ничтожной в силу ст. 168 ГК РФ как сделка, не соответствующая закону или иным нормативным правовым актам.

Заключение договора добровольного медицинского страхования на ведение беременности, равно как и на роды, не соответствует основному принципу страхования — страхованию рисков. Каков же риск в данном случае? Ни беременность, ни роды заболеваниями не являются, и то, что беременность заканчивается родами, является естественным и закономерным событием. Об этом говорится и в письме Минздравсоцразвития России от 16.07.2007 г. № 15-4/1360-09 «Об оказании платных услуг во время беременности и родов»: «Заключение договора на платные роды страховыми медицинскими организациями является неправомерным, так как при этом нарушается сам принцип страхования. В соответ-

ствии с действующим законодательством цель медицинского страхования — гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая (за счет накопленных средств) и финансировать профилактические мероприятия. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого и проводится страхование, т.е. событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности. Роды не обладают такими признаками, поскольку неизбежно должны наступить в случае беременности».

Прежде чем обращаться за защитой своего нарушенного права в правоохранительные органы, можно попытаться добиться требуемого путем направления в страховую организацию претензии. В претензии необходимо указать изложение обстоятельств дела, суть претензии, а также основания, дающие право требования к организации. Претензию можно послать в страховую организацию по почте заказным письмом или, составив ее в двух экземплярах, подать непосредственно в канцелярию, получив на втором экземпляре подпись уполномоченного лица с входящим номером, датой принятия документа и печатью организации. Это будет подтверждать факт обращения в страховую организацию с претензией.

Вряд ли администрация страховой организации захочет развивать возникший конфликт дальше, поскольку при обнаружении того факта, что данная организация регулярно выписывает «монополисы», может встать вопрос об аннулировании ее лицензии на рассматриваемый вид услуг.

При обращении беременной женщины в выбранный родильный дом ей может быть предложено заключение воз-

мездного договора на ведение так называемых родов 1-й, 2-й и других категорий. В действующем законодательстве понятия «родов 1-й и др. категорий» не существует. При заключении такого рода договора плата берется фактически за сервисные услуги, например за предоставление одноместной или двухместной палаты. То есть от того, заплатит беременная женщина по такому договору деньги или нет, качество медицинской помощи не изменится.

Глава 2

ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ



2.1. КАК ПРАВИЛЬНО ВЫБРАТЬ РОДДОМ

Будущим родителям малышей, а также их родственникам, помогающим определиться с местом родов, необходимо знать, на что следует обращать внимание при выборе родильного дома. Основными показателями при выборе роддома являются:

- статистика материнской и детской смертности и осложнений в родильном доме (отделении);
- специализация родильного дома (отделения);
- оснащение родильного дома (отделения) оборудованием и лекарственными средствами;
- квалификация медицинского персонала;
- условия родов и пребывания в родильном доме (отделении);
- соблюдение правовых норм.

После введения в действие программы родовых сертификатов женщина получила формальное право на выбор ро-

дильного дома (отделения). Роддома, в свою очередь, стимулируются оплатой по родовым сертификатам в том случае, если мать и ребенок живы, — «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 ребенка)»¹ родовой сертификат оплате не подлежит.

2.1.1. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ

Статистика материнской и детской смертности и осложнений в родильном доме (отделении) — главный показатель, который должен вас интересовать при выборе родильного дома, поскольку только так, по результатам оказания услуг, вы можно судить о качестве медицинских услуг в том или ином роддоме.

Оценка качества медицинской помощи населению является важной политической и профессиональной задачей нашего времени. Повышение доверия населения к системе здравоохранения всецело зависит от эффективности и качества медицинской помощи.

В данной главе мы будем говорить о качественной медицинской помощи при родах и принципах ее обеспечения.

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 16.01.2008 г. № 11н «О порядке и условиях оплаты государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, и выдачи женщинам родовых сертификатов».

Качество медицинской помощи определяется тремя составляющими или держится на трех «китах»: структуре медицинской организации, организации лечебного процесса и результатах лечения.

Структура медицинской организации подразумевает наличие материально-технических условий и эффективного кадрового ресурса. Нельзя оказать помощь хорошо, если нет необходимого оборудования, а врачи — неумехи...

В настоящее время износ основных средств в лечебных учреждениях России превышает 50%, а по данным Федерального регистра медицинских работников, около 100 тысяч врачей (т.е. каждый 7-й врач) не повышали свою квалификацию более 5 лет. Средний возраст российского врача превышает 48 лет, при этом 92% всех медработников России — женщины. Из-за существующих проблем в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения, больших расстояний и уже имеющегося кадрового голода обеспечить одинаково доступную и высококачественную медицинскую помощь гражданам на всей территории России представляется практически нереальным. Вплоть до настоящего времени в сотнях умирающих российских сел трудятся фельдшеры, получившие образование не в медицинских училищах, а на 2-месячных курсах Красного Креста и Красного Полумесяца, при этом большинство из них достигли пенсионного возраста и живут натуральным хозяйством. В этих условиях поездки на курсы повышения квалификации для них попросту невозможны. Ситуация тем ужаснее, что молодая смена в отрасли не приходит. Только 50% выпускников медицинских вузов работают по специальности.

Однако достаточно часто бывает и так, что в красивых, только что построенных клиниках, оснащенных ультрасовременным оборудованием, в родах, проходящих под наблюдением профессоров и доцентов, имеют место серьезные осложнения, появляются судебные иски.

Значит, в этих организациях страдает организация лечебного процесса — нет преемственности между приемным от-

делением и стационаром, нет четкой координации между врачами и медсестрами.

Многочисленными исследованиями было показано, что клиники с числом коек, превышающим 600, практически неуправляемы, а численностью до 250 коек — являются экономически нестабильными. В клиниках с количеством коек менее 100, а следовательно, и небольшим бюджетом увеличивается риск того, что пациентам будут навязывать платные медицинские услуги, а специалисты будут из числа тех, кто почти уже забыл, что такое курсы повышения квалификации.

ВЫВОД: не стремитесь попасть в очень крупную или, наоборот, небольшую клинику.

И «самый главный кит» качества медпомощи — *результаты работы клиники*. Обратите внимание на то, что практически в любой газете и других средствах массовой информации вы всегда найдете информацию о передовых клиниках, при этом основное внимание будет уделено методам лечения, оборудованию, научным регалиям сотрудников, но крайне редко можно будет увидеть информацию о результатах работы клиники. Применительно к родовспоможению к таким результатам следует относить такие показатели, как частота разрывов промежности, осложнений после планового «кесарева сечения», материнская и младенческая смертность и др.

Более того, в России до настоящего времени практически ни одно лечебное учреждение не опубликовало в средствах массовой информации ни одного отчета о своей деятельности за год, включающего данные о результативности.

Широкая информированность населения о качестве оказания медицинской помощи с позиций ее результативности является самой эффективной мерой по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи.

Пирамида человеческих потребностей, основываясь на физиологических и материальных нуждах, заканчивается возможностью самореализации человека через его признание. Для врачей это наиважнейший стимул. Три года реализации национальных проектов в здравоохранении показали, что доплаты участковым врачам никоим образом не отразились на качестве медпомощи, а вот любая публикация по фактам некачественной помощи, огласка судебного решения через средства массовой информации, введение института премий «Лучший врач года» оказались достаточно действенными рычагами.

Появление общероссийского перечня роддомов с указанием статистики смертности и осложнений — уникальный инструмент по обеспечению должного качества помощи.

Впервые идея рейтингов роддомов появилась в «Лиге пациентов» в 2003 году, затем соответствующее решение было принято на Общественном совете по защите прав пациентов при Росздравнадзоре (www.openmed.ru, www.roszdravnadzor.ru) в 2006 году, а в 2008 году был издан приказ Росздравнадзора от 26.02.2008 г. № 1027-Пр/08, определивший необходимость и порядок формирования такого рейтинга. Представленный ниже «Перечень сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи при родах, а также показатели их работы за 2007 год» (см. Приложение 7) впервые предоставляет реальную статистику смертности и осложнений в родильных домах России. Данные Перечня не были переведены в систему баллов в силу того, что сбор данных был проведен впервые, что не позволяет рассматривать эти данные как достоверные и полные как по объективным, так и по субъективным причинам.

Уже несколько лет в российском Интернете мамы объединяются в сообщества, пытаются самостоятельно составить рейтинги роддомов. Надо понимать, что будущая мама и ее родственники, не имея специальных знаний в области акушерства, гинекологии и неонатологии, не могут реально оце-

нить качество оказываемой им медицинской помощи. Зато пациенты могут высказаться о двух существенных составляющих оказания помощи: ее сервисной части и их информированности о медицинских услугах. Материнские рейтинги в основном и строятся на этих двух показателях. Доверять этим рейтингам нельзя — они субъективны, а представляющие их сайты не напрямую, но в полной мере финансируются некоторыми государственными и частными клиниками с целью обеспечения собственной рекламы.

При формировании рейтинга Росздравнадзора были получены сведения обо всех государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию и участвующих в программе «родовой сертификат».

Естественно, наши мамочки спросят: «А почему эти сведения не обо всех медицинских организациях, оказывающих помощь при родах, а только о государственных или муниципальных?» На самом деле, программой «родовой сертификат» в 2007 году было охвачено 93% всех родов в РФ, следовательно, полученная выборка является репрезентативной.

Кроме того, частная система здравоохранения в России, хотя уже и выросла из коротких штанишек (после приватизации государственной собственности стали частными многопрофильные клиники таких компаний, как ОАО «РЖД», Первая трубная металлургическая компания, Газпром), родовспоможением заниматься не торопится. Основная специализация частного здравоохранения понятна — это стоматология, дерматовенерология, косметология, но никак не помощь при родах. Полагаем, что частные медицинские организации целесообразно будет включать в рейтинг только лишь через 1—2 года.

При формировании перечня нами были выделены физиологические и патологические (обсервационные, например, для больных туберкулезом) группы роддомов.

Какие показатели учитывает данный перечень? Прежде всего, это уже обсуждавшиеся нами «киты» качества медицинской помощи.

Показатели структуры организации:

- наличие в структуре организации детского реанимационного отделения, лаборатории экспресс-диагностики;
- возможность обеспечения совместного пребывания матери и ребенка;
- возможность присутствия мужа или родственников при родах;
- численность медработников, не повышавших свою квалификацию более 5 лет, в процентах от общей численности медработников организации.

Среди этих показателей два принципиально важны — наличие детского реанимационного отделения и возможность присутствия на родах родственников. Первый показатель говорит о достаточной инфраструктуре роддома, а второй характеризует его открытость, готовность к осуществлению внешнего контроля качества. Практически во всех зарубежных клиниках в операционных и родильных залах установлены камеры постоянного видеонаблюдения. Этого еще нет в России, поэтому отчасти роль наблюдателей должна быть передана родственникам. В присутствии посторонних врачи ведут себя осторожнее, тщательнее выполняют свои обязанности, а роженица получает необходимую психологическую поддержку.

Возможность совместного пребывания матери и ребенка после родов отчасти демонстрирует готовность учреждения родовспоможения к обеспечению жестких современных требований в отношении необходимости **немедленного после рождения прикладывания ребенка к груди матери, контакта ребенка с кожей матери, свободного режима вскармливания, включая исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка без ночного перерыва.**

Ключевым условием для включения медицинской организации в рейтинговый список учреждений родовспоможения являлось наличие у нее детского реанимационного отделения. Отсутствие такого подразделения в структуре организации не может гарантировать высокого качества оказания помощи. В этой связи все учреждения родовспоможения, не

имеющие в своей структуре такого подразделения, не были включены в итоговую таблицу сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи. Наличие детской реанимации — необходимое условие выхаживания недоношенных и маловесных детей.

Понятие живорождения в России принято в следующей формулировке: «полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери независимо от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный». Однако дети (плоды), родившиеся с признаками жизни, но весом менее 1000 г (или ранее 28 недель беременности), в официальную статистику рождаемости включаются только в том случае, если они прожили более 168 часов (или полных 7 суток) после рождения. Если такие дети умерли ранее 7 полных суток, их учитывают как поздние выкидыши (при сроке 22—27 недель беременности). Соответственно, чтобы построить реальный рейтинг учреждений родовспоможения с учетом младенческой смертности, в будущем необходимо собрать информацию о выхаживании рано рожденных детей с весом более 500 граммов так, как это делается во всем мире. Авторы надеются, что в 2009—2010 годах вновь выстроенный рейтинг уже будет учитывать эти данные.

Среди показателей качества организации лечебного процесса и результативности работы клиники были учтены следующие:

- материнская смертность;
- ранняя неонатальная смертность;
- количество случаев внутрибольничной инфекции;
- количество осложнений после операций «кесарево сечение»;

- соотношение количества плановых и экстренных «кесаревых сечений»;
- соотношение показателя «кесаревых сечений» и перинатальной смертности;
- количество осложнений у новорожденных;
- случаи наложения акушерских щипцов;
- тяжелые разрывы промежности.

При расчете рейтинга нами на первых этапах были использованы такие показатели, как количество судебных исков и жалоб, предъявленных в отношении клиники, однако из-за отсутствия возможности получить достоверные сведения и избежать субъективизма эти показатели в дальнейшем были исключены из расчетов.

Самое важное для авторов книги — обеспечение достоверности полученной информации.

Дело в том, что представленные в книге сведения составлены на основании информации, полученной от региональных министерств здравоохранения, и, естественно, эти данные, хотя и прошли проверку, но не могли быть досконально выверены сотрудниками территориальных управлений Росздравнадзора из-за большого объема информации. Статистическая информация, собираемая региональными министерствами или департаментами (управлениями) здравоохранения, зачастую не вполне соответствует действительности.

Как происходит сбор этой информации? Электронные истории болезни отсутствуют более чем в 90% учреждений. Заведующий отделением или отдел медицинской статистики больницы чаще всего вручную рассчитывают показатели своей работы за отчетный период, затем главный врач имеет все возможности для произвольного внесения «небольших» правок. После этого информацию передают в вышестоящую инстанцию, и там, как правило, срабатывает тот же механизм «корректировки» данных. Клицам, принимающим решения, информация приходит искаженной, а зачастую и с приписками. Данная ситуация отчасти объясняет существование

столь большого количества различных контрольно-надзорных инстанций не только в здравоохранении, но и в стране в целом.

Но публикация даже такой «официальной» информации о материнской и младенческой смертности в конкретных медицинских учреждениях несет в себе определенный политический подтекст для региональных руководителей, ведь, прежде всего, это — реальная оценка эффективности их работы. Не секрет, что в период, когда сектору здравоохранения государством уделяется огромное внимание, региональные чиновники стремятся показать только позитивные стороны своей работы, не информируя о существующих проблемах. Так, в течение всего 2008 года Росздравнадзор так и не получил от Департамента здравоохранения Москвы информацию о результатах работы роддомов Москвы в 2007 году. Московские городские чиновники следуют принципу: «о столичных учреждениях или хорошо, или полная тишина». Соответственно, наиболее скандальные случаи смерти в роддомах чаще всего происходят именно в столице. Аналогичная ситуация имеет место и в некоторых других субъектах РФ.

2.1.2. СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ)

На сегодняшний день существуют родильные дома (отделения) как общего (физиологического) профиля, рассчитанные на беременных и рожениц с неосложненными беременностью и родами, так и специализированные, обслуживающие женщин с патологиями беременности или наличием сопутствующего заболевания. Так, в приказе Департамента здравоохранения правительства Москвы от 07.04.2004 г. № 171 говорится о том, что не только плановая, но и экстренная госпитализация должна производиться в профильные роддома. Если вам выдано направление в профильный роддом, но у вас нет возможности быстро до него добраться, а помощь вам необходима экстренная, вы должны настаивать на госпитализации

в ближайший роддом. В случае отказа от госпитализации в ближайший роддом действия сотрудников женской консультации, «Скорой помощи» или родильного дома могут быть рассмотрены как уголовное правонарушение по ст. 125 «Оставление в опасности» УК РФ.

Женщинам же, у которых беременность протекает без осложнений, несомненно, лучше ориентироваться на физиологический родильный дом.

2.1.3. ОСНАЩЕННОСТЬ РОДДОМА ОБОРУДОВАНИЕМ, ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Важно знать:

- есть ли в роддоме реанимационное детское отделение и реанимационное отделение для взрослых. Оба бывают крайне редко, поэтому выбор за вами;
- есть ли оборудование для наблюдения за жизнедеятельностью плода и проводятся ли соответствующие наблюдения (кардиомониторинг, доплерометрия, УЗИ-исследования);
- есть ли лаборатория;
- какие препараты применяются в родильном доме: устаревшие или современные.

2.1.4. КВАЛИФИКАЦИЯ МЕДПЕРСОНАЛА

В данном случае речь идет не столько о наличии у врачей ученых степеней, сколько о статистике осложнений у пациентов конкретного врача, его навыках и умениях. Так, акушер-гинеколог, благополучно принявший несколько сложных родов, несомненно, обладает высоким уровнем квалификации, так же как и анестезиолог-реаниматолог, успешно применяющий как общий, так и эпидуральный, и спинальный виды наркоза. Кстати говоря, многие беременные при выборе врача ориентируются только на врача

акушера-гинеколога, забывая о том, что квалификация анестезиолога-реаниматолога может стоить им жизни. Статистика результатов работы каждого конкретного врача у нас, к сожалению, не ведется, поэтому для выяснения квалификации выбранного вами врача вам придется ориентироваться на отзывы о нем уже родивших женщин, в частности и на отзывы, размещенные в Интернете.

Кроме того, можно узнать, сколько врачей родильного дома имеют сертификаты специалистов, обновленные за последние пять лет, чего требует закон. Вопрос не праздный, поскольку, по данным Росздравнадзора, 140 тысяч врачей из 630 тысяч не имеют таких сертификатов, что, строго говоря, лишает таких врачей права оказывать медицинскую помощь (ст. 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

2.1.5. УСЛОВИЯ РОДОВ И ПРЕБЫВАНИЯ В РОДДОМЕ

А. Отделение патологии

Наиболее важной для вас окажется возможность общения с родственниками.

Согласно ч. 1 ст. 27 Конституции РФ: «Каждый, кто законно находится на территории РФ, имеет право **свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства**».

Согласно ст. 18 Конституции РФ: «Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими».

Согласно ст. 1 Семейного кодекса РФ: «Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав».

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»: «3.9. Разрешается посещение родственниками беременных и родильниц. Порядок посещения устанавливается администрацией родильного дома (отделения)».

Режим посещения большинства ЛПУ формально (когда речь идет «о часах посещений») противоречит свободе передвижения граждан, а также праву членов семьи находиться рядом друг с другом или вообще быть рядом с людьми, которых любишь или которые важны.

В случае выявления таких обстоятельств следует указать на это главному врачу ЛПУ, написав соответствующее заявление, а в случае отсутствия ожидаемой реакции — обжаловать правила внутреннего распорядка в суде или в прокуратуре.

На практике сегодня каждый роддом устанавливает свои правила посещения.

Б. Родовое отделение

План родов

Такая форма, к сожалению, существует далеко не во всех родильных домах. Однако предварительное составление плана ведения родов с обязательным участием в его обсуждении самой женщины позволяет предотвратить возможные осложнения в родах и после них, поскольку предполагает детальное изучение анамнеза, в том числе дает возможность учесть реакцию женщины на различные лекарственные препараты. Кроме того, и это немаловажно, если женщина заранее готовится к определенному ведению родов в тесном контакте с врачом, она психологически окажется подготовлена к тому, что будет происходить во время самих родов.

Важно это и в отношении срока родов — как естественных, так и запланированных путем родовозбуждения или операции «кесарева сечения». Если же беременную будят

в семь часов утра со словами «пора рожать», то, конечно, ни о какой психологической подготовленности и, соответственно, подготовленности организма говорить не приходится.

Возможность присутствия на родах мужа

В настоящее время на опыте развитых стран доказано, что присутствие мужа (или других родственников) на родах оказывает положительное влияние на психологическое состояние роженицы, а значит, и на течение родов. По данным Всемирной организации здравоохранения, *частота осложнений в родах у женщин, которые рожали в присутствии родственников, ниже, нежели у рожавших без такой поддержки.* Кроме того, между отцом и ребенком в первые минуты жизни малыша возникает особая связь, не менее важная для семейной жизни, нежели связь с матерью.

Существует и иная точка зрения: присутствие мужа на родах приводит к переоценке им женской привлекательности собственной жены, поскольку сама ситуация является для него стрессовой. Чтобы этого избежать, муж может находиться у изголовья жены (за ширмой), а не наблюдать непосредственно за родовым актом. При этом он будет выполнять две основные функции: моральной поддержки жены и контроля за происходящим, поскольку бывают ситуации, когда роженице нужна реальная помощь. Кстати, это поможет избежать и обмороков мужей, которых так опасаются врачи, не пускающие их в родзал.

Необходимо понимать, что женщина остается одна в стрессовой для нее ситуации, врач далеко не всегда может ей помочь. Так, роженица может долго лежать в родблоке со схватками, акушерка в это время будет пить чай, но, не имея при себе мобильного телефона, женщина не сможет ни к кому обратиться. Такие ситуации чреваты самыми серьезными осложнениями, нами зафиксированы даже разрывы матки и случаи внутриутробной гибели плода. Если же речь идет о принятии важного решения, например о выборе метода родовспоможения, то женщина перед родами практически

не способна принимать адекватные решения, особенно если она к ним не подготовлена, и вынуждена ориентироваться исключительно на мнение врачей.

Поэтому следует иметь в виду две главные функции родных роженицы — мужа или мамы — функции помощника и свидетеля.

В присутствии мужа акушерка вряд ли рискнет кричать на рожаящую женщину. Особенно же важно их присутствие тогда, когда роженица находится под наркозом.

Ситуация, которая сложилась с доступом родственников в роддома как до, так и во время родов, и после них, демонстрирует тюремный режим системы здравоохранения России.

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» вопрос о присутствии мужа на родах решается дежурным врачом, а не беременной женщиной и ее мужем: «3.10. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии условий (индивидуальные родильные залы), отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания (ОРЗ и др.), с разрешения дежурного врача с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде, халате, бахилах, маске (в родзале)». На сегодняшний день во многих роддомах присутствие мужа на родах рассматривается не как право супругов, а как дополнительная платная услуга. Получается, что муж, который оплачивает свое присутствие на родах, куда менее опасен с точки зрения санитарно-эпидемиологических норм, чем тот, который хотел бы присутствовать на родах бесплатно.

Между тем согласно ст. 31 Семейного кодекса РФ:

«1. Каждый из супругов свободен в выборе рода занятий, профессии, мест пребывания и жительства.

2. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно, исходя из принципа равенства супругов.

3. Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей».

Из этой нормы следует, что препятствие доступа одного супруга к другому будет нарушением их равенства в решении различных семейных вопросов, что, кстати, относится к основополагающему праву — праву частной жизни, личной и семейной тайны, которое объявлено ч. 1 ст. 23 Конституции РФ неприкосновенными.

Согласно п. 12, 13 ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее — Основы) пациент имеет право на допуск к нему адвоката или **законного представителя для защиты его прав**, а также священнослужителя. **Законными представителями по действующему законодательству являются:**

- а) **родители** (усыновители);
- б) опекуны, назначенные для представительства детей, не достигших 14 лет, а также недееспособных граждан, признанных таковыми судом;
- в) попечители, назначенные для представительства детей в возрасте от 14 до 18 лет, а также лиц, ограниченных судом в дееспособности, в случаях когда данные лица не могут самостоятельно осуществлять какие-либо действия.

В соответствии со ст. 64 Семейного кодекса РФ **«Родители являются законными представителями своих детей** и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, **без специальных полномочий**». Осуществлять права и обязанности отец, а не только мать ребенка могут с момента его рождения, а это значит, что он вправе присутствовать уже на родах своего ребенка. Права человека и гражданина приобретаются ребенком в момент рождения, и, стало быть, родительские права и обязанности возникают в тот же момент.

Для семейных пар, брак которых зарегистрирован или расторгнут менее 300 дней назад, действует положение, со-

гласно которому отец ребенка без специальных подтверждений может настаивать на реализации своих прав. В соответствии с ч. 1, 2 ст. 17 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» отец и мать, состоящие в браке между собой, **записываются родителями в записи акта о рождении ребенка по заявлению любого из них.**

Если же брак не зарегистрирован, осуществление отцовских прав в родильном доме будет затруднительным, поскольку отцовство должно быть официально установлено.



Отец ребенка, так же как и мать, имеет право на доступ в медучреждение к своему ребенку без всякой доверенности, лишь на основании подтверждения женщиной, что он — отец.

Прикладывание ребенка к груди матери сразу после родов

Такой первый контакт на сегодняшний день многими специалистами считается очень важным как для налаживания психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, так и для усиления иммунной системы новорожденного.

Платные или бесплатные роды

Напомним, что в соответствии со ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь **в государственных и муниципальных учреждениях оказывается гражданам бесплатно**, поэтому говорить о платных родах в этих учреждениях вообще некорректно, и такая практика противозаконна.

Официально платно вам могут оказывать только сервисные услуги. В реальности же в России сейчас практически нет бесплатных родов: женщина платит либо коммерческой организации, либо лично врачу. Причем медицинские коммерческие организации заключают договоры на роды I и II категории, страховые организации также заключают догово-

ры на роды, что, по существу, нарушает сам принцип страхования.

С правовой точки зрения оплата никак не изменяет ответственности врача: как при платных, так и при бесплатных родах он должен выполнять свои обязанности и квалификационные требования. Поэтому, если вы собираетесь оплачивать роды через коммерческую организацию или страховую компанию, вам стоит позаботиться о том, чтобы заключаемый договор содержал интересующие вас требования. Если же вы решили платить лично врачу без оформления сделки, помните, что хороший врач никогда не возьмет денег до родов.

В. Послеродовое отделение

Количество койко-мест

в палате послеродового отделения

К сожалению, даже в очень хороших роддомах есть палаты, рассчитанные на 4—6 и более родильниц. В таких условиях ваш ребенок будет кричать вслед за остальными, а условия для отдыха и соблюдения санитарно-гигиенических норм весьма сомнительны. Но стоит учесть, что одноместные палаты тоже имеют свои недостатки: если женщине становится плохо, то позвать на помощь она может только при наличии кнопки вызова медсестры, которая, как известно, ночью тоже хочет спать...

Оптимальным вариантом является 2—3-местная палата.

Совместное пребывание матери и ребенка после родов

Раздельное пребывание матери и ребенка, введенное в советские времена, было обусловлено опасением внесения извне инфекции в роддом, на это до сих пор ссылаются многие врачи. Однако в последнее время все большее значение приобретают не инфекции, привнесенные в медучреждение, а устойчивые к антибиотикам госпитальные штаммы, формирующиеся в самом медучреждении. Поэтому разделение матери и дитя ничем не обосновано.

Проблема борьбы с ВБИ (внутрибольничной инфекцией) заключается в том, что новые штаммы¹ появляются быстрее, чем фармакологи успевают разработать антибиотик, на них действующий, а также в том, что проводимая на данный момент санитарная обработка не гарантирует уничтожения инфекционных возбудителей.

Всех потряс случай ВБИ в родильном доме г. Красногубинска, где из-за нарушения санитарно-эпидемиологических норм в 2003 году от госпитальной инфекции погибли шесть новорожденных. Гнойно-септические инфекции занимают первое место среди зарегистрированных случаев внутрибольничных инфекций и составляют около 45% от их общего числа. Официальной регистрации подлежат гнойно-септические осложнения, возникающие у новорожденных и родильниц, такие, как бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит и перитонит новорожденных, сепсис и эндометрит у рожениц. Начиная с 1997 года в соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» в медицинских учреждениях не только усиливаются меры санитарно-эпидемиологического контроля, но и введен принципиально новый для России режим пребывания в родильном доме и выписки из него: ***для предотвращения риска заражения ВБИ рекомендовано совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди со свободным вскармливанием, ранняя (на 2–4-й день) выписка из стационара.***

По мнению ряда специалистов, организм ребенка адаптирован к имеющимся у матери инфекционным возбудителям. Когда же новорожденный попадает домой, то к имеющимся там возбудителям у него вырабатывается специфический иммунитет, схожий с материнским. Кроме того, негоспитальная инфекция легче поддается антибактериальному

¹ Штамм — чистая культура микроорганизма, обладающая специфическими свойствами, отличающими ее от других представителей того же вида.

лечению, госпитальные же штаммы (ВБИ) постоянно видоизменяются, приспосабливаясь ко все более новым поколениям антибиотиков, применяемых в стационаре. Борьба между фармацевтами и штаммами госпитальной инфекции идет на опережение. Так что чем раньше и больше ребенок общается с родителями, тем быстрее у него вырабатывается соответствующий иммунитет к имеющимся у них инфекционным возбудителям, чем меньше времени мать и ребенок проводят в родильном доме (отделении), тем меньше вероятность их заражения внутрибольничными инфекциями.

При совместном пребывании с новорожденным мать видит все, что происходит с ее ребенком, может самостоятельно выбирать режим кормления, и, конечно же, для нее и ее малыша первые часы и дни, проведенные вместе, будут бесценными.

2.1.6. СОБЛЮДЕНИЕ НОРМ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ

Важно знать

- *Не применяются ли в родильном доме неразрешенные препараты?*

Согласно ст. 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и Федеральному закону «О лекарственных средствах» в России используются только разрешенные к применению методы диагностики и лечения, лекарственные средства.

К сожалению, в некоторых родильных домах России в последнее время с целью родовозбуждения используют препарат «Сайтотек», который сейчас разрешен к применению только в области гастроэнтерологии для лечения язвенной болезни. Поскольку препарат не прошел соответствующих клинических испытаний в области акушерства-гинекологии, его безопасность и эффективность для родовспоможения не доказаны, применение является противозаконным и опасным для жизни и здоровья матери и ребенка.

Новорожденным в роддомах повсеместно применяют антибактериальный препарат «Цефазолин», не разрешенный к применению детям до 1 месяца, поскольку его безопасность и эффективность для этой возрастной группы также не доказаны.

Данные препараты используют в силу их дешевизны. Поэтому, если вы остановились на родильном доме, где применяют такие препараты, оговорите заранее, какие лекарственные средства, разрешенные к применению, вам необходимо приобрести самостоятельно.

- Соблюдаются ли иные нормы законодательства?

Информируют ли женщину о том, какие диагностические и лечебные мероприятия (в частности, какие лекарственные препараты) собираются применить ей и ее ребенку? Часто в родильном доме женщина сталкивается с ситуацией, когда ей или ребенку применяют лекарственные средства или делают манипуляции без разъяснения того, что и для чего делается.

Следует заметить, что вопрос пациентки: «Что вы мне колете?» — порой может спасти ей жизнь, поскольку иногда медсестры путают флаконы с лекарствами и вместо назначенного врачом препарата могут ввести что-то иное.

При этом во многих родильных домах сегодня используют письменную форму согласия женщины на все возможные беды (вплоть до смертельного исхода), которые могут произойти в результате медицинского вмешательства. Многие женщины, подписавшие такую форму и пострадавшие от некачественно оказанной им медицинской помощи, считают, что уже не вправе отстаивать свои интересы. Это не так. Даже письменная форма согласия на медицинское вмешательство без полноценной, научно обоснованной, изложенной доступным языком информированности пациента не имеет юридической силы.

К сожалению, в нарушение ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» отношение медперсонала к пациенткам порой сложно назвать «уважительным и гуманным».

Женщине во время родовых схваток не всегда облегчают боль, хотя это также предусмотрено законом.

- *Предоставляется ли женщине право выбора альтернативных методов лечения?*

Согласно ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ. При этом возможные методы медицинского вмешательства указаны в отраслевых стандартах, которые являются стандартами объемов обследования и лечения при установленном диагнозе. В соответствии со стандартами на оказание медицинской помощи врач не вправе осуществить комплекс диагностических и лечебных процедур объемом менее установленного стандарта. ***Но выбор метода медицинского вмешательства не является прерогативой врача, он может лишь рекомендовать возможные варианты.***

Согласно ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, ***возможных вариантах медицинского вмешательства***, их последствиях и результатах проведенного лечения. А в соответствии со ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Таким образом, ***согласие на медицинское вмешательство пациент может дать, лишь согласившись на один из возможных предложенных ему вариантов лечения и только после надлежащего информирования.***

Выбор врачом метода медицинского вмешательства без информирования гражданина и (или) его добровольного со-

гласия можно рассматривать в соответствии со ст. 980 ГК РФ как действие в чужом интересе без поручения. Такие действия должны совершаться исходя из очевидной выгоды или пользы для лица, в отношении которого они совершаются, и с необходимой по обстоятельствам дела заботливостью и осмотрительностью. В этом случае лицо, действующее в чужом интересе без поручения и без согласия заинтересованного лица, принимает на себя ответственность за последствия совершенного действия, поскольку действовало вопреки волеизъявлению заинтересованного лица, в данном случае пациента.

Статья 981 ГК РФ предусматривает, что лицо, действующее в чужом интересе, обязано при первой возможности сообщить о своих действиях заинтересованному лицу и выждать в течение разумного срока его решения об одобрении или неодобрении предпринятых действий.

Проведение медицинского вмешательства и, соответственно, выбор метода медицинского вмешательства без информированного добровольного согласия гражданина в соответствии со ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» возможно только в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. Вопрос о проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает его законный представитель, при его отсутствии — консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Добавим:

Пациентка К.

У пациентки К. имелся крупный плод в тазовом предлежании. Несмотря на это врачи не предложили ей выбора между операцией «кесарева сечения» и родоразрешением через естественные родовые пути. Они самостоятельно

приняли решение о родовспоможении по методу Цовьянова — ручном пособии по извлечению плода из матки, — нарушив тем самым ее право на выбор метода родовспоможения. Ребенок после такой помощи врачей стал инвалидом с серьезным поражением ЦНС¹.

Мы не призываем, чтобы женщина самостоятельно, ориентируясь на свою интуицию и некоторые знания в акушерстве, принимала решение о методе медицинского вмешательства. Однако мнение женщины необходимо учитывать не только потому, что это требование закона. **В российском акушерстве бытует позиция, что в родах всегда надо спасать женщину, а потому врачи при родовспоможении не акцентируют своих усилий на спасении ребенка — не это является для них главной целью.** На это указывают российские показатели смертности и осложнений у новорожденных, превышающие таковые в развитых странах в несколько раз. Женщина вполне осознанно может выбрать тот метод медицинского вмешательства, при котором риск для нее будет значительно выше, чем для ребенка. И она имеет на это право!



2.2. КАКИЕ ОПАСНОСТИ ВАС МОГУТ ОЖИДАТЬ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

2.2.1. ПОСТУПЛЕНИЕ В РОДИЛЬНЫЙ ДОМ. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ

Вы должны быть заранее готовы к поступлению в родильный дом, а именно:

- при приближающемся сроке родов носить с собой необходимые документы: паспорт, обменную карту, родовой сертификат, полис ОМС, имеющиеся на руках данные обследований;
- ориентироваться в данных последних исследований и врачебного осмотра — знать размеры вашего таза

¹ Центральная нервная система.

и предполагаемую массу плода, предлежание плода и другие особенности. Все это будет иметь значение при выборе метода родоразрешения;

- психологически подготовиться к процессу родов и, несомненно, настроить себя на позитивный их исход!

В приемно-смотровом блоке родильного дома оценивают общее состояние поступающей женщины, производят измерение температуры ее тела, осмотр кожных покровов (с использованием лампы-рефлектора), зева, сосчитывают пульс, измеряют артериальное давление на обеих руках. Врач или акушерка знакомятся с обменной картой женщины, оформляют медицинскую документацию. После этого решается вопрос о госпитализации в соответствующее отделение родильного дома.

Большинство женщин приезжают в родильный дом уже с признаками родовой деятельности. Если при необходимости госпитализации вы оказались далеко от того родильного дома, к которому прикреплены, или с врачами которого вы заранее договорились, то должны знать, что вас обязаны принять в ближайшем родильном доме или больнице, имеющей родовое отделение. В соответствии с Приложением № 1 к приказу Минздрава СССР от 09.01.1986 г. № 55 «Об организации работы родильных домов (отделений)»: «Первая и неотложная медицинская помощь беременным женщинам, обратившимся в родильный дом (отделение), оказывается вне зависимости от места их жительства и ведомственной подчиненности учреждения здравоохранения. Направление в родильный дом (отделение) для оказания неотложной помощи осуществляется станцией (отделением) скорой и неотложной помощи, врачом акушером-гинекологом, врачами других специальностей, а также средними медицинскими работниками (акушеркой, фельдшером, медицинской сестрой). Женщина может самостоятельно обратиться в родильный дом (отделение)».

В противном случае действия врачей могут быть квалифицированы по ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи боль-

ному», если это повлекло причинение вреда здоровью человека, или по ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности» по факту заведомого оставления без помощи лица, находящегося в опасном для его жизни или здоровья состоянии.

Поводом для отказа в госпитализации не могут служить отсутствие у пациентки паспорта, обменной карты, родового сертификата, полиса ОМС или других документов, хотя следует понимать, что ношение с собой обменной карты (после ее получения) и паспорта — в ваших интересах, поскольку качество и своевременность медицинской помощи, которая будет вам оказана, зависят, в частности, от наличия у врачей необходимой информации.

Пациентка К.

На 36-й неделе беременности с признаками родовой деятельности вызвала «Скорую помощь», которая отказалась ее госпитализировать на основании отсутствия у пациентки документов. Пациентка с помощью своей 14-летней дочери села в карету «Скорой помощи», где родила ребенка исключительно с помощью своей дочери — врачи отказались оказать ей необходимую помощь.

Отказы в госпитализации бывают и в родильных домах (отделениях), к которым прикреплена беременная.

Пациентка Н.

Приехала в родильный дом с сильными схватками, однако принявший ее врач посчитала, что пациентка приехала преждевременно, и написала письменный отказ в госпитализации. Через 3 часа пациентка снова приехала в родильный дом, поскольку схватки только усиливались. В итоге операция «кесарева сечения» была сделана женщине с опозданием, хотя операцию нужно было делать еще во время

первого приезда пациентки в роддом, потому что у нее имела место дискоординация родовой деятельности (наличие схваток при отсутствии открытия или незначительном открытии шейки матки), которая не была своевременно диагностирована. Врачу был вынесен приговор по ст. 125 УК РФ.

Что нужно делать, если вам отказывают в госпитализации

- а) попросите врача, который отказывает в госпитализации, представиться — назвать свои Ф.И.О.; если отказывает «Скорая помощь», запишите также номер наряда и номер автомобиля;
- б) попросите письменный отказ в госпитализации;
- в) напомним о ст. 124, 125 УК РФ.

Конечно, если такие взаимоотношения с врачом возникают с самого начала, ничего хорошего в этом нет. Поэтому, если у вас нет другого выхода и вы вынуждены разговаривать с врачом на языке права, постарайтесь контролировать оказание вам медицинской помощи, и, если вы не оформили заблаговременно доверенность на мужа или иное лицо, то, по крайней мере, информируйте своих близких о происходящем как можно чаще.

Ситуацией риска при поступлении в родильный дом является также наступление выходных или, хуже того, праздничных дней. В это время в роддоме присутствует только дежурная бригада врачей, в связи с этим назначений, которые обычно производят при участии заведующего отделением или главврача, чаще всего не делают. Конечно, родовую деятельность остановить нельзя, в такой ситуации необходимо быть особенно внимательной к происходящему.

Предвестники родов

Как это происходит? По ряду проявлений можно определить, что женщина готова к родам:

- центр тяжести тела перемещается вперед;

- живот опускается, поскольку малыш перемещается ниже, занимая предродовое положение; за счет этого женщине становится легче дышать;
- выпячивается пупок;
- за 2—3 дня до родов может снижаться масса тела — на 1—2 кг;
- двигательная активность плода снижается;
- в области крестца появляются боли;
- примерно за 1—2 дня до родов из половых путей выделяется слизистая пробка (густая слизь) иногда с примесью крови;
- на фоне слабых сокращений матки (тянущие, затем схваткообразные ощущения), которые начинаются примерно за неделю до родов, «созревает» шейка матки; влагищная ее часть укорачивается до 1,5—2 см;
- за счет давления на мочевоу пузырь позывы к мочеиспусканию становятся чаще;
- началом родовой деятельности считается появление регулярных схваток¹: сначала слабых, повторяющихся через 15—20 минут, затем более частых и сильных, повторяющихся через 3—4 минуты. Между схватками матка расслабляется.

Многие исследователи к предвестникам родов относят также изменение психологического состояния беременной: у женщины наблюдается подъем энергии, направленный на создание «гнезда» для своего будущего потомства, что выражается в походах по магазинам, подготовке в доме места для малыша, общей уборке и т.п.

2.2.2. РОДЫ

В предродовой палате должно быть установлено тщательное наблюдение за роженицей. Врач должен следить за ее общим состоянием, частотой и продолжительностью схваток,

¹ Схватки — это сокращения мышц матки, способствующие выталкиванию ребенка и плаценты.

регулярно (каждые 5—20 минут) выслушивать сердцебиения плода, также регулярно (каждые 2 часа) измерять АД. Следует понимать, что так должно быть. В реальности же вы столкнетесь с тем, что акушерка и врач надолго будут оставлять вас в одиночестве. Вы должны быть заранее к этому готовы. В случае необходимости не стесняйтесь звать на помощь и сообщать мужу или близким о происходящем.

Отправляясь в родильный дом, вы, конечно, уверены, что роды у вас будет принимать врач. Однако в нарушение действующего законодательства в российских роддомах роды при неосложненной беременности зачастую принимает акушерка, не имеющая высшего образования. Врач же контролирует процесс и подключается только при возникновении сложных ситуаций, а также принимает роды при осложненной беременности и, естественно, в случаях вашей личной с ним договоренности. Но способна ли акушерка оценить, осложнились у вас роды после осмотра врача или нет?

В соответствии со ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается *специализированной* медицинской помощью. В ст. 40 этого же Закона сказано, что специализированная медицинская помощь оказывается *врачами-специалистами* в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Таким образом, медицинская помощь женщине в период беременности, во время и после родов должна быть оказана врачом-специалистом, а не работником со средним медицинским образованием. Это подтверждается также раскрытием понятия «лечащий врач» в ст. 58 указанного Закона: «Лечащий врач — это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении».

Так чем же отличается медсестра-акушерка, не обладающая специальными познаниями и умениями, от повитухи? Только тем, что роды она принимает в медицинском учреж-

дении и где-то поблизости находится врач. Надо отдать должное акушеркам: вся работа, как и большая доля ответственности — от принятия родов до первого туалета ребенка, — лежит на них. В чем же тогда функция врача? В составлении плана ведения родов, контроле за ситуацией и написании карты (со слов, опять же, акушерки, ведь сам-то он роды не принимал). В связи с чем сложилась такая ситуация в акушерских стационарах, сказать сложно, да это и не должно интересовать пациенток, которые вполне законно рассчитывают на получение высококвалифицированной медицинской помощи в родах.

Основная функция акушерки не должна выходить за рамки выполнения предписаний врача. Причем в список таких предписаний не могут входить должностные обязанности врача-специалиста, такие, как диагностика заболеваний и (или) принятие родов как вид медицинского вмешательства.

Основные жалобы на ведение родов — неоказание или запоздалое оказание медицинской помощи — напрямую связаны с описанной проблемой. Поскольку даже если рядом с роженицей находится акушерка, этого может оказаться недостаточно: ведь при отсутствии специальных познаний она не может правильно установить диагноз или квалифицировать осложнение, врачи же в большинстве случаев оказываются недоступны. Помните, в соответствии с законом вы вправе требовать оказания квалифицированной врачебной помощи!

Периоды родов

Роды принято делить на три периода.

1. Начальный период — раскрытие шейки матки.
2. Изгнание плода — рождение ребенка.
3. Последовый период — выделение последа.

Нормальные физиологические роды протекают в среднем 12—16 часов у первородящих и 8—10 часов — у повторнородящих. Излитие околоплодных вод должно происходить

на фоне полного раскрытия шейки матки. Если воды изливаются до начала родовой деятельности — это расценивают как *преждевременное* излитие околоплодных вод; если они изливаются после начала родовой деятельности, но до полного раскрытия шейки матки происходит раннее излитие околоплодных вод; излитие вод после полного раскрытия шейки матки — оценивают как *запоздалое*. Преждевременное излитие околоплодных вод чревато проникновением к ребенку инфекции, поскольку плодный пузырь разрывается, и фильтр между внешним миром и ребенком — околоплодные воды — исчезает. Поэтому при первых признаках излития или подтекания околоплодных вод, которое очень многие беременные путают с мочеиспусканием, следует вызывать «Скорую помощь» или самостоятельно направиться в родильный дом.

Первый период родов начинается регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием шейки матки. У первородящих он составляет около 10 часов, у повторнородящих — около 8 часов. Схватки, сначала слабые и непродолжительные, повторяются через 15—20 минут, затем их сила и частота нарастают.

Во втором периоде родов, собственно, и происходит рождение ребенка. У первородящих он длится обычно 1—2 часа, у повторнородящих от 5 минут до часа. После излития околоплодных вод схватки на некоторое время ослабевают, затем усиливаются, приобретая потужной характер. Позывы на потуги проявляются каждые 2—5 минут.

В третьем периоде родов происходит выделение последа, длится он от 5 до 30 минут и сопровождается кровотечением, при этом в норме может излиться до 500 мл крови (0,5% от массы тела). Наблюдаются последовые схватки.

Нарушения родовой деятельности

1. В норме за несколько дней до родов происходят подготовительные сокращения матки, на фоне которых изменяется (созревает) шейка матки. Если же сокращения матки болезненны, а родовая деятельность через 5—7 дней не на-

чинается, то это указывает на *патологическое течение подготовительного периода*, частым осложнением чего является преждевременное излитие околоплодных вод.

2. *Слабость родовой деятельности* характеризуется неэффективными — недостаточной силы, продолжительности и периодичности — схватками. Различают *первичную слабость*, при которой схватки с самого начала родовой деятельности неэффективны, и *вторичную слабость*, характеризующуюся нормальным началом родовой деятельности, которая впоследствии ослабевает. Данное нарушение опасно развитием гипоксии плода, в связи с чем стимуляцию родовой деятельности необходимо назначать осторожно, только на фоне кардиомониторного контроля состояния плода.

3. *Бурная родовая деятельность* отличается очень частыми и сильными схватками и потугами. Роды могут пройти за 1—3 часа даже у первородящих. Такие роды опасны для матери разрывами, преждевременной отслойкой плаценты, а для ребенка — гипоксией и травматизацией в родах. Лечение должно быть направлено на пролонгацию родов.

4. *Дискоординация родовой деятельности*. На фоне частых неравномерных болезненных схваток (6—7 за 10 минут), в паузе между которыми не наступает расслабления матки, раскрытие шейки матки происходит очень медленно. Эта аномалия очень опасна разрывом матки, возникновением у роженицы кровотечения, а также гипоксией плода, в связи с чем необходима своевременная диагностика. Во избежание осложнений при выявлении у роженицы дискоординации родовой деятельности в большинстве случаев ей проводят «кесарево сечение».

5. *Преждевременная отслойка плаценты*. Отслойка плаценты возможна как до рождения плода, т.е. во время беременности, так и в первом или втором периодах родов. Ее проявления — кровотечение, боль в животе, болезненность матки. Для плода отслойка плаценты опасна развитием гипоксии. Для полноценной диагностики необходимо проведение УЗ-исследования. В зависимости от состояния матери

и ребенка решается вопрос о проведении либо медикаментозного лечения, либо операции «кесарева сечения» (обязательной в случае угрозы жизни матери или ребенка).

6. **Задержка отделения плаценты** в третьем периоде родов характеризуется отсутствием ее отделения и обильным кровотечением, превышающим 0,5% от массы тела роженицы. Эта патология бывает обусловлена гипотонией¹ матки, прикреплением или приращением плаценты, аномалией строения плаценты. Лечение начинают проводить через 15 минут после рождения ребенка. В случае отсутствия эффекта, но не ранее чем через 20—30 минут после родов производят ручное отделение плаценты. *Ручное отделение противопоказано при приращении плаценты*, в этом случае производят удаление матки.

Смотрите также раздел «Причины материнской и младенческой смертности».

2.2.3. ПЕРВЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО

Сразу после рождения ребенка производят оценку его состояния по шкале Апгар (первую суммарную оценку выставляют на первой минуте жизни, вторую — на 5-й). Данная оценка служит для выявления в первую очередь асфиксии. Но, как видно из табл. 1, шкала Апгар помогает определить и общее состояние ребенка.

Таблица 1

Шкала Апгар

Признак	Баллы		
	0	1	2
Цвет кожи	Цианотичная или бледная	Туловище розовое, конечности цианотичные	Розовая на туловище и конечностях

¹ Нарушение сократительной способности матки.

Окончание табл. 1

Признак	Баллы		
	0	1	2
Сердцебиение	Отсутствует	Брадикардия (менее 100 уд./мин)	Более 100 уд./мин
Дыхание	Отсутствует	Редкое, неритмичное	Хорошее, ритмичное, крик
Мышечный тонус	Атония	Слабое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на санацию рото- и носоглотки)	Реакции нет	Гримаса	Кашель и/или чиханье

У здоровых детей оценка составляет обычно 8—10 баллов, хотя иногда такую оценку ставят и не совсем здоровым детям, не имеющим, однако, асфиксии при рождении. Среднюю степень асфиксии констатируют в случае, если на первой минуте суммарный балл составляет 4—6, а на 5-й минуте приближается к норме. Тяжелую степень асфиксии определяют в том случае, если на первой минуте сумма баллов составляет всего 0—3 балла или суммарная оценка на 1-й и 5-й минутах меньше 7 баллов.

При осмотре измеряют массу ребенка, длину его туловища (рост), окружность головы и грудной клетки. Масса тела обычно находится в пределах от 3000 до 3900 граммов, рост от 48 до 53 см, окружность головы от 34 до 37 см, что обычно на 1—2 см больше окружности грудной клетки.

Массой при рождении считается результат первого взвешивания плода или новорожденного, зарегистрированный после рождения. Эта масса должна быть установлена предпо-

чительно в течение первого часа жизни до того, как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Измерение длины новорожденного (плода) должно обязательно производиться при вытянутом его положении на горизонтальном ростомере.

Новорожденные (плоды), родившиеся с массой тела до 2500 г, считаются детьми (плодами) с низкой массой тела, до 1500 г — с очень низкой, до 1000 г — с экстремально низкой. Как уже было сказано, все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 граммов, также подлежат регистрации в органах ЗАГС в тех случаях, если они прожили более 168 часов (7 суток) после рождения. Поэтому сегодня при рождении ребенка с массой тела свыше 500 граммов¹ предпринимаются все меры для его выхаживания, т.е. стараются выходить всех новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Более полный **осмотр новорожденного** производят после проведения первого туалета.

Выражение лица: для здоровых детей характерно спокойное выражение лица, живая мимика, недовольное же, болезненное выражение лица может указывать на наличие заболевания.

Крик ребенка оценивают по силе, длительности, высоте: насторожить должен слабый или очень высокий крик. Длительность крика у здоровых новорожденных связана с раздражающим фактором (голод, боль и т.п.), крик прекращается после устранения раздражителя, чего не происходит с детьми, имеющими какие-то отклонения.

Важно определение *двигательной активности:* ее ослабление, так же как и повышение (гипервозбудимость), в особенности наличие таких симптомов, как тремор, судороги,

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 318 и постановление Государственного комитета Российской Федерации по статистике от 04.12.1992 г. № 190 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения».

спонтанные вздрагивания, должны насторожить врача и могут указывать как на поражения центральной нервной системы, так и на некоторые соматические заболевания, в связи с чем требуется дополнительный осмотр ребенка невропатологом и другими специалистами. Также при осмотре оценивают мышечный тонус, позу, пропорции тела, вид кожных покровов и даже запах новорожденного — факторы, важные для выявления различных заболеваний.

Далее производят осмотр по системам организма: осмотр и пальпацию живота, прослушивание легких и др. Голову осматривают особенно детально, стараясь выявить возможные повреждения в родах, повреждения ЦНС, наличие наследственных заболеваний и др. Нормы развития плода и новорожденного представлены в Приложении 2.

Мама должна самостоятельно наблюдать за своим ребенком и оценивать его состояние, а также сравнивать его поведение с поведением других малышей, особенно если у нее это первый ребенок. Особое внимание стоит уделить активности малыша, цвету кожных покровов. Если роды были тяжелыми, осмотрите ребенка на предмет наличия у него гематом на голове и туловище — они могут указывать на родовую травму, и малышу может понадобиться квалифицированная помощь. К сожалению, врачи иногда просто не записывают такой диагноз, как родовая травма, понимая, что он может указывать на неправильное ведение родов.

Здоровым новорожденным условно считается доношенный ребенок, имеющий высокие показатели по шкале Апгар и не имеющий признаков каких-либо заболеваний или отклонений в развитии и строении тела.

Конечно, все родители хотят видеть своих малышей здоровыми. Но если ребенок родился недоношенным или с какими-то патологиями, ему зачастую требуется специализированная медицинская помощь.

Недоношенным условно считается ребенок, рожденный до истечения 37-й недели беременности, имеющий массу тела менее 2500 г и длину тела менее 45 см. «Условно» потому,

что при определении недоношенности учитывают также признаки зрелости новорожденного: иногда малыш с массой тела меньше 2500 г не будет иметь признаков незрелости, иногда — наоборот.

Для выхаживания недоношенных детей в России созданы специализированные центры или отделения в некоторых родильных домах, куда и должен быть направлен такой малыш вместе с мамой, причем в максимально короткие сроки.

Для лечения врожденных патологий или приобретенных заболеваний мать вместе с ребенком должна быть госпитализирована в соответствующий стационар, если у родильного дома нет необходимого отделения.

Отметим, что это право новорожденных определено ст. 24 Конвенции ООН о правах ребенка: «1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья». Администрация родильного дома (отделения), таким образом, должна предпринимать меры для реализации этого права.

2.2.4. ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

В письме Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 02.10.2007 г. № 0100/9938-07-32 «О заболеваемости ВБИ в РФ» указано, что наибольшее количество (34,1%) случаев внутрибольничной инфекцией в 2006 году было зарегистрировано в учреждениях родовспоможения. В частности, в них было зарегистрировано 9149 случаев ВБИ, показатель заболеваемости составил 3,14 на 1000 пациентов против 3,2 в 2005 году. На долю гнойно-септических инфекций (ГСИ) пришлось 8439 случая (92,2%).

Всего в 2006 году было зарегистрировано 4905 случаев внутрибольничных ГСИ новорожденных, в том числе 30 — с летальным исходом. Показатель заболеваемости составил 3,4 на 1000 новорожденных (в 2005 г. — 3,2).

С 2006 года в России введена регистрация внутриутробных инфекций (ВУИ). Всего среди новорожденных было зарегистрировано 19 904 случая ВУИ, в том числе 326 случаев смерти новорожденных по причине ВУИ.

Соотношение ВБИ и ВУИ среди новорожденных в среднем по России составило 1:4. Вместе с тем в ряде территорий этот показатель был значительно выше: в Краснодарском крае — 1:77, Псковской области — 1:24, Новосибирской и Ярославской областях — 1:14, Чувашской Республике — 1:13,7, Тамбовской и Белгородской областях — 1:13, Приморском крае — 1:12.

Приведенные данные свидетельствуют о сохраняющихся недостатках в диагностике ВБИ и ВУИ.

В структуре внутрибольничных ГСИ новорожденных, инфицированных в родильных домах, наибольший удельный вес приходится на конъюнктивиты — 46,7%, инфекции кожных покровов — 21,1%, омфалиты, флебиты пупочной вены — 13,8%. Во всех этих случаях, как правило, преобладает контактно-бытовой путь передачи инфекции (заражение происходит обычно при малоэффективной профилактике конъюнктивитов и нарушении обработки пупочной ранки).

Среди родильниц в 2006 году было зарегистрировано 2816 случаев внутрибольничных ГСИ, показатель заболеваемости составил 1,9 случая на 1000 родильниц (в 2005 г. — 2,2), в том числе 74 случая сепсиса, 1 — с летальным исходом.

По-прежнему практически не производилась регистрация случаев ГСИ среди родильниц в Ивановской, Ярославской, Астраханской областях, Республике Алтай, Еврейской автономной области.

Вместе с тем гнойно-септические заболевания у родильниц и достаточно большой удельный вес материнской смертности по причине септических осложнений остаются актуальной проблемой здравоохранения.

На основании приведенной статистики можно с сожалением констатировать, что множество случаев ВБИ просто не попало в официальную статистику как в силу того, что ослож-

нения зачастую списываются на внутриутробную инфекцию, так и в силу того, что данные о ВБИ просто не передаются в службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Учитывая серьезность проблемы, женщина должна учитывать фактор возможного заражения ВБИ как при выборе родильного дома, так и при нахождении в нем.

Что важно знать

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» для профилактики возникновения и распространения ВБИ в акушерском стационаре должны, в частности, производиться следующие мероприятия:

- «...Родильный дом (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе — при необходимости — для косметического ремонта.
- ...В родильном зале и операционных медицинский персонал должен работать в масках.
- ...С эпидемиологических позиций оправдан курс на раннюю выписку (на 2—4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины. ***Ранняя выписка из родильного дома способствует снижению заболеваемости ВБИ.***
- 3.6. Ранняя выписка (на 2—4-е сутки) после самопроизвольных родов женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (абортами, воспалительными заболеваниями женских половых органов и др.), родами крупным плодом, двойней, многоводием возможна после ультразвукового исследования матки.

Выписка после оперативного родоразрешения, в том числе «кесарева сечения», проводится по клиническим показаниям.

- 3.7. Необходимо осуществлять патронаж ребенка на дому в течение первых суток после выписки из стационара

участковым педиатром с последующим патронажем участковой медицинской сестрой.

- 3.8. Аналогично патронажу на дому новорожденных *врач акушер-гинеколог женской консультации (в зоне обслуживания ФАП — акушерка) осуществляет двукратный активный патронаж на дому родильниц* (на 2—3-е и 7-е сутки после выписки), а после оперативного родоразрешения — по показаниям. С этой целью из роддома в женскую консультацию передается телефонограмма, аналогичная телефонограмме, передаваемой в детскую поликлинику.
- **...Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и не менее одного раза в сутки — дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь после обработки помещения обеззараживают.**
- 4.1.2. После уборки или дезинфекции для обеззараживания воздуха применяют ультрафиолетовое облучение с последующим проветриванием помещения.
- ...При поступлении роженицы проводят медицинский осмотр и санитарную обработку, каждой роженице выдают индивидуальный стерильный комплект (рубашку, полотенце, подкладную пеленку, халат, мочалку), ей разрешается пользоваться собственными новыми тапочками и предметами личной гигиены.
Перед переводом в родильный зал роженицу переодевают в стерильное белье (рубашку, косынку, бахилы).
- ...Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.
- 4.3.9. Новорожденного принимают в обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пеленкой лоток. *Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект.*
- 4.3.13. В родильном зале в течение первого получаса после рождения новорожденного необходимо прикладывать к груди матери (при отсутствии противопоказаний).

Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание способствуют более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению широкого комплекса факторов неспецифической защиты организма.

- 4.4.3. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные боксированные или полубоксированные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.
- 4.5.2. Постельное белье меняются каждые 3 дня, рубашку и полотенце — ежедневно, подкладные пеленки для родильницы в первые 3 дня — 4 раза, в последующем — 2 раза в сутки. Используемые при кормлении новорожденных подкладные из клеенки меняют два раза в день, при использовании для этих целей пеленок их меняют перед каждым кормлением.
- 4.6.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по «требованию» младенца.
- ...Вне зависимости от условий пребывания новорожденного (совместно или раздельно с матерью) следует по возможности **не использовать в рационе новорожденных иную пищу или питье, кроме грудного молока**, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.
- 4.6.3. Перед обработкой и пеленанием каждого новорожденного персонал должен мыть руки с двукратным намыливанием.
- При уходе за новорожденными используют стерильное белье».

Как уберечься от внутрибольничной инфекции

Во-первых, правильно выбирать родильный дом (отделение) — с совместным пребыванием матери и ребенка и хорошими статистическими показателями; во-вторых, контролировать

любые процедуры, которые производят вашему ребенку — будь то обработка пупочной раны или пеленание, требовать от медперсонала соблюдения санитарно-эпидемиологических правил, если вы видите, что они нарушаются.

Так, ультрафиолетовое облучение помещений в родильных домах производят крайне редко. Совершенно здоровых детей, особенно в ночное время, докармливают смесями. Зная это заранее, стоит позаботиться о том, чтобы ребенок находился с вами постоянно.

Конечно, персонал родильного дома, предлагая на ночь забрать ребенка в детскую, заботится о вашем отдыхе, справедливо полагая, что сразу после выписки домой покой вам будет только сниться, но... Первые дни после рождения особенно важны как для формирования иммунитета ребенка, что в большой степени обеспечивается кормлением «по требованию» и личным контактом, так и с психологической точки зрения. Важно это и с точки зрения безопасности: необходимо понимать, что в детской палате дежурная медсестра присутствует не постоянно, врачебные обходы не производятся ежечасно, и в случае возникновения ситуации, в которой вашему ребенку потребуются помощь (например, он срыгнул и его необходимо вытереть или ему нужно внимание), рядом может никого не оказаться.

Так, в нашей практике был случай, когда ребенка в тяжелом состоянии (с аспирационной пневмонией¹) врач обнаружил случайно во время планового обхода. Результатом такого «ухода» стали отек легких и последующая смерть малыша.

Кроме того, вы должны знать, что зачастую перевод женщины и ребенка после родов в наблюдательное (инфекционное) отделение производится без должных на то показаний — на всякий случай, а иногда и для сокрытия врачебной ошибки. При этом риск заражения ВБИ в наблюдательном отделении, естественно, значительно выше, чем в обычной

¹ Пневмония, развившаяся в результате попадания в легкие околоплодных вод в родах.

послеродовой палате. Поэтому, если вам предлагают перевод в обсервационное отделение, необходимо выяснить, насколько это обоснованно и чем угрожает вам и вашему ребенку. Если же выставляемые диагнозы действительно указывают на имеющуюся инфекцию, то такой перевод производится как в интересах ваших и вашего ребенка, так и в интересах остальных пациентов роддома — во избежание распространения инфекции, — и вы должны отнестись к этому ответственно.

«Наиболее распространенными ВБИ в нашей стране часто называют гепатиты В и С и ВИЧ-инфекцию, что указывает на грубые нарушения санитарно-гигиенических норм или несовершенство учета внутрибольничной заболеваемости»¹. Понятно, что случаи ВИЧ-инфекции, а также гепатитов регистрируются, а потому о них становится известно. Однако реальный масштаб заражения населения другими инфекциями, по оценкам ряда авторов, занижен примерно в 20 раз. Понятно также, что зараженные госпитальными инфекциями пациенты могут узнать о наличии своего заболевания спустя значительное время, и ни в какие статистические сводки такое заболевание не будет занесено как ВБИ.

Какие же внутрибольничные инфекции являются наиболее распространенными в России?

Традиционно таковыми считаются *Escherichia coli* (эшерихия) и *Staphylococcus aureus* (золотистый стафилококк), реже *Clostridium Difficile* (кlostридии), различные виды *Enterococcus* (энтерококков) и *Enterobacter* (энтеробактерии), *Candida Albicans* (грибок Кандида), *Klebsiella pneumoniae* (клебсиелла), грамположительные анаэробы, *Proteus mirabilis* (протей), *Streptococcus* (стрептококки), а также вирусные гепатиты В, С, D.

Можно выделить четыре группы ВБИ:

- бактерии;
- вирусы;

¹ Григорьев К.И. Внутрибольничные инфекции: эволюция проблем и задачи медицинского персонала. — Русский врач, 2007.

- простейшие;
- грибы.

Наиболее распространенными являются заражения бактериями и грибами.

Что важно знать

Основные механизмы передачи бактериальных инфекций:

- контактно-бытовой — через руки медперсонала, предметы ухода за пациентами, продукты питания;
- воздушно-капельный — большая часть бактерий, как, например, *Staphylococcus aureus* (золотистый стафилококк), передается также и этим путем;
- фекально-оральный — через зараженные питье, продукты питания и отчасти — грязные руки, предметы ухода (такой путь характерен, например, для энтеробактерий, сальмонеллеза);
- искусственный — связанный с инвазивными¹ процедурами.

Новорожденные, прежде всего недоношенные и с черепно-мозговой травмой, всегда относятся к группе риска по заражению ВБИ.

Инкубационный период² бактериальных инфекций обычно очень короткий. Так, для золотистого стафилококка он составляет от 1—2 часов до 4—5 дней, изредка до 1—2 недель.

Источниками инфекции являются обычно больные и носители.

Осложнения при заражении бактериальной инфекцией различны — воспаление может локализоваться в разных органах и тканях, иметь генерализованную форму. У родильниц наиболее частым инфекционным осложнением является эн-

¹ Введение специальных инструментов в полости, органы.

² Отрезок времени от момента попадания микробного агента в организм до проявления симптомов болезни. Продолжительность инкубационного периода зависит от состояния иммунитета зараженного организма, количества возбудителей, попавших в организм, и их активности.

дометрит, у новорожденных инфекция может проявляться конъюнктивитом, воспалением пупочной ранки (омфалитом), пневмонией, менингитом, тяжелым течением заболевания (вплоть до сепсиса), особенно у ослабленных.

По-прежнему актуальной проблемой является заболеваемость новорожденных кандидозом. Несмотря на то что инфицирование обычно происходит при прохождении через родовые пути матери и контактно-бытовым путем, кандидоз зачастую является следствием нерационального применения в родильных домах антибактериальных препаратов. Учитывая, что это заболевание может приобретать генерализованную форму, необходима его ранняя диагностика. Важно знать: появление молочницы на слизистой оболочке полости рта или сыпи на теле ребенка может говорить о кандидозе и требует врачебного осмотра.

2.2.5. РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ И СТИМУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ¹

Сами по себе родовозбуждение, как и родостимуляция, проводимые по показаниям опытным врачом разрешенными препаратами в разумных дозировках и с учетом состояния и имеющихся у пациентки заболеваний, не представляют опасности для матери и ребенка. Показаниями к стимуляции и родовозбуждению являются, например, слабость родовой деятельности и переносенная беременность. Однако на практике родовозбуждение и стимуляцию проводят значительно чаще: как для вызывания схваток, так и для ускорения родов.

Если вы заранее договорились с конкретным врачом на ведение родов, вам следует понимать, что к моменту родов может быть не его смена (дежурство), и все ваши договоренности просто невозможно будет выполнить: не будет же врач объяснять главврачу, что у него платная пациентка. Как правило, речь идет о том, что вы должны подъехать в роддом во время дежурства

¹ Родовозбуждение — лечебные мероприятия при отсутствии схваток. Родостимуляция — терапия, проводимая при наличии слабых схваток.

вашего врача к концу срока беременности без родовой деятельности, и вам будет произведено родовозбуждение. В карте при этом наверняка будет написано, что вы поступили с родовой деятельностью. В чем опасность такой договоренности?

Фактически речь идет о запланированных родах, отношении к которым у акушеров-гинекологов различно. Право женщин на «запланированные роды» у нас пока не оговорено: как бы все должны рожать сами, хотя в ряде европейских стран запланированные роды практикуются уже не один год. Разница заключается в том, что официальное проведение запланированных родов осуществляется по добровольному желанию женщины, при этом учитываются все показания и противопоказания, а женщина психологически готовится ко дню родов. Впоследствии ведется статистика осложнений.

В России же данных о том, опасны ли такие роды для матери и ребенка, очень мало как раз в связи с тем, что обычно родовозбуждение и стимуляция бывают не отражены в истории родов. Поэтому, если вы договариваетесь на запланированные роды, понимая всю неофициальность данного действия, вам, по крайней мере, необходимо выяснить, имеются ли у вас противопоказания к родовозбуждению и какими препаратами оно будет произведено.

Какие осложнения могут быть при стимуляции?

Если женщине стимулировали схватки, а у нее в процессе родов выявляется клинически узкий таз¹, то возникает опасность разрыва матки и асфиксии и родовой травмы у новорожденного. Впрочем, прогнозировать клинически узкий таз заранее можно и нужно. Делают это, определяя массу плода (при помощи УЗИ-исследования и расчетов) и размеры таза женщины.

Кроме того, при проведении родовозбуждения и родостимуляции возникает вероятность развития различных аномалий родовой деятельности, ведь организм женщины к родам не подготовлен. Поэтому необходимо учитывать наличие

¹ Несоответствие размеров головки плода (при головном предлежании) размерам таза матери.

в предыдущих родах (если они были) аномалий родовой деятельности и психологически подготовить женщину к предстоящим искусственно вызванным родам.

Но если при наличии договоренности с врачом женщина осознанно идет на родовозбуждение и стимуляцию, то, к сожалению, встречаются случаи, когда беременную родовозбуждают и стимулируют, не информируя ее об этом и не получив на то ее согласия. К примеру, у врача заканчивается смена или ожидаются выходные дни, и потому он хочет все провести побыстрее. В этом случае возникновение любой неординарной ситуации будет для роженицы неожиданным и, возможно, для медицинского персонала, принявшего уже простимулированную роженицу, тоже.

Практикуется также и другой сценарий: если вы с родовой деятельностью поступили в роддом вечером или в праздники (выходные дни), то вам могут применить препараты, задерживающие родовую деятельность, чтобы не принимать роды ночью.

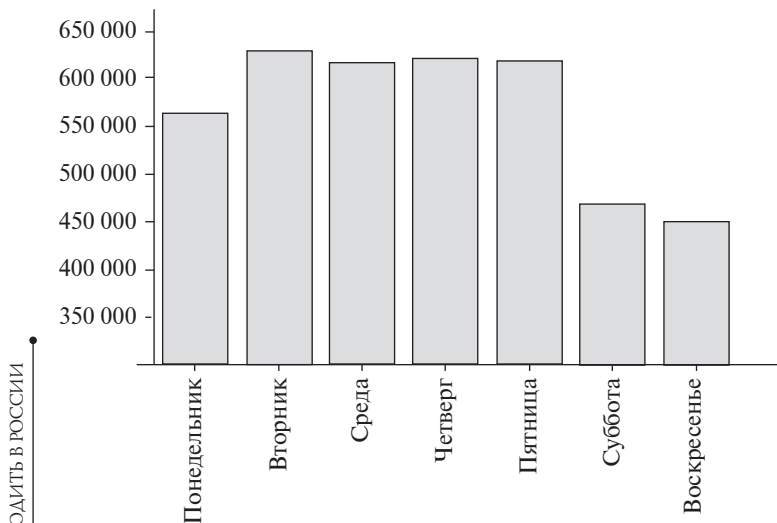


Рис. 1. Сведения о родившихся по дням недели¹

¹ Данные поисково-мониторинговой системы Фонда социального страхования за последние 3 года.

Напомним еще раз: любое медицинское вмешательство в соответствии с законом требует вашего предварительного информированного согласия, а применение любого лекарственного препарата является медицинским вмешательством, поэтому всегда спрашивайте, для чего вам применяют тот или иной препарат или проводят ту или иную процедуру.

Конечно, частота применения как возбуждающих, так и задерживающих родовую деятельность препаратов остается за рамками официальной статистики, но есть данные, на основании которых мы можем сделать выводы самостоятельно (рис. 1).

Как видно из приведенного рисунка, число родов в выходные дни «удивительным образом» на 10—30% ниже, чем в будние.

2.2.6. ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

Наиболее частыми осложнениями анестезии являются сложности при интубации трахеи и реакция на анестетики (анафилактический шок) или их передозировка. Среди других осложнений: сложности при катетеризации подключичной вены и эпидуральной анестезии, аспирационный синдром, неадекватная инфузионная терапия и др. Как видно из перечисленного, большая часть осложнений обусловлена некачественными действиями анестезиолога-реаниматолога.

Ошибки при подготовке к анестезии

При предварительном осмотре перед операцией (например, плановым «кесаревым сечением») анестезиолог-реаниматолог в первую очередь должен оценить состояние суставов шеи и челюстей. Делается это с целью выявления аномалий, при которых невозможно проведение интубации трахеи. Кроме того, он должен выяснить список перенесенных роженицей заболеваний, чтобы выявить противопоказания к проведению анестезии. К анатомическим особенностям, которые могут вести к трудностям при интубации трахеи, относят: выступающие резцы верхней челюсти, маленькую

нижнюю челюсть, плохо функционирующее позвоночно-затылочное сочленение, недостаточно открывающийся рот, короткую шею и др.

При осмотре перед обезболиванием родов также необходимо выяснять список перенесенных роженицей заболеваний (также для выявления противопоказаний к проведению анестезии). Противопоказания к использованию эпидуральной анальгезии в родах делят на абсолютные и относительные.

Абсолютные противопоказания:

- «...на первом месте среди абсолютных противопоказаний стоит отсутствие квалифицированного анестезиологического персонала и оборудования для круглосуточного наблюдения как во время родов, так и в послеродовом периоде»¹;
- инфекционное воспаление в месте пункции, а также септицемия²;
- коагулопатия³, подтвержденная лабораторно или ожидаемая в связи с характером имеющейся патологии;
- анатомические аномалии позвоночника.

Относительные противопоказания:

- анатомические или технические трудности выполнения пункции или катетеризации эпидурального пространства (ожирение, искривление позвоночника);
- некорригированная гиповолемия⁴;
- неврологические заболевания, например рассеянный склероз;
- заболевания сердца при отсутствии полноценного гемодинамического мониторинга.

¹ Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Этюды критической медицины. Т. 3. ПГУ, 1997.

² Септицемия — наличие в крови гноеродных микроорганизмов и их токсинов (в широком смысле — заражение крови).

³ Коагулопатия — нарушение свертываемости крови.

⁴ Гиповолемия — уменьшение объема циркулирующей в организме крови.

Ошибки при осмотре обычно связаны с осмотром «на глазок», что случается как ввиду экстренности ситуации, так и ввиду халатности врача, особенно если врач-анестезиолог имел возможность произвести осмотр заблаговременно.

К врачебной ошибке нельзя относить реакцию на анестетики, которая проявилась анафилактическим шоком, если таковая не отражена в карте или не озвучена женщиной, в силу того что невозможно предугадать реакцию конкретной женщины на лекарственное средство. Предварительные же исследования на аллергическую реакцию у беременных не являются обязательными.

Многие женщины, будучи наслышаны о возникающих осложнениях при проведении анестезии, в особенности эпи(пери)дуральной, во избежание возможных осложнений идут на роды без обезболивания. Стоит помнить, что болевые ощущения, испытываемые в родах без обезболивания, могут явиться стрессом и неблагоприятно повлиять на сам процесс родов. Также следует понимать, что в родах может возникнуть ситуация, которая потребует проведения анестезии (например, проведение операции «кесарево сечение»). Учитывая же, что **аллерготесты не являются обязательными**, что во время беременности женщину ни разу не осматривает анестезиолог-реаниматолог и в большинстве родильных домов (отделений) такой предварительный осмотр также не предусмотрен, а производится уже после начала родовой деятельности или непосредственно перед поступлением женщины в операционную, вам необходимо самостоятельно позаботиться о своей безопасности.

Что вы можете предпринять для предупреждения возможных осложнений от анестезии во время родов

1. Проконсультироваться с анестезиологом-реаниматологом на предмет:

- выявления у вас анатомических особенностей, которые могут препятствовать проведению интубации. Такие особенности могут иметься при ряде заболеваний, например

при ревматоидном артрите суставов или наличии вставных челюстей, или являться конституциональными особенностями;

- выявления у вас заболеваний, при которых проведение анестезии может быть опасно;
- выявления у вас имевшихся ранее аллергических реакций;
- предварительного выбора вида анестезии с учетом особенностей вашего организма;
- определения перечня исследований, которые вам необходимо сделать, например порекомендует пройти аллерготест с указанием списка препаратов или выполнить гемостазиограмму для выявления анестетиков, на которые у вас нет аллергии.

По результатам обследования попросите врача дать вам выписку и письменную рекомендацию по проведению анестезии в родах.

2. Сделать гемостазиограмму и исследование на аллергические реакции на анестетики и антибиотики, применяемые в роддомах, тем более что препаратов, применяемых для анестезии, не так уж много. Делать, однако, такое исследование стоит после консультации и с акушером-гинекологом, у которого вы наблюдаетесь, с целью выяснения сроков беременности, на которых проведение такого исследования будет безопасным для вас и вашего ребенка.

Виды обезболивания в родах. Спинальная анестезия

Обезболивание может производиться как в первом, так и во втором периодах родов. Существует два вида спинальной анестезии: эпидуральная и субдуральная. С целью обезболивания применяют как метноанестезирующие препараты, так и наркотические анальгетики. Наркотические анальгетики в большей степени снимают болевые ощущения и дают более длительный эффект (до 24 часов), хотя их действие наступает только через 30—90 минут после введения. Однако при передозировке наркотических анальгетиков возможно негативное влияние на ребенка.

Правильно произведенное обезболивание родов не оказывает негативного воздействия на малыша.

Эпидуральная анестезия — вид обезболивания, при котором анестетик вводят в эпидуральное пространство — пространство между твердой мозговой оболочкой спинного мозга и позвоночным каналом. Выполняется при положении пациентки «на боку» или «сидя».

Субдуральная анестезия — вид обезболивания, при котором анестетик вводят в пространство под твердой мозговой оболочкой спинного мозга (между твердой и паутинной мозговыми оболочками). Выполняется также при положении пациентки «на боку» или «сидя».

Осложнениями спинальной анестезии могут быть: понижение артериального давления у матери, недостаточный эффект обезболивания, случайная пункция твердой мозговой оболочки (встречается не чаще 1%); угнетение дыхания и задержка мочеиспускания при применении наркотических анальгетиков. Риск угнетения дыхания возникает в период от 4 до 8 часов после введения препарата. Некоторых осложнений врач не может предугадать заранее, в связи с этим очень важно постоянное наблюдение за состоянием роженицы. Вы, в свою очередь, должны безотлагательно сообщать врачу об изменениях своего состояния — необоснованной слабости, боли, ощущении жара и др.

Анестезия при операции «кесарево сечение»

При «кесаревом сечении» применяют как спинальные методы обезболивания, так и общую анестезию.

При применении ***спинальных методов обезболивания*** женщина находится в сознании, и потому реже возникает аспирация желудочным содержимым и, естественно, нет риска повреждения трахеи или пищевода при интубации. Кроме того, вы сможете присутствовать при рождении своего ребенка и даже приложить его к груди! Этот вид обезболивания проводится практически так же, как при естественных родах, единственное отличие — увеличение дозы анестетика. Ос-

ложением может быть падение артериального давления (гипотензия). После применения местного обезболивания вы достаточно быстро вернетесь в нормальное состояние.

Виды общей анестезии

Премедикация — предоперационное применение лекарственных средств, в частности седативных препаратов. Проводится одновременно с психологической подготовкой женщины к предстоящей операции. В связи с тем что применение препаратов может вызвать депрессию новорожденного, в случае планового проведения операции обезболивание проводят примерно за 1 час до ее начала.

Вводный наркоз — введение собственно препаратов-анестетиков, необходимых для проведения операции.

После этого для проведения общей анестезии производят интубацию трахеи — установку дыхательной трубки в дыхательные пути пациентки. В последующем анестезиолог следит за состоянием женщины, регулирует добавление анестетиков.

Среди **осложнений общей анестезии** следует выделить ошибки при интубации трахеи и аспирацию желудочным содержимым.

2.2.7. ОШИБКИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Собственно, методов родоразрешения немного: роды через естественные родовые пути (самостоятельные либо с применением пособия) и роды путем проведения операции.

В структуре жалоб на некачественное оказание медицинской помощи в акушерстве лидируют (около 75%) случаи, когда женщине не была проведена операция «кесарево сечение» и осложнения у нее и (или) ее ребенка были связаны именно с родами через естественные родовые пути или запоздалым проведением операции, то есть изначально неправильно выбранным методом родоразрешения.

Так, уже упоминался случай, в котором в отношении женщины с тазовым предлежанием крупного плода консилиум врачей вынес решение «рожать с применением пособия по методу Цовьянова». Отметим, что у данной пациентки имелись абсолютные показания для проведения плановой операции. Что же говорить о так называемых относительных показаниях, когда женщине просто заявили: «Будешь рожать сама». Метод родоразрешения был применен по решению врачей без учета мнения женщины. Хотя еще раз напомним, что согласно ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а в соответствии со ст. 32 того же Закона медицинское вмешательство возможно только при наличии добровольного информированного согласия пациента.

Почему в нарушение законодательства женщине не предоставляют права выбора иного варианта медицинского вмешательства, нежели предлагаемый врачами? С чем связано такое отношение врачей?

В первую очередь идет ссылка на государственную политику в отношении демографии. Ведь женщина, которой однажды сделано «кесарево сечение», не так детородна, как родившая естественным путем: последующие роды опять производятся оперативным путем, а количество родов ограничено. При этом зачастую медики ссылаются на опыт развитых стран, где процент проведения операции «кесарево сечение» в последние годы стал падать, и нам, стало быть, надо тоже уменьшать число операций. Но нельзя перенимать опыт в процентах. Прежде всего надо понять, почему это происходит, почему в развитых странах процент нормальных родов выше, чем в России.

Каждую минуту в мире одновременно проводится примерно 50 операций «кесарева сечения». Частота выполнения «кесарева сечения» в мире имеет довольно широкий диапазон: в Австрии, Болгарии, Дании, Норвегии — менее 15%, Бразилии, Мексике, Таиланде, Чили — более 30% всех родов. Считается, что оптимально, если частота выполнения «кесарева сечения» составляет до 15% всех родов, при этом соотношение плановых «кесаревых сечений» к экстренным не ниже 4:1. Для сравнения приводим данные о частоте выполнения операции «кесарево сечение» в некоторых родильных домах (отделениях) г. Москвы и в целом по России (рис. 2).

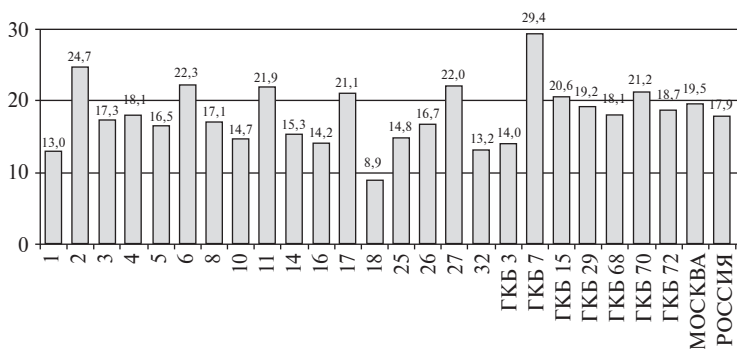


Рис. 2. Частота «кесарева сечения» в родовспомогательных учреждениях г. Москвы (% , 2006 г.)

В некоторых регионах России (Алтай, Дагестан, Тыва) частота выполнения «кесарева сечения» составляет менее 10%, в других (Алтайский край, Ивановская, Калининградская, Смоленская области, Ставропольский край) — более 20%.

По данным профессоров В.Е. Радзинского и И.Н. Костина (Российский университет дружбы народов), в РФ в сутки проводится 820 операций «кесарево сечение», при этом перинатальная смертность составляет 39 новорожденных в сутки (данные за 2007 г.).

Россия, как известно, к развитым странам не относится. Уровень жизни и состояние здоровья российских женщин отличаются от такового в развитых странах. Существенно отличается и уровень оказания медицинской помощи. Так, по данным ВОЗ, Россия находится на 130 месте по уровню оказания медицинской помощи, а Франция, Норвегия, Канада, на показатели которых обычно идет ориентация, входят в первую десятку. Поэтому нашим акушерам-гинекологам стоило бы задуматься о том, как перенять опыт ведения беременности, позволяющий квалифицированно выделять беременных в группы риска и снижать число патологических родов. Тогда обоснованными были бы и сравнения с цифрами развитых стран. Хотя, объективности ради, в ряде стран — например в США — уровень детской смертности продолжает расти (рис. 3).

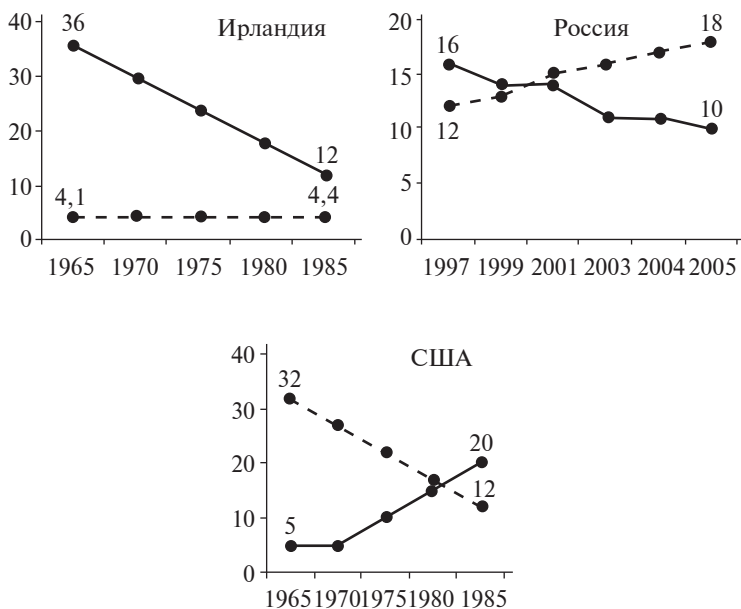


Рис. 3

Действительно, женщине, родившей при помощи «кесарева сечения», в последующем во избежание разрыва матки при родах снова производится операция. Рекомендуемое число операций — не более 3, но много ли у нас семей, имеющих большее число детей?

Во-вторых, это связано с мнением многих врачей, считающих, что операция опасна для жизни женщины, а у нас, как говорилось выше, интересы нерожденного ребенка вторичны. Действительно, для женщины во время операции риск возникновения осложнений выше, нежели при естественных родах. Но стоит понимать, что в ряде случаев для нее не менее опасны и естественные роды, на что указывает и статистика смертности и осложнений после родов. Кроме того, стоит разобраться, о каких именно осложнениях для женщины идет речь. Так, среди частых осложнений «кесарева сечения» значится перитонит, развивающийся на фоне имевшегося инфекционного заболевания. Но, стало быть, инфекционное заболевание не было своевременно диагностировано и пролечено в женской консультации, женщина не была своевременно госпитализирована в стационар, при выборе метода операции не была учтена имевшаяся инфекция — чья во всем этом вина?

Если у женщины есть только относительные показания к проведению «кесарева сечения», то на сегодняшний день вместо проведения этой операции в плановом порядке часто практикуют так называемые «пробные роды». Проще говоря, пытаются провести роды через естественные пути на удачу — «родит — не родит», а если не родит, то операцию производят уже в экстренном порядке.

Пациентка М.

Так, у пациентки М. имелась сумма относительных показаний: крупный плод, не поддающийся медикаментозной коррекции гестоз, осложненные (с применением эпизиото-

мии¹ и разрывами шейки матки) предыдущие роды, возраст женщины (35 лет) и длительное бесплодие после предыдущих родов. При этом что женщина настаивала на проведении операции «кесарево сечение», ей были назначены «пробные роды» с применением стимулирующих препаратов. В итоге произошел разрыв матки, который не был своевременно диагностирован медиками. Экстренная операция «кесарево сечение» оказалась запоздалой... Матку удалили, долгожданный ребенок погиб, так и не родившись. Решением суда пациентке и ее мужу были выплачены 750 тысяч рублей.

Практика «пробных родов» чревата возникновением осложнений и у матери, и у ребенка, результаты при экстренных операциях значительно хуже, чем при плановых. При наличии абсолютных или суммы относительных показаний более правильным является проведение операции в плановом порядке, поскольку есть возможность оценить состояние женщины и адекватно подготовить ее к операции с учетом имеющихся у нее заболеваний, провести психологическую подготовку к предстоящей операции.

Кроме того, врачу акушеру-гинекологу стоит задать вопрос о том, почему при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) всегда производят «кесарево сечение». На это следует вполне однозначный ответ: «Потому что в этого ребенка вложено много сил и денег, рисковать его здоровьем никому не хочется». Вот и получается, что для ребенка риск появления осложнений при операции «кесарево сечение» значительно ниже, нежели при естественных родах, и врачи об этом знают.

Наблюдаемая в последние годы в России **тенденция расширения показаний к проведению операции «кесарево сечение» связана с желанием проводить родоразрешение в интересах ребенка — во избежание травм и асфиксии в родах.** Это подтверждается и статистикой: за последнее время уменьшилась

¹ Рассечение промежности.

доля родового травматизма у новорожденных, хотя процент родовых травм у новорожденных сложно поддается статистике, поскольку врач, ответственный за роды, практически никогда не выставляет этот диагноз в карте во избежание конфликтов с родственниками новорожденного.

Возникают родовые травмы вследствие сложностей при извлечении ребенка, связанных как с аномальным предлежанием, так и с особенностями таза женщины. В результате при применении силы на отдельные части тела ребенка происходит механическое повреждение его тканей. Чаще всего встречаются травмы ЦНС (травмы головы, перегиб шеи), переломы ключицы и повреждения мягких тканей младенца.

Одной из причин родового травматизма является до сих пор практикуемое в России наложение акушерских щипцов при извлечении ребенка. Только за 2003 год эта операция произведена в России 3134 раза¹. Данная операция травматична для ребенка и имеет показания к применению практически такие же, как и операция «кесарево сечение». На наш взгляд, речь идет опять-таки об ошибочно выбранной тактике ведения родов (за исключением экстренных ситуаций, когда у врача нет иного выхода, например когда ребенок уже пошел по родовым путям, но женщина не может разродиться).

Конечно, неосложненная беременность и естественные роды с положительным исходом — оптимальный вариант для женщины. Но, на взгляд авторов, если у женщины существует риск возникновения в родах осложнений для нее или ее ребенка, то она (при конструктивном взаимоотношении с врачом) вправе самостоятельно выбирать, какой риск она предпочитает.

В-третьих, есть ряд врачей, позиция которых такова: «Если женщина не помучается часов 18 и не родит сама, то она вроде как и не женщина». Эта позиция в последнее время

¹ Совещание руководителей служб охраны материнства и детства и органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации. 5—6 октября 2004 г.

активно обсуждается в СМИ, и, к сожалению, большое количество женщин следует ей, даже не разобравшись в существе вопроса.

Пациентка С.

Так, пациентка С. с анатомически узким тазом отказалась от предложенного ей врачом оперативного родоразрешения, что привело у нее к тяжелым разрывам промежности. Пациентка Л. при тройном тугом обвитии пуповиной плода также отказалась от операции и, хотя для нее и ее ребенка все закончилось благополучно благодаря квалифицированным действиям врача, надо понимать, что она необоснованно рисковала жизнью своего ребенка только ради того, чтобы «почувствовать себя женщиной».

С позиций современной медицины **показаниями к плановому проведению операции «кесарево сечение» являются:**

- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях;
- несостоятельность рубца на матке после «кесарева сечения» или других операций на матке;
- два и более рубца на матке после «кесаревых сечений»;
- анатомически узкий таз II—IV степени сужения (истинная конъюгата — 7,5 см и меньше), опухоли или деформации костей таза;
- пороки развития матки и влагалища;
- опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
- крупный плод в сочетании с другой патологией;
- выраженный симфизит (нарушение мышечно-связочного аппарата лонного сочленения);
- множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов;

- тяжелые формы гестоза в отсутствие эффекта от терапии;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания нервной системы, сахарный диабет, миопия (близорукость) высокой степени, особенно осложненная и др.);
- выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;
- состояние после пластических операций на шейке матки и влагалище, после ушивания мочеполовых и кишечнополовых свищей;
- рубец на промежности после ушивания разрыва III степени в предшествующих родах;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- поперечное положение плода;
- сросшаяся двойня;
- тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе плода более 3600 г и менее 1500 г, сочетающееся с сужением таза;
- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при наличии других осложнений со стороны матери и плода;
- хроническая гипоксия или гипотрофия плода, не поддающиеся медикаментозной терапии;
- возраст первородящих старше 30 лет в сочетании с акушерской и (или) экстрагенитальной патологиями;
- длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягчающими факторами;
- гемолитическая болезнь новорожденного при неподготовленности родовых путей;
- сахарный диабет при необходимости досрочного родоразрешения и неподготовленности родовых путей;
- переносная беременность¹ при отягченном гинекологическом или акушерском анамнезе и неподготовленных родовых путях;

¹ Беременность сроком более 42 недель.

- экстрагенитальный рак и рак шейки матки;
- обострение генитального герпеса.

Показания к экстренному проведению операции «кесарево сечение» в родах:

- клинически узкий таз¹;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии;
- острая гипоксия плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- предлежание и выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях;
- неправильное предлежание (лобное, передний вид лицевого, задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва) или вставление головки плода;
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде.

Стоит отметить, что ряд перечисленных показаний может и должен прогнозироваться заблаговременно.

Также необходимо знать **противопоказания к проведению операции «кесарево сечение»:**

- внутриутробная смерть плода или уродство, не совместимое с жизнью;
- глубокая недоношенность;
- гипоксия плода, если нет уверенности в рождении живого ребенка и его жизнеспособности (единичные сердцебиения) и нет неотложных показаний со стороны матери.

Противопоказания теряют силу, если возникает угроза для жизни женщины (кровотечение вследствие отслойки или аномального предлежания плаценты и др.)

¹ Несоответствие между головкой плода и тазом матери.

Что же касается мнения врачей по поводу второго пункта среди противопоказаний к операции — «гипоксия плода, если нет уверенности в рождении живого ребенка и его жизнеспособности», — то в данном случае речь идет о негласном правиле «гуманизма» некоторых акушеров-гинекологов: не выхаживать детей, у которых очень высок риск инвалидности. Заметим, что подобные вопросы должна решать только сама женщина после соответствующих разъяснений.

«Кесарево сечение» осуществляется также по сумме относительных показаний, если в совокупности они угрожают здоровью или жизни матери или ребенка (обычно по сочетанию трех показаний).

Учитывая важность правильного выбора метода родоразрешения, особую роль здесь играет составленный во время беременности план ведения родов, учитывающий перенесенные и имеющиеся у вас заболевания, особенности конституции и течения беременности. Такой план необходимо обсудить с врачом женской консультации, после чего желательно получить его в письменном виде, хотя он и будет иметь лишь рекомендательную силу для врачей родильного дома. Непосредственно же с врачом, который будет вести ваши роды, план их ведения нужно обсудить или заблаговременно, или при поступлении в родильный дом.

Опасные пособия в родах

Часто в тех случаях, когда роженице необходима операция «кесарево сечение», а врачи отказываются ее проводить, применяются так называемые пособия в родах.

1. Ручное пособие по методу Цовьянова. Его иногда применяют при тазовом и ножном предлежаниях плода, хотя в 80—90% подобных случаев сегодня проводится «кесарево сечение». Данное пособие опасно для плода получением в процессе естественных родов травмы, особенно это касается плодов с массой менее 2500 г и более 3500 г (при тазовом предлежании крупным считается плод с массой более 3600 г). Опасным осложнением в процессе рождения является чрез-

мерное разгибание головки, что может приводить к внутричерепным кровоизлияниям и травмам шейного отдела спинного мозга. Учитывая, что сами акушеры считают допустимой ошибкой при определении массы плода во время беременности в 10%, вам следует внимательно следить за весом вашего будущего ребенка и, если у вас диагностировано тазовое предлежание плода, необходимо заранее совместно с врачом обсудить вопрос о проведении планового «кесарева сечения» в интересах плода.

2. Наложение щипцов — изобретение Гильома Чемберлена, сделанное им в 1569 году. В России акушерские щипцы внедрил в практику основоположник русской акушерской школы Нестор Максимович-Амбодик. В 1786 году в книге «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» он впервые в России дал подробные описания этой процедуры. В целом применение акушерских щипцов (особенно учитывая, что на дворе XXI век) в большинстве случаев свидетельствует о неверной акушерской тактике или позднем (когда головка уже вставилась) обращении пациентки в родильный дом. Данное пособие применяется достаточно редко, поскольку показания к нему те же, что и у «кесарева сечения», однако оно заведомо более травматично для плода, чем операция.

3. Вакуум-экстракция плода — также весьма травматичное для плода пособие родовспоможения. Необходимо понимать, что существуют экстренные ситуации, в которых невозможно избежать наложения щипцов и (или) вакуум-экстракции. Именно поэтому очень важно составление плана родов до госпитализации в родильный дом. А ваша осведомленность об опасностях данных пособий позволит вам даже в экстренной ситуации самостоятельно совершать выбор.

4. Прием Кристеллера — давление на дно матки. Официально считается, что данное пособие не применяется в России. Однако по многочисленным жалобам в «Лигу пациентов» можно сделать вывод об обратном — в России данный прием применяется и приводит к таким страшным послед-

ствиям, как разрыв матки у роженицы и родовые травмы у новорожденных. Таким образом, в генезе родовых травм определенная роль, несомненно, принадлежит применению древнего акушерского приема, описанного в очень старых учебниках по акушерству и известному как метод Кристеллера, или давление на живот. С 1 января 2007 года сообщение о применении врачом этого «метода» во Франции лишает его права заниматься акушерской практикой ПОЖИЗНЕННО.

Поэтому, если врач предложил вам «немножко надавить на живот», чтобы ускорить роды, настоятельно рекомендуем отказаться от такой помощи!

Наиболее частые ошибки беременных при составлении плана ведения родов

Как правило, женщина полагается на мнение врача, даже не пытаясь принять участие в выборе метода родоразрешения, забывая, что речь идет не только о ней, но и о ее малыше.

Приходится сталкиваться с ситуациями, когда роженицу с патологией откровенно «забывают» на выходные дни, роды в итоге проходят тяжело, но она очень благодарна врачам. **За что? За то, что осталась жива, конечно.** А то, что у ребенка небольшая родовая травма, так ведь врачи сказали, что ничего страшного нет. Должна ли она была доверять медикам? Должна, но при этом стоило бы и проверять. Ей ведь не сказали при этом, что эта родовая травма может впоследствии проявиться отставанием в развитии или лет через двенадцать привести к сбою в эндокринной системе.

Что же получается с точки зрения материнской ответственности? Не настояла на нормальном наблюдении за родами, это привело к возникновению проблем у нее самой (разрывы) и асфиксии и родовой травме у ребенка. Винаваты ли врачи? Безусловно, но и мать должна была предпринять все меры для того, чтобы роды прошли безопасно для малыша.

В определенном смысле это очень удобно для женщины — не принимать на себя ответственность, переложив ее на врачей.

Только вот почувствует ли такую «заботу» ваш ребенок, когда появится на свет, и как он к этому отнесется, если узнает об этом, когда повзрослеет? Во многом жизнь вашего ребенка будет такой, какой вы ее сделали в родах.

2.2.8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Ошибки при выставлении диагноза в родильном доме можно разделить на две категории:

а) ошибки при выставлении диагноза акушерами-гинекологами в отделении патологии

Ошибки диагностики в отделении патологии часто обоснованы отсутствием преемственности с женской консультацией. Записи в обменных картах не содержат всех необходимых данных о течении беременности и зачастую сделаны неразборчивым почерком, практики же живого общения между врачами родильного дома и женской консультации, хотя бы на уровне телефонных звонков, нет.

Частой ошибкой является выставление неправильного срока беременности. В случае завышения срока беременности это может повлечь выставление таких сопутствующих диагнозов, как внутриутробная задержка развития плода и риск внутриутробной инфекции, потому что плод будет иметь показатели развития худшие, чем существующие нормы в соответствии с выставленным сроком гестации. При таком диагнозе может быть назначена стимуляция родовой деятельности. В случае же занижения срока беременности показатели развития плода будут опережать нормы, и это может быть зафиксировано в карте как «тенденция к крупному плоду» со всеми вытекающими последствиями.

Показатели материнской смертности и осложнений указывают на то, что как в женской консультации, так и в отделении патологии родильного дома врачи не фиксируют диагнозы имеющихся у беременных инфекционных заболеваний, токсокозов беременных и другие, не определяют риска развития в родах кровотечений и других осложнений. Стало

быть, и время, которое беременная проводит в стационаре, далеко не всегда используется рационально.

Можно ли самостоятельно понять, есть ли у вас риск возникновения осложнений в родах или после них или нет? В полной мере, конечно, нет. Как сказано выше, на стадии наблюдения беременности в женской консультации вам необходимо постараться как можно больше узнать о течении беременности, состоянии вашего здоровья и здоровья вашего малыша, особенностях вашей конституции, для чего нужно изучать литературу и консультироваться со специалистами. Возможный риск можно заведомо уменьшить или исключить, если он известен.

Но если вас госпитализировали в отделение патологии родильного дома (отделения), значит, уже есть основания беспокоиться, и то время, пока вы находитесь в стационаре, надо потратить наиболее эффективно, консультируясь в отношении имеющихся у вас проблем и рисков и проводимого лечения. А в случае возникновения каких-либо серьезных сомнений в отношении построенных прогнозов вы вправе просить провести консилиум (в соответствии со ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

б) ошибки при выставлении диагноза акушерами-гинекологами при поступлении женщины в родильный дом

Ошибки при выставлении диагноза акушерами-гинекологами при поступлении женщины в родильный дом наиболее часто связаны с недоверием к пациентке.



Так, беременная с преждевременной отслойкой плаценты падает в обморок в присутствии врача, комментарии которого весьма красноречивы: «Что это ты мне тут устроила?» Беременной, приехавшей на «Скорой помощи» с преэклампсией, выставляют «удовлетворительное состояние», не учитывая приступ, который был снят врачами неотложки, а через несколько часов у нее развивается

эклампсия. Наиболее же показательным является отношение врачей-акушеров к жалобам женщин на боль. Так, роженица М. в родах требовала безотлагательно вызвать врача в связи с очень сильными болями, на что получила вполне привычный ответ: «Рожать всегда больно, не ори!» В итоге у нее не был своевременно диагностирован начавшийся разрыв матки.

Действительно, роды — это болезненный процесс, но большинство женщин заранее к ним готовятся и представляют себе, чего ожидать, поэтому врач к предъявляемым жалобам должен отнестись настороженно, уточняя характер, локализацию боли, учитывая общее состояние женщины. И если вам по-настоящему плохо, не терпите, вызывайте врача — в конце концов, даже если вызов окажется «ложным», вы получите объяснения относительно своего состояния. Если же вам будет отказано, требуйте занесения вызова врача в карту отказа и допуска к вам кого-то из родственников для решения проблемы. Не бойтесь показаться эдакой «плаксой», ваша задача — без проблем для вас лично родить здорового ребенка и остаться для него живой и здоровой мамой, и помните, что пара часов лишнего терпения могут закончиться трагически.

2.2.9. ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

А. Новорожденные

Зачастую в родильных домах **нарушаются права родителей**. Так, пациентка С. вечером благополучно родила вполне здорового ребенка, а наутро ей сообщили, что новорожденный переведен в другую больницу в связи с произошедшим ночью ухудшением состояния. И такой случай не единичен.

То, что родителям новорожденного не сообщают об ухудшении состояния его здоровья, является нарушением ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», где сказано, что «...информация о состоянии здоровья граж-

данина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их **законным представителям** лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении», а также приказа Минздрава СССР от 08.04.1980 г. № 360 «Об утверждении положений о работниках родильных домов и женских консультаций (отделений)», согласно которому лечащий врач **должен** сообщать родителям ребенка об ухудшении состояния здоровья новорожденного.

Если состояние новорожденного ухудшается, ему обычно производят медицинские манипуляции без согласия его законных представителей, что является нарушением ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», согласно которой «...необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Согласие на медицинское вмешательство **в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан**, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31» этого же документа.

Кроме того, если у родителей есть основания сомневаться в качественном оказании медицинской помощи их ребенку в данном медицинском учреждении, они на основании ст. 30 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» имеют право на выбор другого лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования. Не сообщая родителям об ухудшении состояния их ребенка, врачи нарушают и это право — организовать перевод ребенка в другое ЛПУ, поменять или пригласить другого врача, организовать консилиум или предпринять иные действия.

Конечно, доказать, что мать своим участием может помочь ребенку при возникших проблемах, невозможно, одна-

ко нельзя доказать и обратного. В любом случае помните, что вы являетесь законным представителем своего ребенка, и вам не только должны давать справки о состоянии здоровья новорожденного, находящегося под наблюдением, но не могут запретить вам доступ к вашему ребенку, не могут предпринимать никаких действий медицинского характера без вашего согласия.

Зачастую детям без должных на то показаний *назначают антибиотики*, так, на всякий случай. Необходимо знать, что назначение антибиотиков приводит к снижению иммунитета ребенка, что может вызвать рост микрофлоры, на которую данный антибиотик не действует, и потому назначать их следует только при наличии серьезных оснований.

Прививки. В соответствии с национальным календарем профилактических прививок¹ новорожденным в родильном доме проводится вакцинация против вирусного гепатита в первые 12 часов жизни и вакцинация против туберкулеза (на 3—7-й день жизни). Противопоказаниями² к вакцинации новорожденных против туберкулеза являются:

- недоношенность II—IV степени, вес ребенка менее 2000 г;
- внутриутробная гипотрофия III—IV степени;
- внутриутробная инфекция;
- гнойно-септические заболевания;
- гемолитическая болезнь новорожденных (среднетяжелая и тяжелая формы);
- тяжелые поражения центральной нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой;
- генерализованные кожные поражения;
- острые заболевания;
- генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье;
- наличие ВИЧ-инфекции у матери.

¹ Утвержден приказом Минздрава России от 27.06.2001 г. № 229.

² Письмо Минздрава России от 30.12.1998 г. № 2510/11808-98-32.

Кроме того, согласно Методическим указаниям «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» (МУ 3.3.1.1095-02), утвержденным Министерством здравоохранения РФ 09.01. 2002 г., существуют следующие противопоказания к вакцинированию (табл. 2).

Таблица 2

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок

№	Вакцина	Противопоказания
1	Все вакцины	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение**
2	Все живые вакцины, в том числе оральная живая полиомиелитная вакцина (ОПВ)	Иммунодефицитное состояние (первичное) Иммуносупрессия, злокачественные новообразования Беременность***
3	БЦЖ	Вес ребенка при рождении менее 2000 г. Келоидный рубец, в том числе после предыдущей дозы
4	АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, фебрильные судороги в анамнезе
5	Живая коревая вакцина (ЖКВ), живая паротитная вакцина (ЖПВ), краснушная, а также комбинированные ди- и тривакцины (корь-паротит, корь-паротит-краснуха)	Тяжелые формы аллергических реакций на аминокислоты Анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)

№	Вакцина	Противопоказания
6	Вакцина против вирусного гепатита В	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи
7	Вакцины АДС, АДС-М, АД-М	Постоянных противопоказаний, кроме упомянутых в п.1 и 2, не имеют

Примечания

* Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2—4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

** См. пункт 4.

*** См. пункт 5.6.

В случае возникновения у вашего ребенка поствакцинального осложнения вы имеете право в соответствии со ст. 18—21 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» на получение единовременных денежных пособий и ежемесячных денежных компенсаций.

«Частота поствакцинальных осложнений при первичной вакцинации вакциной БЦЖ на число привитых (по данным созданного при Минздраве России Республиканского центра по осложнениям после прививок против туберкулеза) составляет 0,031% (30,7 на 100 000 привитых).

Среди новорожденных, вакцинированных против туберкулеза в акушерских стационарах, в структуре поствакцинальных осложнений преобладают лимфадениты, на долю которых приходится 71,4% от всех поствакцинальных осложнений, в то время как на долю холодных абсцессов — 17,8%, инфильтратов — 5,6%, язв — 3,8%, келоидных рубцов — 0,9%, оститов — 0,5%.

Абсолютное большинство осложнений связано с нарушением методики ее проведения. Наиболее распространенными

ошибками являлись технические погрешности при проведении иммунизации (использование вакцины с истекшим сроком годности, плохое перемешивание вакцины при разведении и заборе в шприц, подкожное введение вакцины).

Осложнения чаще встречаются при использовании вакцины БЦЖ. При применении вакцины БЦЖ-М риск возникновения осложнений снижается в 2 раза»¹.

В отношении необходимости проведения профилактических прививок мнения в обществе различны: существует как позиция необходимости проведения всех прививок, так и прямо противоположная, основывающаяся на том, что нельзя испытывать иммунитет ребенка, заражая его даже в малой мере различными заболеваниями. Какого бы мнения вы ни придерживались, необходимо знать, что в соответствии с Семейным кодексом и ст. 5 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» вы вправе отказаться от проведения профилактической прививки вашему ребенку.

Перед проведением вакцинации, если вы даете на нее согласие, необходимо проконсультироваться с врачом-педиатром на предмет наличия у вашего ребенка противопоказаний к проведению прививки и с ней связанных рисков. Кроме того, вы вправе потребовать показать вам инструкцию к вакцине с указанием срока ее годности и, учитывая меньший риск при проведении прививки против туберкулеза вакциной БЦЖ-М, настаивать на ее использовании. Лучше изначально подойти к вопросу формально и убедиться в том, что прививка сделана с минимальным риском для вашего ребенка, нежели впоследствии разбираться, виновата ли в развившемся осложнении медсестра, некачественно сделавшая укол, или совершил ошибку врач, который не учел имевшихся противопоказаний.

В родильных домах с отдельным пребыванием матери и ребенка в течение первых суток после родов иногда отсутствует постоянное наблюдение за новорожденными, что зачастую является причиной запоздалой диагностики ряда за-

¹ Письмо Минздрава России от 30.12.1998 г. № 2510/11808-98-32.

болеваний и состояний у детей. Некоторые заболевания проявляются у новорожденных лишь спустя несколько часов после рождения. Это усложняет их диагностику и требует постоянного наблюдения за ребенком и тщательного изучения анамнеза матери с целью отнесения ребенка к группе риска по возможности появления тех или иных осложнений.

Как указано выше, эту проблему можно решить только путем выбора родильного дома с совместным пребыванием матери и ребенка, при отсутствии же у вас такого выбора — систематическим посещением своего малыша.

Б. Родильницы

В 2003 году количество больных, пролеченных в дневных стационарах по поводу осложнений беременности, родов и послеродового периода, составило 447 767 человек, а количество заболеваний, осложнивших течение родов и послеродового периода, составило 910 126 случаев, не считая осложнений у детей, притом что всего было принято 1 427 353 родов¹, т.е. 64% всех родов, случившихся в 2003 году, сопровождалась осложнениями у рожениц во время самих родов или в послеродовом периоде, при этом в стационарах было пролечено не менее 462 000 женщин. Учитывая, что, по данным Минздравсоцразвития России, здоровье беременных ухудшается от года к году и немалая часть указанных осложнений приходится именно на беременность, число осложнений в родах и послеродовом периоде (почти 1 млн женщин в год!) огромно для страны в целом.

С чем связано такое колоссальное число осложнений?

Здесь можно перечислить несколько основных причин:

- состояние здоровья женщины;
- врачебные ошибки при наблюдении беременной, а также отказ самой беременной от наблюдения во время беременности;

¹ Совещание руководителей служб охраны материнства и детства и органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, 5—6 октября 2004 г.

- врачебные ошибки или сложности, связанные с экстренностью ситуации при родовспоможении;
- врачебные ошибки при родовспоможении, в частности неправильно выбранная тактика ведения родов и метод родовспоможения;
- врачебные упущения при наблюдении в послеродовом периоде.

Наиболее частыми осложнениями после родов являются кровотечения и инфекционные осложнения. Особенно важной является ранняя диагностика этих осложнений. Однако в большинстве родильных домов *за женщинами, у которых было более или менее нормальное течение родов, впоследствии наблюдение не ведется.*

Так, для оценки степени кровопотери после родов необходимо осматривать используемые женщиной пеленки (прокладки) на предмет определения количества и качества выделяемого из половых путей, но часто санитарка выносит их без предварительного осмотра врачом или медсестрой. В норме *физиологическое кровотечение* возникает в третьем периоде родов — после рождения ребенка, но до рождения плаценты (последовый период). Количество теряемой при этом крови обычно не превышает 500 мл (0,5% от массы тела женщины). Физиологическое кровотечение еще некоторое время (до месяца) продолжается и в послеродовом периоде. Однако помните — выделения должны быть скудными.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

если вы слишком быстро тратите выданные вам пеленки, если после родов выделяемая кровь вытекает у вас струей или в ней присутствуют сгустки, появляется тахикардия¹, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, сильная слабость, боли в животе — необходимо срочно обратиться за помощью к врачу.

¹ Тахикардия — повышенная частота сердечных сокращений. В норме ЧСС не превышает 80 ударов в минуту.

Инфекционные осложнения могут возникать как по причине инфекции, имевшейся у женщины, так и по причине внутрибольничного заражения. Инфекционное осложнение в родах — **хориоамнионит** — может возникать во время диагностических процедур или при преждевременном разрыве плодных оболочек. И чем больше безводный промежуток, тем более вероятно развитие инфекционного процесса и у роженицы, и у ребенка.



Если в родах повышается температура тела, появляются тахикардия и озноб, гнойные выделения из половых путей, признаки тахикардии у плода, особенно если все это наблюдается на фоне длительного (более 12 часов) безводного промежутка времени, — обратите внимание врача и присутствующих на родах ваших близких (если таковые имеются) на эти симптомы.

Послеродовой эндометрит возникает обычно на 5—12-е сутки после родов, но, к счастью, у большинства родильниц протекает легко, без тяжелых последствий. Тяжелый эндометрит возникает обычно раньше — на 2—3-и сутки. Его клиническая картина сходна с проявлениями хориоамнионита: повышенная до 38—39 °С температура тела, тахикардия, слабость, озноб, гнойные выделения, боли внизу живота. Послеродовой эндометрит может протекать и без явных проявлений, поэтому при появлении каких-либо симптомов, которые вызывают у вас сомнение, проконсультируйтесь с врачом, попросите назначить анализы крови, УЗ-исследование. После «кесарева сечения» эндометрит может протекать более тяжело, и его диагностика не представляет для врача особых сложностей.

После «кесарева сечения» возможно также **инфицирование операционной раны**. Кроме общих признаков инфекционного осложнения — повышенной температуры тела, слабости и других, — появляются покраснение кожи, инфильтраты

в области операционной раны. При появлении подобных симптомов необходимо просить врача осмотреть послеоперационную рану, и в случае наличия проблемы он снимет швы и произведет санацию, а также назначит антибиотикотерапию и иммуностимулирующую терапию.

Послеродовой мастит также является инфекционным осложнением. Проявляется болезненностью молочных желез, нагрубанием, сложностями с выделением молока, а также другими проявлениями, характерными для инфекционных процессов.



При любом инфекционном процессе важным признаком является повышение температуры тела, поэтому вы должны обязательно сообщать врачу, если у вас поднялась температура. Локализация же инфекционного процесса выясняется по дополнительным признакам, в частности по болевым ощущениям в месте его развития.

Кроме того, вы должны знать, что плановых осмотров врачом в ночное время не предусмотрено, на посту находится только медицинская сестра, которую вы можете вызвать при помощи кнопки вызова, если таковая имеется, или при помощи соседки по палате, которую стоит разбудить в случае возникновения у вас осложнения. Не стоит дожидаться утра — в случае серьезного осложнения за несколько часов в вашем организме могут произойти необратимые процессы.

В. Выписка из родильного дома

Во избежание внутрибольничного инфицирования выписку родильницы рекомендуется проводить как можно раньше, но это не значит, что ее можно осуществлять несмотря ни на какие проблемы. Встречаются случаи, когда женщину из родильного дома выписывают даже с высокой температурой. Если вы попали в аналогичную ситуацию, требуйте перевода в другое медучреждение и письменного под-

тверждения — выписного эпикриза — того состояния, в котором вас выписывают. Вряд ли сотрудники роддома захотят подписывать подобный эпикриз, поскольку их действия в такой ситуации могут быть квалифицированы по ст. 124, 125 УК РФ, поэтому, вероятнее всего, они организуют ваш перевод в соответствующее ЛПУ.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и при том, что у новорожденного раннего неонатального периода отпала пуповина, пупочная ранка находится в хорошем состоянии, наблюдается положительная динамика массы тела, а также при условии правильного и своевременного патронажа мать с ребенком могут быть выписаны домой на 5—6-е сутки после родов¹.

Перед выпиской из родильного дома врач-педиатр в каждой палате должен провести с родильницами беседу об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях, а дежурная медицинская сестра обязана обработать и перепеленать ребенка в палате дополнительно. Она обучает мать пеленанию, рассказывает об особенностях ухода за новорожденным в домашних условиях.

В истории развития новорожденного медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов и слизистых, знакомит мать с записью. Запись удостоверяется подписями медицинской сестры и матери.

Медицинская сестра выдает матери медицинское свидетельство о рождении и обменную карту родильного дома (отделения больницы) со сведениями о новорожденном.

В день выписки ребенка старшая медицинская сестра отделения новорожденных по телефону сообщает в детскую поликлинику по месту его проживания основные сведения о выписанном ребенке. Это делается для проведения более быстрого первого патронажа на дому.

¹ Приказ от 09.01.1986 № 55 Минздрава СССР «Об организации родильных домов (отделений)».

После выписки из роддома акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому (на 2—3-и сутки после выписки) с последующим патронажем врача акушера-гинеколога по показаниям (в том числе после оперативного родоразрешения). Записи о результатах патронажного посещения акушерки заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы»¹. В первые три дня после выписки вас также будет посещать участковый врач-педиатр детской поликлиники, в дальнейшем — участковая медицинская сестра².

***Наиболее частые ошибки женщин
в послеродовом периоде***

***Самое страшное — роды — позади! —
вот девиз этого периода, девиз, который
часто бывает ловушкой!***

На возникающие у себя или ребенка проблемы новоиспеченные мамы не очень-то обращают внимание — ведь теперь все должно быть хорошо. Врачи тоже практически на любое осложнение реагируют одинаково: «Ну, это часто бывает, через неделю все нормализуется». Да и родственники, которые уже занимаются подготовкой праздничного торжества, ждут от молодой мамы отнюдь не проблем со здоровьем, а руководства их действиями, комментариев о похожести малыша на папу или маму и т.д. Но, снова повторим, «хочешь мира — готовься к войне». Вам нужно все также быть внимательной, не нужно впадать в эйфорию «освобождения от плода». Ведь и теперь может случиться много чего неприятного и опасного.

¹ Приказ Минздрава Российской Федерации от 10.02.2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

² Приказ Минздрава Российской Федерации от 19.01.1983 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах».

Глава 3

ПРОБЛЕМНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ



3.1. БЕРЕМЕННОСТЬ, НАСТУПИВШАЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ

*Б*лагодаря достижениям современной медицины в наше время стала возможной беременность, возникающая после искусственной инсеминации женщин спермой мужа (донора) или в результате экстракорпорального оплодотворения, что дало многим бездетным парам шанс на рождение ребенка.

В соответствии со ст. 35 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одинокрой женщины).

Сведения о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, медицинских и правовых аспектах ее последствий, данных

медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемые врачом, осуществляющим медицинское вмешательство».

По расчетам специалистов, в России в настоящее время имеется около 3 миллионов женщин детородного возраста, которые страдают абсолютным бесплодием. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.02.2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» терапия бесплодия может проводиться методами, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма матери. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки матери, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию женщины спермой мужа (донора).

Проведение ВРТ возможно только при наличии письменного информированного согласия пациентов.



3.2. АБОРТ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

В соответствии со ст. 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности».

В соответствии с приказом от 03.12.2007 г. № 736 Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания бере-

менности» перечень показаний для искусственного прерывания беременности достаточно велик. Надо понимать, что фактически это — список заболеваний женщины, при которых беременность нежелательна. Для того чтобы в случае имеющегося у вас тяжелого заболевания избежать аборта на позднем сроке беременности, стоит самостоятельно изучить специальную литературу и проконсультироваться со специалистами еще до наступления беременности или на ранних ее сроках относительно возможных для вас и вашего будущего ребенка осложнений и делать осознанный выбор, исходя из ваших приоритетов.

Если вам на позднем сроке беременности предлагают аборт по медицинским показаниям, а вы хотите сохранить ребенка, несмотря на имеющуюся для вашей жизни опасность, необходимо выяснить, возможно ли произвести не аборт, а «кесарево сечение» с целью сохранения жизни ребенку при возможности его выхаживания недоношенным, а также узнать, как снизить имеющиеся риски. Аборт, тем более на позднем сроке беременности, является травматичной для женщины операцией, и иногда совершенно неясно, почему беременной предлагают проведение аборта, а не искусственных родов, особенно в тех случаях, когда плод жизнеспособен.

Что касается патологий со стороны ребенка, то следует отметить, что они подтверждаются далеко не всегда, и женщинам часто предлагают сделать аборт без проведения исследований, достаточных для выявления пороков.

К сожалению, встречаются и случаи, когда таким образом (выполняя аборт) врачи помогают нерадивым (особенно несовершеннолетним) мамашам избавиться от нежелательной беременности.

В списке показаний к аборту в том же приказе № 736 значится: «Врожденные синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, **установленные методами пренатальной диагностики** (УЗИ, кардиотипирование плода, молекулярная диагностика)...». Другими словами, — отклонения должны быть подтверждены исследованиями.

К счастью, на сегодняшний день законодатели подошли к решению этого вопроса ответственно. Так, в настоящее время для решения вопроса о прерывании беременности при описанном предварительном диагнозе и неблагоприятном для жизни плода прогнозе в каждом конкретном случае должен быть собран перинатальный консилиум. Поэтому перед тем, как принимать решение, необходимо абсолютно точно установить факт наличия несовместимых с жизнью патологий у плода и помнить о том, что прерывание беременности осуществляется исключительно с согласия самой женщины.



3.3. АБОРТ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

В соответствии со статьей 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится с согласия женщины при сроке беременности до 22 недель.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности утвержден постановлением Правительства РФ от 11 августа 2003 г. № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности».

К таким показаниям отнесены:

- наличие решения суда о лишении (или ограничении) беременной родительских прав;
- беременность в результате изнасилования;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности I—II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

По мнению авторов, эта законодательная норма является нарушением норм общественной морали — ведь в прямом смысле совершается убийство жизнеспособного плода. Несмотря на всю трагичность указанных выше обстоятельств, трудно представить себе причины, позволяющие убить

плод, — они должны быть совершенно исключительными. Отметим, что в последнее время наблюдается тенденция к сокращению количества социальных показаний к абортам после 12 и до 22 недель. Как указано выше, плод в утробе матери не имеет никаких прав, в том числе и права на охрану жизни и здоровья. Принимая решение об аборте по социальным показаниям на большом сроке беременности, вы должны отдавать себе отчет в том, что:

- ребенок к 22 неделям беременности является вполне жизнеспособным, у него развиты все органы и системы;
- дав жизнь этому ребенку, вы можете отказаться от него после родов, отдав на попечение государству.

Государство должно прилагать значительные усилия по пропаганде рождаемости и сокращению числа абортотвор.



3.4. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПАТОЛОГИЯХ

При каких заболеваниях беременность может быть слишком рискованной?

Гипертоническая болезнь (ГБ) II—III стадии чревата такими осложнениями, как гестоз, хроническая гипоксия плода и др. Напомним, что при III стадии ГБ беременность вообще противопоказана.

Артериальная гипотензия опасна преждевременными родами, гипоксией плода, нарушением сократительной функции матки в родах.

Варикозная болезнь нижних конечностей опасна как усугублением течения самой болезни, так и осложнениями в родах: слабостью родовой деятельности, преждевременной отслойкой плаценты, кровотечениями.

Тромбозы вен и тромбофлебиты опасны в первую очередь тромбоемболическими осложнениями.

Пороки сердца — как врожденные, так и приобретенные — создают реальную угрозу для жизни женщины. Вопрос

о беременности должен решаться совместно с врачом после выяснения степени поражения сердца.

Бронхиальная астма может способствовать развитию гестоза, недоношенности плода.

Заболевания почек опасны как усугублением самого заболевания, так и общим негативным влиянием на течение беременности и родов.

Заболевания зрения во время беременности могут прогрессировать.

Тромбоцитопатии требуют своевременной профилактики кровотечений.

Сахарный диабет опасен преждевременным излитием околоплодных вод, гипоксией плода, слабостью родовой деятельности и др. После выявления рисков осложнений беременность проходит под строгим диспансерным наблюдением.

Миома матки может привести к преждевременным родам и плацентарной недостаточности, которая в свою очередь опасна развитием гипоксии и гипотрофии плода. Беременность при миоме не противопоказана, однако вопрос о ней решается с учетом размеров миомы.

Существуют также и другие экстрагенитальные заболевания, которые могут осложнить беременность и роды.

Что необходимо предпринять в случае наличия у вас тех или иных заболеваний до беременности? Обсудить с лечащим врачом возможность беременности и появления осложнений. Если же вы уже беременны, то обсудить надо также необходимость госпитализации в специализированный родильный дом (отделение) как во время беременности, так и с целью родоразрешения.

Глава 4

ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

*П*ознакомиться с данной малоприятной статистикой вам стоит только для того, чтобы знать наиболее опасные осложнения беременности, родов и послеродового периода. Показатель материнской смертности в России в 2—3 раза превышает тот же показатель в развитых странах, а в ряде стран — в 4—5 раз. В 2005 году в России материнская смертность составила 404 случая, или 27,7 смертей на 100 000 случаев живорождения.



4.1. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Согласно классификации МКБ-10 (Международная классификация болезней X пересмотра) материнская смерть определяется как «...смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

По данным Минздравсоцразвития России, уровень материнской смертности (МС) в РФ в последние годы имеет ярко

выраженную тенденцию к снижению, и за последние 7 лет он снизился с 40,3 на 100 000 родов в 2000 году до 22,0 на 100 000 родов в 2007 году (рис. 4). Для сравнения: в Норвегии и Швейцарии этот показатель равен 6, Финляндии — 11, Франции — 15, а в странах Африки — 400—800 смертям на 100 000 родов.

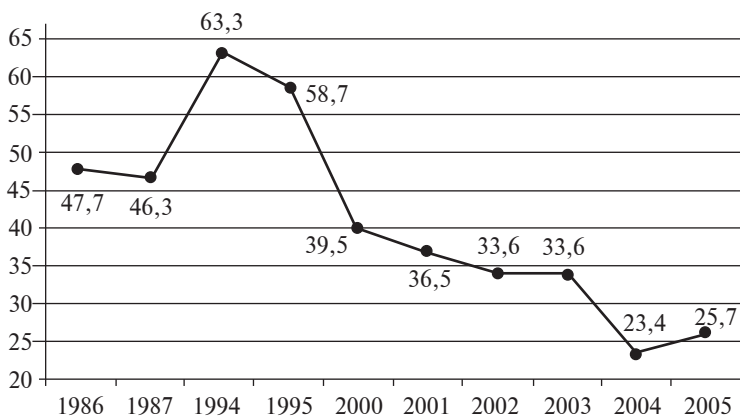


Рис. 4. Показатель материнской смертности в России (на 100 000 живорожденных), по данным Минздравсоцразвития России (2005)

При этом, как и ранее, подавляющее большинство материнских смертей, исключая смерть от абортa, были вызваны 4 основными причинами: кровотечениями, гестозом, экстрагенитальными заболеваниями и гнойно-воспалительными (септическими) осложнениями. Около 70% случаев материнских смертей относится к предотвратимым или условно предотвратимым.

По данным главного патологоанатома г. Москвы профессора О.В. Зайратьянца, в Москве ежегодно снижается число материнских смертей (рис. 5). Так же, как и по всей стране, основными причинами смерти (исключая смерть от абортa) были кровотечения, гестозы и экстрагенитальные заболевания (доля последних ежегодно растет и в 2007 г. составила 47%).

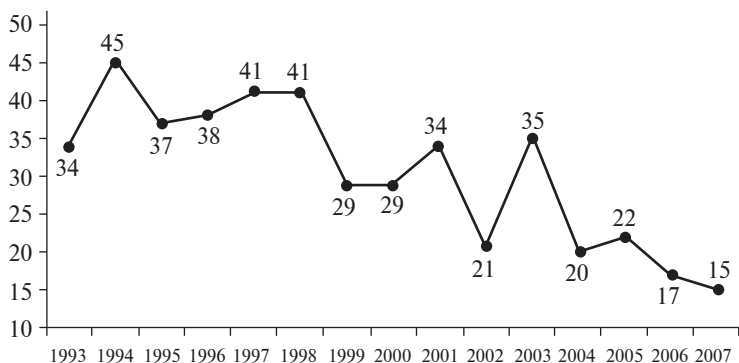


Рис. 5. Показатель материнской смертности в Москве (на 100 000 живорожденных), по данным главного патологоанатома г. Москвы

Поздняя материнская смерть

Поздняя материнская смерть определяется как «смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, и наступившая в период более 42 дней, но менее чем через 1 год после родов».

Итак, случаи поздней материнской смертности подразделяют на две группы.

1. *Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами*, т.е. смерть в результате акушерских осложнений беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2. *Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами*, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности¹.

¹ Приказ от 24.10.1989 г. № 584 МЗ СССР «О переходе на расчеты показателя материнской смертности в связи с определением ВОЗ.

В среднем, если учитывать данные за различные годы, на первом месте среди причин поздней материнской смерти находятся акушерские кровотечения (22—23%), на втором — токсикозы беременности (17—19%), на третьем — экстрагенитальные заболевания (14—15%), на четвертом — септические осложнения (14—15%), на пятом — анестезиологические осложнения (6—7%), на шестом — эмболия околоплодными водами и воздушная эмболия (6%), на седьмом — разрывы матки (4—5%), на восьмом — тромбоэмболия легочной артерии (3,5—4%), на девятом — другие акушерские осложнения.

По данным Минздравсоцразвития России, причины смерти беременных, рожениц и родильниц (с учетом умерших вне стационара) в 2005 году распределялись следующим образом: всего умерло беременных в сроке свыше 28 недель беременности, рожениц и родильниц — 254 женщины, из них каждая четвертая — от кровотечения (24,0%, или 61 случай), почти каждая пятая — от экстрагенитального заболевания (18,5%, или 47 случаев), каждая шестая — от позднего токсикоза беременности (17,3%, или 44 случая), каждая девятая — от гнойно-септического послеродового осложнения (11,4%, или 29 случаев).

В развитых странах структура материнской смертности сильно отличается от российской, притом что она в несколько раз меньше. На первый план там выходят тромбозы и эмболии, лечение которых представляет значительные сложности для современной медицины, на второй — другие экстрагенитальные заболевания. Это указывает на то, что в развитых странах Европы и Америки в отличие от России более широко применяются современные медицинские технологии, система оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам построена с учетом профилактики возможных осложнений, медицинская помощь оказывается более качественно.

Следует отметить, что при заболеваниях, потенциально опасных для жизни женщины и имевшихся у нее до беремен-

ности, женщина, как правило, осознанно идет на риск для своего здоровья. В таких ситуациях действия врача должны быть направлены на профилактику обострений и осложнений имеющихся заболеваний, госпитализацию в специализированный родильный дом (отделение больницы) с учетом имеющегося диагноза.

Что же касается так называемых акушерских причин, то, по мнению авторов, большая часть осложнений и летальных исходов беременных, рожениц и родильниц ложится на совесть врачей, поскольку современная медицина позволяет своевременно диагностировать и лечить практически любые осложнения беременности, родов и послеродового периода.

Исключениями являются случаи экстренного поступления женщины в стационар в тяжелом состоянии с заболеванием, которое послужило причиной смерти, и ряд осложнений, которые представляют сложности в лечении для современной медицины. Так, если роженица поступает в роддом с диагнозом «разрыв матки» и ее не удастся спасти, то в ее смерти сложно обвинять врачей, **если они сделали все, что было возможно, для спасения ее жизни.**

Такая точка зрения подтверждается и данными проведенного в России экспертного анализа¹ предотвратимости материнской смертности, произведенного в начале 1990-х годов: *в целом по России материнская смерть в 51,7% случаев могла быть предотвращена.* Есть и более новые данные. «По данным экспертной оценки, ежегодно более 70% (а по данным ряда авторов, до 86%) случаев материнской смерти относятся к предотвратимым и условно предотвратимым. При этом, по данным ряда авторов, свыше 13% летальных исходов в родах и послеродовом периоде обусловлены ятрогенными (возникшими в результате врачебного вмешательства) причинами.

Непредотвратимыми причинами материнской смерти принято считать акушерскую эмболию и некоторые виды

¹ Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. Кулакова В.И. — М.: Медпресс, 2000. — С. 239—297.

экстрагенитальной патологии, а основными предотвратимыми причинами — кровотечения, разрыв матки, токсикоз беременности и сепсис. Таким образом, в основе проблемы снижения материнской смертности лежит предупреждение именно этих патологических состояний.

Часто летальный исход обусловлен очевидными недостатками медицинской помощи — лечебно-диагностическими ошибками, нерациональным ведением родов, несвоевременно оказанной экстренной помощью и т.д. Это свидетельствует о наличии резервов в службе родовспоможения и о недостаточно хорошей работе органов управления и учреждений здравоохранения, занятых профилактикой и снижением материнской смертности в стране. Следовательно, уровень МС в большей степени отражает качество медицинской помощи и уровень организации медицинской службы, чем состояние здоровья и тяжесть патологии у женщин»¹.

Более 70% материнских смертей в России являются предотвратимыми!

Предотвратимость смерти матерей зависит в первую очередь от уровня акушерской помощи, квалификации медицинских кадров. Сколько из погибших женщин умерли по вине медиков, достоверно сказать нельзя, — в России не ведется статистика врачебных ошибок. С уверенностью можно сказать только одно: если бы основная цель каждого акушера-гинеколога совпадала с целью беременной женщины — благополучно родить здорового ребенка, — то статистика была бы иной, поскольку все меры профилактического и лечебного характера были бы направлены на достижение этой цели.

¹ Письмо Минздравсоцразвития Российской Федерации от 14.02.2007 г. № 1064-ВС «О материнской смертности в Российской Федерации в 2005 году».

Рассмотрим отдельно наиболее частые причины материнской смертности.

А. Акушерские кровотечения (смертность 22—23%)

Акушерские кровотечения можно разделить на три категории:

- кровотечение во время беременности;
- кровотечение в родах;
- кровотечение в последовом периоде.

Кровотечение, возникшее в поздние сроки беременности, опасно для жизни матери и ребенка и требует срочной госпитализации. Такое кровотечение обусловлено, как правило, предлежанием плаценты или отслойкой нормально расположенной плаценты.

Причиной **кровотечения в любом периоде родов** может являться разрыв матки. Причиной разрыва матки могут быть крупный плод (или голова плода), неправильное вставление головки, узкий таз роженицы, неправильное положение плода, опухоли яичников или матки, значительные рубцовые изменения шейки матки или влагалища, экзостозы.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

если боль очень резкая и между схватками не уменьшается, пульс повышен, в случае КТГ-контроля частота сердечных сокращений плода не соответствует норме (составляющей примерно 140 ударов в минуту)¹, возможно, у вас начинается разрыв матки.

Кровотечение, возникшее в третьем (последовом) периоде родов. Причинами его являются:

- нарушение отделения плаценты и выделения последа из матки;
- травмы мягких тканей родовых путей;
- наследственные и приобретенные нарушения гемостаза.

¹ «В норме частота сердечных сокращений плода составляет 120—160 уд./мин» (Неонатология / Пер. с англ. Под ред. Гомеллы Т.Л. М.Д. Каннигам. — Медицина, 1998).

В первом случае действия врачей должны быть направлены на отделение плаценты и выделение последа, при разрывах необходимо немедленное зашивание. В связи с опасностью развития геморрагического шока врач должен действовать очень быстро.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде (в первые 2 часа после рождения последа). Причинами его являются:

- задержка части последа в полости матки;
- гипотония и атония матки;
- наследственные и приобретенные нарушения гемостаза;
- разрывы матки и мягких тканей родовых путей.

«Родильницы должны находиться под наблюдением в родовом отделении (палате) не менее 2 часов»¹. В этот период вы должны сообщить врачу об изменениях своего состояния (см. раздел 2.2.9. «Послеродовой период»).

Отдельную группу составляют **послешоковые кровотечения**, которые возникают через несколько минут или часов после родов, прошедших после перенесенных экстремальных состояний, таких, как эмболия околоплодными водами, анафилактический шок, септический шок, травматический (болевой) шок, роды мертвым плодом, проведение операций без достаточного обезболивания и др. Эти кровотечения крайне опасны как внезапностью появления, так и тем, что могут возникать на фоне видимого нормализовавшегося состояния женщины, за которой уже не ведется интенсивного наблюдения.

Смерть женщин от акушерских кровотечений «лидирует» в статистике материнской смертности в России, при том что 87,2% смертей по причине кровотечений были признаны предотвратимыми. Это, несомненно, указывает на низкое качество оказываемой женщинам медицинской помощи. Так, во время беременности для лечения фетоплацентарной недостаточности врачи часто без контроля назначают препа-

¹ Приказ Минздрава СССР от 09.01.1986 г. № 55 «Об организации родильных домов (отделений)».

раты, нарушающие гемостаз, в родах необоснованно используют большие дозы сокращающих средств, для ускорения процесса родов применяют некоторые пособия при неотделившейся плаценте, недостаточно производят обезболивание родового акта, акушерских пособий и операций, в послеродовом периоде ведут недостаточное наблюдение за роженицами. Все это приводит к запоздалой диагностике кровотечений.

Число материнских смертей, возникших по причине акушерских кровотечений, снижается значительно медленнее, чем число материнских смертей от других причин. Так, по данным Минздравсоцразвития России, «за последние 10 лет доля умерших от кровотечения беременных, рожениц, родильниц осталась практически на прежнем уровне и составила в 2005 году 24,0% (61 случай смерти из 254 умерших беременных, рожениц, родильниц) против 25,6% (108 случаев из 421)» в 1996 году¹.

*Б. Поздние токсикозы беременности
(смертность 17—19%)*

Среди поздних токсикозов беременности различают: водянку беременных, нефропатию, преэклампсию и эклампсию.

Водянка беременных проявляется отеками и при отсутствии других проявлений не представляет серьезной угрозы для жизни матери и ребенка.

Для **нефропатии** характерны отеки, гипертензия², протеинурия³. Нередко может отмечаться сочетание двух симптомов. Обычно нефропатия развивается на фоне водянки беременных. Если у вас наблюдается хотя бы один из этих симптомов, необходимо наблюдать за развитием отеков, большим набором веса, кроме того, хорошо бы иметь дома аппарат

¹ Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 г. № 1064-ВС «О материнской смертности в Российской Федерации в 2005 году».

² Повышение кровяного давления.

³ Наличие белка в моче.

для измерения давления и информировать врача в случае повышения АД.

Преэклампсия — переходное состояние от нефропатии к эклампсии, которое для опытного врача не представляет сложностей в диагностике.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

если кроме проявлений нефропатии у вас появилась тяжесть или боль в голове, тошнота, рвота, нарушение зрения, срочно вызывайте врача. Вы не должны упустить момент ухудшения состояния, поскольку преэклампсия предвещает эклампсию.

Эклампсия — самое тяжелое, завершающее проявление гестоза (токсикоза), характеризуется судорогами, остановкой дыхания и переходом в коматозное состояние. В этой ситуации уже только родственники могут организовать вызов врача.

Запоздалая диагностика токсикоза связана как с некачественными действиями врачей, так и с разгильдяйским отношением женщин к своему здоровью. Ни в коем случае нельзя полагаться на «природную выносливость» и надежду, что все пройдет само по себе. Вы должны помнить, что отвечаете не только за свою жизнь, но и за жизнь вашего ребенка.

В. Экстрагенитальные заболевания (смертность 14—15%)

Среди женщин, умерших от экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ), выявлен самый низкий уровень предотвратимости смерти — 8,3%. Эксперты связывают это с тем, что большинству женщин при имеющихся у них заболеваниях беременность была противопоказана. В данном случае вопрос заключается только в том, информирована ли была врачом женщина о том, что ей нельзя беременеть. «Анализ случаев смерти женщин, погибших от ЭГЗ, свидетельствует о том, что более чем половине женщин беременность и роды

были противопоказаны, однако тяжесть состояния женщины недооценивалась или вопрос о целесообразности пролонгации беременности не рассматривался»¹. И «каждая четвертая из числа женщин, погибших от декомпенсации экстрагенитального заболевания, погибла от патологии сердечно-сосудистой системы (12 случаев из 47, или 25,5% в 2005 году; 26 случаев из 59, или 47,2% в 2004 году)»².

Женщины с имевшимися до беременности экстрагенитальными заболеваниями, которые сознательно идут на риск, связанный с беременностью, имеют право на такой выбор, и в случае появления впоследствии осложнений на фоне оказания качественной медицинской помощи, врачей в этих осложнениях обвинять нельзя. Однако в тех случаях, когда женщина не знает об имеющемся риске, а врач не проводит с ней разъяснительную работу, он принимает на себя большую часть ответственности в случае появления осложнений.

Г. Септические заболевания (смертность 14–15%)

Предотвратимость летального исхода при гнойно-септических заболеваниях (ЭГЗ) составляет 83,8%. Это при том, что растет недоучет случаев гнойно-септических заболеваний родильниц в акушерских стационарах. Так, по данным статистической отчетности (ф. 32), в 2001 году в акушерских стационарах было зарегистрировано 0,14% случаев послеродовой инфекции у родильниц (в 2000 году — 0,18%), в то время как по выборочным исследованиям она составляет около 5,0% и более³.

Речь идет о послеродовых осложнениях — эндометрите, перитоните и сепсисе, возникающих вследствие наличия

¹ Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 г. № 1064-ВС «О материнской смертности в Российской Федерации в 2005 году».

² Письмо Минздравсоцразвития России от 14.02.2007 г. № 1064-ВС «О материнской смертности в Российской Федерации в 2005 году».

³ Письмо Министерства здравоохранения России от 31.10.2002 г. № 2510/10836-02-32 «О материнской смертности в Российской Федерации в 2001 году».

у женщины инфекции во время беременности или заражения в стационаре. «Недостоверность учета и регистрации гнойно-септических заболеваний затрудняет анализ эпидемиологической ситуации в акушерских стационарах. В связи с неснижающимся числом родильниц, погибших от послеродовых гнойно-септических осложнений (42 случая, или 12,5% в 2001 году), и увеличением их доли в структуре материнской смертности следует обратить особое внимание на их своевременную диагностику, а также на обязательное проведение послеродового патронажа на дому и его эффективность»¹. Естественно, не предоставляя информации, акушерские стационары скрывают истинное положение вещей с внутрибольничным инфицированием, поскольку каждый случай ВБИ должен регистрироваться в органах Госсанэпиднадзора, а в родильном доме после регистрации случая ВБИ должна проводиться проверка. Кроме того, следует отметить, что «гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и родильниц, возникшие в период пребывания в стационаре и/или в течение 7 дней после выписки (максимальный инкубационный период), считают за акушерским стационаром»² и роддомам не хочется брать на себя ответственность за возникшие осложнения.

Несвоевременная диагностика гнойно-септических заболеваний у родильниц имеет место еще на этапе наблюдения женщины в женской консультации, где случаются недооценка состояния беременной, несвоевременное лечение или полное отсутствие такового при признаках инфекционного заболевания (многоводии, кольпите, лейкоцитозе в мазках), невыставление рисков возникновения гнойно-септических осложнений в родах и после них. В родильном доме

¹ Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2002 г. № 2510/10836-02-32 «О материнской смертности в Российской Федерации в 2001 году».

² Приказ Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

отмечаются такие же недостатки диагностики и лечения инфекционных осложнений, дополнительным же фактором является ВБИ.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

при тяжелой форме эндометрита (который начинается на 2—3-е сутки после родов) возникает болезненность матки, выделения становятся гнойными с ихорозным (неприятным) запахом, температура тела повышается до 38—39°C, развиваются тахикардия, озноб, слабость. При легкой форме эндометрита (он начинается на 5—12-е сутки после родов) также отмечается повышение температуры до 38—38,5°C, однако увеличение матки небольшое, а выделения длительное время остаются просто кровянистыми.

При перитоните (который развивается также на 2—3-е сутки после родов) источником инфекции, как правило, являются инфекционные процессы в матке. Вначале возникают сухость во рту, жажда, слабость, тахикардия, повышение температуры тела, парез кишечника, впоследствии (5—6-й день) — рвота, жидкий и частый стул, болезненность живота.

Д. Анестезиологические осложнения (смертность 6—7%)

Структура причин материнской смертности от анестезиолого-реанимационных осложнений сама по себе интересна тем, что практически все позиции, за исключением анафилаксии, — врачебные ошибки. Среди них: аспирационный синдром, осложнения интубации, осложнения катетеризации подключичных вен, реакция на анестетики (анафилаксия) и их передозировка, неправильно проведенная эпи(пери)дуральная анестезия, неадекватная инфузионная терапия.

Неслучайно А.П. Зильбер¹ говорит о том, что абсолютным противопоказанием к эпидуральной аналгезии в родах

¹ Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Этюды критической медицины. Т. 3, ПГУ, 1997.

является отсутствие квалифицированного анестезиологического персонала, правда, это должно являться противопоказанием к проведению любого вида анестезии. До сих пор во многих родильных домах интенсивную терапию и реанимационную помощь беременным, роженицам и родильницам оказывают врачи анестезиологи-реаниматологи «общего профиля», которые практически не знакомы с физиологическими особенностями организма беременных и особенностями интенсивной терапии в акушерстве.

Что можно предпринять. Конечно, неквалифицированность врача — это тот фактор риска, который невозможно предусмотреть, будь то анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог. Но очень важным моментом при выборе метода обезболивания родов или анестезии для проведения операции является совместное обсуждение подходящего метода с врачом, ведь лучшим является тот метод, которым анестезиолог хорошо владеет. И если вы были наслышаны об одном, а анестезиолог предлагает вам другое, стоит выяснить, может быть, дело именно в том, что он лучше владеет предлагаемым им методом и способен гарантировать качество своей работы. Кроме того, уверенность врача успокоит и вас, обсуждение метода анестезии является такой же неотъемлемой частью подготовки анестезиологом беременной женщины к родам, как и беседа, направленная на уменьшение предродовых или предоперационных страхов.

Е. Эмболия околоплодными водами (смертность 6%)

Смерть от эмболии околоплодными водами и тромбоэмболии легочной артерии считается практически непредотвратимой — смертность по различным данным достигает 60—80%. Однако авторы не согласны с такой точкой зрения уже потому, что при определении предотвратимости рассматривается уже возникшее осложнение. Действительно, для современной медицины данное осложнение, когда оно уже возникло, представляет проблему — еще не разработаны методы, гарантирующие в этой ситуации излечение.

Но следует понимать, что эмболия не появляется на ровном месте. Существуют условия ее возникновения:

- существенное превышение амниотического давления над венозным;
- зияние венозных сосудов матки.

Амниотическое давление может превысить венозное у много рожавших женщин при стремительных родах, тазовом предлежании плода, крупном плоде или многоплодной беременности, ригидной шейке матки и несвоевременно вскрытом плодном пузыре. Факторами превышения являются и наличие у беременной сахарного диабета, пороков сердца, тяжелых форм преэклампсии, а также неконтролируемое назначение диуретиков и стимуляция родовой деятельности.

Зияние сосудов матки наблюдается при предлежании и преждевременной отслойке плаценты (у которых также имеются устанавливаемые факторы риска возникновения), любом оперативном вмешательстве на матке (здесь давление в матке падает, и эмболия возникнуть не может), атонии послеродовой матки, травматических непроникающих разрывах матки.

Оба условия не представляют сложностей в установлении диагноза для квалифицированного врача. Таким образом, факторы риска возникновения эмболии околоплодными водами могут быть выявлены до возникновения родовой деятельности, после чего могут быть проведены соответствующая профилактика и контроль в родах.

Ж. Разрывы матки (смертность 4—5%)

Предотвратимость летального исхода при разрывах матки составляет 78,5%, а летальность за 2005 год составила 7%. Такой высокий процент обусловлен тем, что большая часть факторов, способствующих разрыву матки, таких, как крупный плод, узкий таз и другие, известна врачам заранее. При этом причинами разрыва матки могут быть и нарушения родовой деятельности, и неквалифицированная стимуляция родовой деятельности, и несвоевременное установление диагноза «клинически узкий таз».

Для беременных, относящихся к группе риска по возможному разрыву матки, очень важно составление плана ведения родов с минимальным риском для матери и ребенка. Как правило, во избежание осложнений в родах таким женщинам производят плановое или экстренное (после попытки первоначально вести роды через естественные родовые пути) «кесарево сечение». Если вы относитесь к такой группе риска и врачи с вашего, конечно, согласия решили, что роды будут производиться через естественные родовые пути, то вам необходимо контролировать действия медперсонала и следить за своим состоянием.



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

- накануне родов необходимо тщательное обследование на предмет соотношения размеров таза матери и размеров плода;
- необходимо также постоянное наблюдение за состоянием плода путем КТГ-контроля, так как гипоксия плода проявляется в первую очередь изменением частоты его сердечных сокращений (в норме составляющей около 140 уд./мин);
- если вам хотят применить метод Кристеллера (давление на живот), поворот плода при поперечном его положении, извлечение плода при тазовом предлежании или родоразрешить при неполном открытии маточного зева, предпочтительно отказаться от предложенного пособия и настоять на щадящем методе родоразрешения вплоть до проведения операции «кесарево сечение» в экстренном порядке;
- схватки при угрожающем или начавшемся разрыве матки носят судорожный характер, паузы между ними очень короткие, роженица испытывает сильную боль.

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, при этом у первородящих они встречаются в 2—3 раза чаще, чем у повторнородящих. Среди наиболее частых причин разрывов: неправильное оказание акушер-

ской помощи (неприменение приемов защиты промежности); оперативные вмешательства в родах (наложение щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец); крупный плод; быстрые и стремительные роды; разгибательные вставления головки плода.

Различают несколько степеней разрыва промежности. Наиболее тяжелые разрывы приводят к нарушению целостности кожи промежности, стенки влагалища и мышц промежности до сфинктера прямой кишки, иногда разрыв захватывает сфинктер прямой кишки, а в ряде случаев и ее стенку.



4.2. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Классификация МКБ-10 определяет следующие понятия:

Недоношенность — состояние новорожденного, рожденного при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней).

Доношенность — состояние новорожденного, рожденного при сроке беременности от 37 полных недель до менее чем 42 полных недель (259—293 дня).

Переношенность — состояние новорожденного, рожденного при сроке беременности в 42 полные недели или более (294 дня или более).

Перинатальный период — период времени, который начинается от 22 полных недель (154 дня) беременности (с того времени, когда в норме вес плода составляет примерно 500 г) и заканчивается через семь полных дней после рождения.

Неонатальный период — период времени, который начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения.

Неонатальная смертность (смертность среди живорожденных в период первых полных 28 дней жизни) может быть подразделена на раннюю неонатальную смертность, т.е. смертность в течение первых семи дней жизни, и позднюю

неонатальную смертность, т.е. имеющую место после 7 полных дней жизни и до 28 полных дней жизни.

Российскими медиками также применяется понятие «*интранатальный период*» — период времени в родах.

Причины младенческой смертности различны: на первом месте традиционно находится гипоксия плода или асфиксия в родах, на втором — респираторные расстройства, на третьем — врожденные аномалии, среди остальных причин стоит отметить родовые травмы и инфекционные заболевания.

По различным данным, предотвратимость младенческой смерти составляет от 20 до 50%. Однако такие данные сложно признать объективными. К сожалению, не единичны случаи, когда женщине, потерявшей ребенка, врачи заявляют, что это она сама во всем виновата — имела множество инфекций и т.п. (при этом никаких инфекций у женщины не обнаруживают). В таких случаях в документах, естественно, бывает указана врожденная патология плода, а не родовая травма или ВБИ или просто некачественное лечение. Только в последние годы наше акушерство (лучшая его часть) стало ориентироваться на интересы плода при ведении беременности и родов.

Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2003 году составила 12,4 смертей. При этом закончили беременность родами всего 1 307 277 женщин. Таким образом, младенческая смертность в абсолютном исчислении составила 16 210 человек, что в 35 раз превышает число случаев материнских смертей. Эти цифры потрясают: сложно предположить, что существует такая большая разница в состоянии здоровья матери и плода...

Причинами такой высокой смертности новорожденных, по существу, являются несостоятельность плода и проблемы в родах.

Что касается несостоятельности плода, то необходимо отметить, что при полноценной своевременной диагностике патологий плода можно своевременно решать вопрос об аборте или дальнейшем лечении ребенка. Другими словами, достаточно большой процент недиагностированных отклонений в развитии малыша остается на совести врачей даже в случае отсутствия необходимого оборудования у той поликлиники, в которой наблюдается беременная, поскольку всегда имеется возможность направления ее в специализированный стационар.

Проблемы в родах, как это уже обсуждалось, при правильно спланированных родах прогнозируемы и предотвратимы (за исключением экстренных ситуаций). По мнению одного из ведущих неонатологов страны, интранатальная (в родах) смерть ребенка — всегда результат врачебной ошибки, произошедшей вследствие неправильно выбранной тактики ведения родов. Смерть же доношенных здоровых детей после рождения, в раннем неонатальном периоде, как правило, результат ошибок при введении лекарственных средств, вакцин и отсутствия должного наблюдения за новорожденными.

Глава 5

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ ЛЕТ, И ИХ ДЕТЕЙ. ЛЬГОТЫ И ПОСОБИЯ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ



5.1. ОБЩИЕ ПРАВА БЕРЕМЕННЫХ И РОДИТЕЛЕЙ

Часть 2 статьи 7 Конституции Российской Федерации закрепила в законе, что в РФ обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. Кроме того, ст. 38 Конституции РФ провозглашает, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Защита материнства, детства, семьи осуществляется путем принятия государством мер поощрению материнства, охране интересов матери и ребенка, укреплению семьи, ее социальной поддержке, обеспечению семейных прав граждан.

Защита прав и свобод человека и гражданина (в том числе защита материнства, детства и семьи) находится в совместном ведении РФ и субъектов РФ в соответствии со ст. 72

Конституции России. Это означает совместное осуществление полномочий федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ, а также их общую ответственность за решение вопросов и состояние дел в этих сферах. В связи с этим органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления наделены правом устанавливать дополнительные меры поддержки семей, имеющих детей, соответственно, за счет средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

Согласно ч. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотрено законом, то применяются правила международного договора.

В преамбуле к Федеральному закону от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации» установлено, что Российская Федерация, выступая за соблюдение договорных и обычных норм, подтверждает свою приверженность основополагающему принципу международного права — принципу добросовестного выполнения международных обязательств.

Российская Федерация является участницей следующих международных договоров.

1. Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 декабря 1948 года, которая гласит, что:

- «...семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства...» (п. 3 ст. 16 Декларации);
- «...материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой...» (п. 2 ст. 25 Декларации).

2. Международного пакта о гражданских и политических правах, принятого Генеральной Ассамблеей Организации

Объединенных Наций 16 декабря 1966 года. Пункт 1 ст. 23 Пакта дублирует положение Всеобщей декларации прав человека о том, что семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства.

3. Конвенции о правах ребенка, одобренной Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 20 ноября 1989 года, подписанной от имени СССР 26 января 1990 года и ратифицированной Верховным Советом СССР 13 июня 1990 года.

Государства — участники данной Конвенции, убежденные в том, что семье как основной ячейке общества и естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей должны быть предоставлены необходимые защита и содействие с тем, чтобы она могла полностью возложить на себя обязанности в рамках общества, согласились с нижеследующим:

- государства-участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов или других лиц, несущих за него ответственность по закону, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры (п. 2 ст. 3 Конвенции);
- государства-участники признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка (п. 1 ст. 27 Конвенции);
- государства-участники в соответствии с национальными условиями и в пределах своих возможностей принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществлении этого права и в случае необходимости оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем (п. 3 ст. 27 Конвенции).

4. Конвенции № 103 Международной организации труда относительно охраны материнства (пересмотренной в 1952 году), принятой 28 июня 1952 года в Женеве на 35-й сессии Генеральной конференции МОТ и ратифицированной Указом Президиума ВС СССР 6 июля 1956 года.

Наряду с этим нормы законодательства **об охране здоровья граждан** распространяются в полной мере и на беременных женщин.

Так, согласно ст. 41 Конституции РФ государство гарантирует гражданам получение медицинской помощи. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается **бесплатно** за счет бюджетных, страховых и иных поступлений.

Согласно ст. 20 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Такая программа утверждается правительством РФ ежегодно и включает в себя бесплатную медицинскую помощь **при беременности**.

Также граждане имеют право на **дополнительные** медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий,

учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

При обращении за медицинской помощью и ее получении согласно ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» пациент имеет право, в частности, на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в ст. 31 «Основ», согласно которой «...каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения». Гражданин также вправе **непосредственно** знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему должны быть предоставлены **копии** медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Согласно ст. 32, 33 «Основ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

Гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия. **Отказ** от медицинского вмешательства с указанием возможных по-

следствий **оформляется записью** в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Согласно ст. 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» гражданин РФ имеет право на получение в системе медицинского страхования медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса.

Кроме того, законодательство РФ беременных женщин и матерей выделяет в особую категорию граждан, нуждающихся в поддержке государства.

Согласно ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

При этом согласно ст. 40 «Основ» **специализированная** медицинская помощь оказывается **врачами-специалистами** в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Данная норма подчеркивает, что медицинская помощь, оказанная персоналом, не имеющим высшего медицинского образования (акушерка), оказывается с нарушением данной нормы закона.



5.2. АДМИНИСТРАТИВНЫЕ И ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Согласно ст. 41 Конституции РФ, ст. 20 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», постановлению Правительства РФ от 15 мая 2007 г. № 286 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»

(в редакции постановления Правительства РФ от 30.04.2008 г. № 327) амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при беременности, родах, в послеродовой период и при абортах гражданам РФ **предоставляется бесплатно** и осуществляется государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения за счет средств обязательного страхования.

Медицинская помощь предоставляется в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации, требующих применения интенсивных методов диагностики и лечения, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям:

- при патологии беременности, родах и абортах;
- в период новорожденности.

Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в том числе в центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

На основании ст. 12, 13 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1 женская консультация и родильный дом как государственные или муниципальные учреждения здравоохранения обязаны осуществлять свою деятельность в соответствии с «Основными законодательства об охране здоровья граждан», другими законодательными актами РФ, правовыми актами субъектов РФ, а также нормативными актами Министерства здравоохранения РФ.

Согласно ст. 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке».

Таким образом, противоправным действием и нарушением требований эффективности и безопасности лечения будет считаться применение методов и средств, включая лекарственные, не имеющих регистрации, которую в настоящее время осуществляет Росздравнадзор.

Медицинская деятельность осуществляется только в соответствии с лицензиями, выдаваемыми согласно Федеральному закону «О лицензировании отдельных видов деятельности» и постановлению Правительства РФ от 04.07.2002 г. № 499 «О лицензировании медицинской деятельности».

Согласно приказу Минздрава СССР от 12 сентября 1977 г. № 830 «Об утверждении положений о родильном доме и женской консультации» и приказу Минздрава РФ от 10.04.98 г. № 113 «О введении в действие типового положения о женской консультации» **основными задачами женской консультации**, в частности, являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности и послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных женщин и гинекологических больных, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи...

Для достижения этих целей женская консультация должна осуществлять:

- своевременное амбулаторное обследование беременных женщин, предупреждение и выявление осложнений бе-

ременности, экстрагенитальных и послеродовых заболеваний; выявление беременных женщин, нуждающихся в госпитализации в отделения патологии беременности родильных домов и другие лечебно-профилактические учреждения по профилю заболевания (экстрагенитальные, эндокринные заболевания, иммуноконфликты, невынашивание беременности и др.);

- проведение диспансерного наблюдения за беременными женщинами, физической и психопрофилактической подготовки их к родам;
- патронаж акушерками на дому беременных и родильниц;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных и гинекологических больных; осуществление систематической связи с родильным домом (отделением).

Основными задачами роддома в соответствии с приказом Минздрава СССР от 12 сентября 1977 г. № 830 «Об утверждении положений о родильном доме и женской консультации», в частности, являются:

- оказание специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде (стационарной и амбулаторной);
- обеспечение надлежащего наблюдения, ухода и квалифицированной помощи новорожденным в период пребывания в родильном доме;
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта работы родильных домов;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов акушерско-гинекологической помощи и ухода за больными, повышение качества и культуры работы.

В соответствии с основными задачами родильный дом должен осуществлять:

- оказание квалифицированной стационарной и амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению;

- своевременное обследование и обеспечение квалифицированной специализированной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям и гинекологическим больным;
- совершенствование методов рационального ведения родов; широкое использование психопрофилактической и физической подготовки беременных женщин к родам; развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи беременным женщинам с акушерскими осложнениями и экстрагенитальной патологией;
- преемственность в наблюдении, обследовании и лечении беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей и гинекологических больных; осуществление систематической связи с женской консультацией, не входящей в состав объединения;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия в учреждении;
- мероприятия по повышению качества обслуживания, содержания и ухода за беременными женщинами, роженицами, родильницами, новорожденными детьми;
- повышение профессиональной квалификации, теоретического уровня и проведение систематической воспитательной работы среди врачей, среднего медицинского и другого персонала родильного дома.

Приказ Минздравсоцразвития России от 24.09.2007 г. № 621 «Об организации деятельности родильного дома (отделения)» в Положении «Об организации деятельности родильного дома (отделения)» несколько расширяет функции родильного дома, добавляя к прежним следующие:

- оказание стационарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы;
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний репродуктивной системы;

- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;
- санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортот и инфекций, передаваемых половым путем;
- установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных в учреждения здравоохранения для оказания им специализированной и высокотехнологической медицинской помощи;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача женщинам листов нетрудоспособности по беременности и родам в установленном порядке, принятие участия в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу в установленном порядке;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и персонала;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
- проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных;
- осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
- обеспечение проведения вакцинопрофилактики новорожденных и их обследования на наследственные заболевания в установленном порядке;
- организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме;
- взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими лечебно-профилактическими учреждениями

(противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и др.);

- обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным в соответствии с рекомендуемым стандартом;
- ведение учетной и отчетной медицинской документации в установленном порядке;
- организация повышения профессиональной квалификации врачебного и среднего медицинского персонала.

Понятие «квалифицированная помощь» раскрывается, в частности, в приказе Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов», где к врачу каждой специальности предъявляются квалификационные требования. Таким образом, эти требования становятся частью должностных обязанностей и квалификационных навыков работников женской консультации и роддома вместе с их должностными инструкциями. Должностные обязанности работников женской консультации и роддома также определены приказом Минздрава СССР от 8 апреля 1980 г. № 360 «Об утверждении положений о медицинских работниках родильных домов и женских консультаций (отделений)».

Статья 58 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» предписывает лечащему врачу организовать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента. При этом лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством РФ.

Статья 60 «Основ» налагает на каждого врача клятву (обязательство), а именно:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболева-

ний, сохранению и укреплению здоровья человека;

- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств...»

Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным оказывается в соответствии с федеральными и региональными отраслевыми стандартами оказания медицинской помощи, в числе которых:

- Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц (утверждены приказом Минздрава России от 05.11.1998 г. № 323);
- Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения (медицинские стандарты) по разделу «Акушерство» (утверждены приказом Департамента здравоохранения правительства Москвы от 12.05.1996 г. № 277);
- Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям (утверждены приказом Минздрава России от 07.05.1998 г. № 151).

В стандартах указан минимальный уровень диагностики на этапе установления диагноза, а также диагностики и лечения — после его установления.

Если, ознакомившись с отраслевыми стандартами, вы придете к выводу о том, что в отношении вас или вашего ребенка данные стандарты не выполняются или выполняются частично, вам необходимо уведомить об этом врача или руководителя медицинской организации. Стоит отметить, что отраслевые стандарты обязательны для выполнения только подведомственными Минздравсоцразвитию или региональному Департаменту здравоохранения медицинскими организациями и, таким образом, не являются обязательными для частных

медицинских организаций. В большинстве же случаев частные медицинские организации в Положениях (Уставах) о деятельности организации указывают, что обязуются выполнять отраслевые стандарты, утвержденные Минздравсоцразвитием или региональным департаментом. Это же положение, как правило, фигурирует в условиях выдачи лицензии.

Если вы решили заключить договор на возмездное медицинское обслуживание, то в ваших интересах отдельно оговорить, что объем медицинских услуг по сопровождению беременности и принятию родов не может быть меньше отраслевых федеральных стандартов.

Таким образом, государство создает и поддерживает сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения для оказания бесплатной медицинской помощи гражданам, налагая на эти учреждения соответствующие обязательства как перед самим государством, так и перед гражданами.



5.3. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ИСПОЛНИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Фундаментальным источником прав пациентов является Конституция России.

Согласно ч. 2 ст. 7 Конституции РФ: «В РФ охраняются труд и здоровье людей...».

Согласно ч. 1 ст. 41: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам **бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Преамбула «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» закрепляет **приоритет прав** и свобод человека и гражданина **в области охраны здоровья**. Это означает, что право на охрану здоровья имеет верховенство над правом, например, курить и без ограничений пить водку как факторами, вредящими здоровью.

В то же время согласно ст. 1 «Основ» «...государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами РФ, конституциями и иными законодательными актами республик в составе РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ».

Ст. 20 «Основ» (**основное право пациентов**) гласит, что «при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях **граждане имеют право на медико-социальную помощь**, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности».

В то же время «гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования».

Согласно ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе

и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих «Основ»;

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих «Основ»;
- отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих «Основ»;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих «Основ», а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих «Основ» в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд».

Согласно ст. 6 Закона РФ от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ» гражданин Российской Федерации в системе медицинского страхования имеет право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса.

Обращаясь за медицинской помощью в учреждение здравоохранения, гражданин вступает с ним в гражданско-правовые отношения, получая соответствующие услуги в рамках, установленных законодательством. В этой системе отношений **медицинская организация выполняет обязательства**, возложенные на нее государством в силу закона и отношений с самим пациентом. Со стороны медицинской организации нет полной автономии свободы воли, которая необходима при заключении договора. Но в соответствии со ст. 309 ГК РФ: «Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований — в соответствии с обычаями делового оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями».

Согласно ст. 6 ГК РФ, если гражданские отношения прямо не урегулированы законодательством или соглашением сторон и отсутствует применимый к ним обычай делового оборота, то к таким отношениям, если это не противоречит их существу, применяется гражданское законодательство, регулирующее сходные отношения (аналогия закона).

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 22.01.2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» пациент является потребителем медицинской услуги, обращающимся в медицинское учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

В соответствии со ст. 4 Закона РФ «О защите прав потребителей» (аналогия закона в отношении оказания услуг) исполнитель, при отсутствии в договоре условий о качестве услуги, обязан оказать услугу, пригодную для целей, для которых услуга такого рода обычно используется.

Одновременно из ст. 7 этого же Закона следует, что потребитель имеет право на то, чтобы услуга была безопасна для жизни и здоровья потребителя.

По смыслу Методических рекомендаций «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» (утвержденной Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.) помощь гражданам должна оказываться надлежащего качества, которое определяется совокупностью признаков медицинских технологий, правильностью их выполнения и результатами их проведения.

Отсюда следует, что обязательства женской консультации и родильного дома по оказанию квалифицированной и качественной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при беременности, ее патологии, а также родовспоможению и послеродовой помощи возникают в силу:

- приведенных конституционных и законодательных норм и гарантий, нормативных актов Правительства РФ и Министерства здравоохранения и социального развития РФ;
- учредительных документов женской консультации и роддома, их лицензий;
- обычно предъявляемых в гражданском законодательстве требований, в данном случае — требований к качеству услуги;
- самого факта оказания помощи женщине и ее ребенку указанными учреждениями.

В соответствии с ч. 2 ст. 401 ГК РФ «...отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство» (презумпция вины).

Согласно ст. 1064 ГК РФ (обязательства по возмещению вреда) причинитель вреда обязан возместить вред, если не докажет, что вред наступил не по его вине. Согласно ст. 1095 ГК РФ возмещение происходит без учета вины причинителя, но во всех случаях причинно-следственную связь между противоправными действиями врачей и наступившим вредом придется доказывать истцу.

На основании ч. 1 и 3 ст. 401 ГК РФ лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотри-

тельности, какая от него требовалась по характеру обязательства, оно приняло *все меры* для надлежащего исполнения обязательства, а если иное не предусмотрено законом или договором, лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

Согласно ст. 68 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с п. 1 ст. 66 настоящих «Основ».

Согласно ст. 66 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленными законодательством РФ.

Потерпевшими в случае смерти гражданина считаются его родственники в силу причинения им морального вреда, а также лица, находившиеся на иждивении у кормильца.

Гражданская ответственность перед этими лицами возникает у медицинской организации, причинившей вред, в силу обязательств за причинение вреда (деликтов). Таким образом, в соответствии с гл. 58 ГК РФ пациенты и их родственники имеют право на возмещение вреда.

В соответствии со ст. 151, 1099, 1100, 1101 ГК РФ пациенты и их родственники имеют право на компенсацию морального вреда (физических и нравственных страданий). Размер морального вреда определяется судом исходя из оценки причиненных страданий. В делах по возмещению морального вреда вина причинителя вреда должна быть установлена судом.



5.4. ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим государственную регистрацию рождения ребенка, является Федеральный закон от 15.11.1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»¹, в частности, глава вторая.

Согласно ст. 15 данного Закона государственная регистрация рождения производится органом записи актов гражданского состояния (далее — органы ЗАГС) по месту рождения ребенка или по месту жительства родителей (одного из родителей).

Для государственной регистрации ребенка в органы ЗАГС необходимо представить:

1) **заявление** от одного из следующих лиц: а) родителей ребенка или одного из родителей (может быть сделано в устной форме); б) родственника одного из родителей или иного уполномоченного родителями (одним из родителей) лица; в) должностного лица медицинской организации или должностного лица иной организации, в которой находилась мать во время родов или находится ребенок (в случае если родители не имеют возможности лично заявить о рождении ребенка);

2) в зависимости от места рождения ребенка, а также от лиц, присутствовавших во время родов, в качестве основания для государственной регистрации, один из следующих документов: а) документ установленной формы о рождении, выданный медицинской организацией; б) документ установленной формы о рождении, выданный медицинской организацией, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах или в которую обратилась мать после родов, либо лицом, занимающимся частной медицинской практикой, —

¹ Текст опубликован в «Российской газете» от 20.11.1997 г., в Собрании законодательства Российской Федерации от 24.11.1997 г., № 47, ст. 5340.

при родах вне медицинской организации; в) заявление лица, присутствовавшего во время родов, о рождении ребенка — при родах вне медицинской организации и без оказания медицинской помощи;

3) документы, удостоверяющие личности родителей (одного из родителей) или личность заявителя;

4) документы, подтверждающие полномочия заявителя (в случае если родители не имеют возможности лично заявить о рождении ребенка);

5) документы, являющиеся основанием для внесения сведений об отце в запись акта о рождении ребенка;

6) документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт получения согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка, — в случаях государственной регистрации рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания.

Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее чем через месяц со дня рождения ребенка.

При отсутствии оснований для государственной регистрации рождения ребенка, т.е. отсутствии документов, указанных в п. 2 (например, в случае, когда женщина рожала вне медицинской организации без свидетелей, либо от свидетеля по каким-либо причинам нельзя получить заявление о рождении ребенка), государственная регистрация рождения ребенка производится **на основании решения суда** об установлении факта рождения ребенка данной женщиной.

Сведения о матери ребенка вносятся в запись акта о рождении ребенка на основании документов, перечисленных выше в п. 2, либо, при отсутствии таковых, — **на основании решения суда** об установлении факта рождения ребенка данной женщиной.

По общему правилу сведения об отце ребенка вносятся на основании свидетельства о браке родителей (ст. 17 Закона «Об актах гражданского состояния»).

При расторжении между родителями ребенка брака, признания его судом недействительным или смерти супруга, если со дня происшествия данного юридического факта до дня рождения ребенка прошло не более трехсот дней, сведения об отце ребенка вносятся на основании свидетельства о браке родителей или иного документа, подтверждающего факт государственной регистрации заключения брака, а также документа, подтверждающего факт и время прекращения брака.

Если родители ребенка не состоят в браке между собой, сведения об отце ребенка вносятся: а) на основании записи акта об установлении отцовства — если отцовство устанавливается и регистрируется одновременно с государственной регистрацией рождения ребенка; б) по заявлению матери ребенка — если отцовство не установлено.

Если мать ребенка не состоит в браке, а отцовство ребенка не установлено, то фамилия отца ребенка записывается по фамилии матери, имя и отчество отца ребенка — по ее указанию; по ее желанию данные сведения могут в запись акта о рождении ребенка вообще не вноситься. Однако если такие сведения внесены, это не является препятствием для решения вопроса об установлении отцовства.



5.5. ПРАВО НА СОВМЕСТНОЕ НАХОЖДЕНИЕ С РЕБЕНКОМ ПРИ ЕГО ЛЕЧЕНИИ В СТАНЦИОНАРЕ

«Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетру-

доспособности» (ст. 22 «Основ законодательства об охране здоровья граждан»).

Согласно действующему законодательству ребенком в нашей стране признается лицо, не достигшее восемнадцатилетнего возраста.

Согласно п. 12 ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» пациент имеет право на допуск к нему адвоката или **законного представителя для защиты его прав.**

В соответствии со ст. 64 Семейного кодекса РФ **«Родители являются законными представителями своих детей** и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, **без специальных полномочий**». Осуществлять права и обязанности отец, а не только мать ребенка могут с момента его рождения, а это значит, что отец вправе присутствовать уже на родах своего ребенка. Права человека и гражданина приобретаются ребенком в момент рождения, и, стало быть, родительские права и обязанности возникают в тот же момент.

Нарушение данной нормы закона происходит повсеместно и мотивируется администрацией медучреждений отсутствием взрослых коек в детских стационарах. По факту же в большинстве случаев, если женщина соглашается на время госпитализации ребенка поработать уборщицей в больнице безвозмездно, или, наоборот, заплатить за свое пребывание, койка сразу находится. Не стесняйтесь отстаивать свое право: даже если ребенку необходима медицинская квалифицированная помощь в стационаре, то вопрос ухода и психологического благополучия никто не решит лучше вас. И жалобы в Лигу пациентов подтверждают это: порой некачественный уход за ребенком в стационаре приводит к очень тяжелым последствиям.

Кроме того, в ваше отсутствие вопросы о любом медицинском вмешательстве в нарушение вашего права решает лечащий врач, а этого происходить не должно.



5.6. РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ

С 2006 года в РФ постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 852 введен в обращение родовый сертификат. Родовый сертификат — документ, выдаваемый женщинами врачами учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и (или) родов, при сроке беременности 30 недель (при многоплодной беременности — 28 недель) и более при явке к врачу на очередной осмотр. Наличие сертификата предполагает возможность беременной выбирать родильный дом (акушерский стационар) для родоразрешения по собственному усмотрению. При этом родовый сертификат обеспечивает возможность медицинских учреждений получать от государства деньги за оказанные женщине услуги.

Приказом Министерства здравоохранения и социально-го развития РФ от 10 января 2006 г. № 5 утверждена «ПАМЯТКА» для беременных следующего содержания:

«Физиологическое течение беременности и родоразрешение являются залогом рождения здорового ребенка.

Своевременная постановка беременной женщины на учет до 12 недель беременности и последующее регулярное посещение врача акушера-гинеколога (не менее 10 раз) позволит наблюдать течение беременности, осуществлять профилактику многих заболеваний и осложнений, своевременно проводить необходимые медицинские обследования по показаниям и создать условия для благоприятного исхода родов.

Регулярные посещения врача акушера-гинеколога помогут женщине не только избежать многих осложнений беременности, но и предотвратить ряд заболеваний ребенка, получить практические рекомендации по профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний во время беременности (анемии, угрозы прерывания беременности и др.), правильному питанию и поведению во время родов, грудному вскармливанию ребенка.

Беременная женщина имеет право выбора женской консультации, в которой она предполагает встать на учет и наблюдаться по беременности, а также родильного дома.

Родовой сертификат позволяет женщине в полной мере реализовать свое право выбора учреждения здравоохранения, а также получить квалифицированную и качественную медицинскую помощь в период беременности и родов.

На основании родового сертификата производится оплата услуг по родовспоможению, предоставляемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «акушерство и гинекология».

При этом учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности (женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты), получают по 2000 рублей за каждую женщину, а учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в период родов (родильные дома, родильные отделения, перинатальные центры), — по 5000 рублей за каждую женщину.

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;*
- *родовой сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения.*

Родовой сертификат выписывается женщине, вставшей на учет по беременности, женской консультацией с 30 недель беременности (в случае многоплодной беременности — с 28 не-

дель беременности) при условии непрерывного наблюдения и ведения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе данной женской консультацией не менее 12 недель.

При этом талон № 1 родового сертификата остается в женской консультации, а родовый сертификат с талоном № 2 родового сертификата выдается женщине для последующего представления их вместе с обменной картой при поступлении на роды в родильный дом, выбранный женщиной.

Для работающих женщин родовый сертификат выдается одновременно с листком нетрудоспособности, выдаваемым в порядке, установленном законодательством РФ.

При постановке женщины на учет в женскую консультацию не по месту жительства ей представляется выписка из амбулаторной карты наблюдения женщины в женской консультации и справка о снятии ее с учета в женской консультации по месту жительства.

После рождения ребенка родильный дом вносит соответствующие сведения в родовый сертификат и талон № 2 родового сертификата.

При этом талон № 2 родового сертификата остается в родильном доме.

Родовый сертификат (без талонов) выдается женщине при выписке и оплате не подлежит».



5.7. ДЕНЕЖНЫЕ ПОСОБИЯ

Согласно Федеральному закону от 19.05.1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» устанавливаются следующие виды государственных пособий:

- пособие по беременности и родам;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком;
- ежемесячное пособие на ребенка;

- единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью;
- единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву;
- ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву.

Пособие по беременности и родам

Согласно ст. 11 ФЗ Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» пособие по беременности и родам выплачивается застрахованной женщине в размере 100% среднего заработка.

В то же время установлено, что размер пособия по беременности и родам не может превышать максимальный размер пособия по беременности и родам, установленный федеральным законом о бюджете Фонда социального страхования РФ на очередной финансовый год. Если застрахованное лицо работает у нескольких работодателей, размер пособия по беременности и родам не может превышать указанного максимального размера указанного пособия в каждом месте работы. Между тем **норма, устанавливающая максимальный размер пособия по беременности и родам** (табл. 3), содержащаяся в ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 11.02.2002 г. № 17-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2002 год» и в настоящее время действующая в редакции Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования РФ на 2007 год» (ч. 1 ст. 13), **признана не соответствующей Конституции РФ** постановлением Конституционного Суда РФ от 22.03.2007 г. № 4-П. В этой ситуации застрахованной женщине, имеющей страховой стаж менее шести месяцев, пособие по беременности и родам выплачивается в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом, а в районах и местностях, в которых

в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, в размере, не превышающем минимального размера оплаты труда с учетом этих коэффициентов (см. письмо ФСС РФ от 02.12.2002 г. № 02-18/05-8417).

Таблица 3

Максимальный размер пособия по беременности и родам

Период, на который установлен размер пособия	Максимальный размер пособия за полный календарный месяц ¹	Основание
на 2010 год	23 400 руб.	пп. 2 п. 1 ст. 12 Федерального закона от 21.07.2007 г. № 183-ФЗ
на 2009 год	23 400 руб.	пп. 2 п. 1 ст. 12 Федерального закона от 21.07.2007 г. № 183-ФЗ
на 2008 год	23 400 руб.	пп. 2 п. 1 ст. 12 Федерального закона от 21.07.2007 г. № 183-ФЗ
на 2007 год		п. 1.1 ст. 13 Федерального закона от 19.12.2006 г. № 234-ФЗ
	по правоотношениям, возникшим с 1 сентября 2007 года, — 16 125 руб.	п. 1 ст. 13 Федерального закона от 19.12.2006 г. № 234-ФЗ
на 2006 год	15 000 руб.	п. 1 ст. 3 Федерального закона от 22.12.2005 г. № 180-ФЗ

¹ В районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, размер пособия определяется с учетом этих районных коэффициентов.

Период, на который установлен размер пособия	Максимальный размер пособия за полный календарный месяц	Основание
на 2005 год	12 480 руб.	п. 2 ст. 8 Федерального закона от 29.12.2004 г. № 202-ФЗ
на 2004 год	11 700 руб.	ст. 7 Федерального закона от 08.12.2003 г. № 166-ФЗ; ст. 15 Федерального закона от 11.02.2002 г. № 17-ФЗ
на 2003 год	11 700 руб.	ст. 8 Федерального закона от 08.02.2003 г. № 25-ФЗ; ст. 15 Федерального закона от 11.02.2002 г. № 17-ФЗ
на 2002 год	11 700 руб.	ст. 15 Федерального закона от 11.02.2002 г. № 17-ФЗ

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель), выплачивается в размере 300 рублей (в редакции Федерального закона от 07.08.2000 г. № 122-ФЗ, ст. 9 Федерального закона РФ от 28.12.2001 г. № 181-ФЗ).

Единовременное пособие при рождении (усыновлении) ребенка выплачивается в размере 8000 рублей (в редакциях федеральных законов от 24.11.1995 г. № 184-ФЗ, от 07.08.2000 г. № 122-ФЗ, от 28.12.2001 г. № 181-ФЗ, от 29.12.2004 г. № 206-ФЗ, от 22.12.2005 г. № 178-ФЗ), а с 1 января 2008 года размер единовременного пособия при рождении ребенка с учетом индексации составляет **8680 рублей** (письмо ФСС России от 05.03.2008 г. № 02-18/07-1931).

С 1 января 2008 года размер **ежемесячного пособия по уходу за ребенком неработающим гражданам**, осуществляющим уход за ребенком, а также минимальные размеры ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию, с учетом индексации составляют:

- за первым ребенком — 1627,5 рублей;
- за вторым и последующими детьми — 3255 рублей.

Максимальный размер ежемесячного пособия по уходу за ребенком застрахованным лицам — 6510 рублей (письмо ФСС России от 05.03.2008 г. № 02-18/07-1931).

В районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, минимальный и максимальный размеры указанного пособия определяются с учетом этих коэффициентов.

В случае ухода за двумя и более детьми до достижения ими возраста полутора лет размер пособий суммируется. При этом суммированный размер пособия, исчисленный исходя из среднего заработка (дохода, денежного довольствия), не может превышать 100% размера указанного заработка (дохода, денежного довольствия), но не может быть менее суммированного минимального размера пособия.

При определении размера ежемесячного пособия по уходу за вторым ребенком и последующими детьми учитываются предыдущие дети, рожденные (усыновленные) матерью данного ребенка.

В случае рождения двух или более детей указанное пособие выплачивается на каждого ребенка.

Размер **единовременного пособия при передаче ребенка на воспитание в семью** составляет **8000 рублей**.

Право на **единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву**, имеет жена военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, срок беременности которой составляет не менее 180 дней.

Единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, выплачивается в размере **14 000 рублей**.

Право на **ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву**, имеют:

- мать ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву;
- опекун ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, либо другой родственник такого ребенка, фактически осуществляющий уход за ним, в случае если мать умерла, объявлена умершей, лишена родительских прав, ограничена в родительских правах, признана безвестно отсутствующей, недееспособной (ограниченно дееспособной), по состоянию здоровья не может лично воспитывать и содержать ребенка, отбывает наказание в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, находится в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, уклоняется от воспитания ребенка или от защиты его прав и интересов или отказалась взять своего ребенка из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и из других аналогичных учреждений.

Если уход за ребенком военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, осуществляется одновременно несколькими лицами, право на получение ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, предоставляется одному из указанных лиц.

Матери ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, выплачивается со дня рождения ребенка, но не ранее дня начала отцом ребенка военной службы по призыву. Выплата указанного пособия прекращается по достижении ребенком военнослужащего, проходящего военную службу по призыву,

возраста трех лет, но не позднее дня окончания отцом такого ребенка военной службы по призыву.

Ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, выплачивается в размере **6000 рублей на каждого ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву**.

Согласно ст. 16 Федерального закона от 19.05.1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» размер, порядок назначения, индексации и выплаты **ежемесячного пособия на ребенка** устанавливаются законами и иными нормативными правовыми актами субъекта РФ.

Например, в г. Москве ежемесячное пособие на детей, предусмотренное законом города Москвы от 3 ноября 2004 г. № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка», составляет:

- на детей одиноких матерей — 1250 рублей (на ребенка);
- на детей родителей, уклоняющихся от уплаты алиментов или являющихся военнослужащими по призыву, — 750 рублей (на ребенка);
- на детей в остальных семьях — 500 рублей (на ребенка).

Пособия многодетным семьям

Категории семей, которые относятся к многодетным и нуждаются в дополнительной социальной поддержке, в соответствии с Указом Президента РФ от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» определяются органами исполнительной власти регионов РФ. В большинстве субъектов РФ семьи, в которых воспитывают троих и более детей, относятся к многодетным. Официально усыновленные дети учитываются в составе семьи наравне с родными.

Указом Президента РФ от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» установлен ряд льгот для многодетных семей:

- скидка в размере не ниже 30% от установленной платы за пользование отоплением, водой, канализацией, газом и электроэнергией, а для семей, проживающих в домах, не имеющих центрального отопления, — от стоимости

топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению на данной территории;

- бесплатная выдача лекарств, приобретаемых по рецептам врачей, для детей в возрасте до 6 лет;
- бесплатный проезд на внутригородском транспорте (трамвай, троллейбус, метрополитен и автобус городских линий (кроме такси), а также в автобусах пригородных и внутрирайонных линий для учащихся общеобразовательных школ);
- прием детей в дошкольные учреждения в первую очередь;
- бесплатное питание (завтраки и обеды) для учащихся общеобразовательных и профессиональных учебных заведений за счет средств всеобща и отчислений от их производственной деятельности и других внебюджетных отчислений;
- бесплатное обеспечение в соответствии с установленными нормативами школьной формой либо заменяющим ее комплектом детской одежды для посещения школьных занятий, а также спортивной формой на весь период обучения детей в общеобразовательной школе за счет средств всеобща либо иных внебюджетных средств;
- один день в месяц для бесплатного посещения музеев, парков культуры и отдыха, а также выставок.

Декларировано:

- оказание необходимой помощи многодетным родителям, желающим организовать крестьянские (фермерские) хозяйства, малые предприятия и другие коммерческие структуры, выделение для этих целей земельных участков, а также предоставление льгот по взиманию земельного налога и арендной платы в виде полного или частичного освобождения от налога на определенный срок либо понижения ставок налога; предоставление безвозмездной материальной помощи либо беспроцентных ссуд для возмещения расходов на развитие крестьянского (фермерского) хозяйства; предусмотрено полное или частичное освобождение от уплаты регистрационного сбора

с физических лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью;

- обеспечение первоочередного выделения для многодетных семей садово-огородных участков;
- содействие предоставлению многодетным семьям льготных кредитов, дотаций, беспроцентных ссуд на приобретение строительных материалов и строительство жилья;
- при разработке региональных программ занятости учет необходимости трудоустройства многодетных родителей, возможности их работы на условиях применения гибких форм труда (неполного рабочего дня, неполной рабочей недели, работы на дому, временных работ и т.д.); организация их обучения и переобучения с учетом потребностей экономики региона.

Многодетным семьям предусмотрены льготы по жилищно-бытовым услугам, а текущий ремонт в помещении по договору социального найма в соответствии со ст. 67 Жилищного кодекса РФ может быть отнесен за счет соответствующего бюджета.

В соответствии со ст. 64 Семейного кодекса РФ законными представителями своих детей являются родители. Суммы, причитающиеся ребенку в качестве алиментов, пенсий, пособий, поступают в распоряжение родителей (лиц, их заменяющих) и расходуются ими на содержание, воспитание и образование ребенка в соответствии с п. 2 ст. 60 Семейного кодекса РФ. Следует помнить, что родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.



5.8. «МАТЕРИНСКИЙ КАПИТАЛ»

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» с 2007 года Пенсионный фонд начал прием заявлений на получение «материнского капитала». По-

тратить деньги можно будет только через три года. Право на капитал имеют женщины — гражданки России, родившие (усыновившие) второго ребенка, начиная с 1 января 2007 года, а также третьего и последующих детей, если они не оформляли получение денег при рождении второго ребенка. То есть право на капитал предоставляется только один раз. Не случайно этот капитал назван материнским (семейным), потому что получить сумму может и отец (усыновитель) второго ребенка, если мать умерла или лишена родительских прав.

Кроме того, если ребенок, в связи с рождением которого предоставлялся семейный капитал, остался сиротой до совершеннолетия (либо до 23 лет при условии очного обучения), он также сможет воспользоваться этими деньгами.

Для оформления «материнского капитала» женщина должна явиться с заявлением, паспортом и свидетельством о рождении детей в свое отделение Пенсионного фонда. Там в течение месяца будет принято решение об установлении ей капитала, о чем заявительницу уведомят так называемым «материнским письмом».

Если за семейным капиталом обращается отец, потребуются документы, подтверждающие отсутствие (смерть, лишение родительских прав и т.д.) матери; если ребенок — нужно будет подтвердить отсутствие обоих родителей. Воспользоваться этими средствами можно по достижении ребенком трех лет — то есть не ранее 2010 года.

Сертификат на получение денег выдаст также Пенсионный фонд. На рассмотрение заявлений от родителей фонду требуется месяц. Затем в пятидневный срок они получают «материнское письмо», в котором ПФР уведомит о назначении капитала. За самим сертификатом придется явиться лично в орган Пенсионного фонда.

Деньги не будут выдаваться наличными, вместо них родители получают сертификат на данную сумму. Этот сертификат можно будет обменять либо на квадратные метры жилья, либо на накопительную часть пенсии мамы. А можно потратить на образование детей.

Для упорядочивания этой задачи были приняты:

- постановление Правительства РФ от 24 декабря 2007 г. № 926 «Об утверждении Правил направления средств (части средств) материнского (семейного) капитала на получение образования ребенком (детьми) и осуществление иных связанных с получением образования ребенком (детьми) расходов»;
- постановление Правительства РФ от 12 декабря 2007 г. № 862 «О Правилах направления средств (части средств) материнского (семейного) капитала на улучшение жилищных условий».

Первоначальная сумма «материнского капитала» была установлена в размере 250 тыс. рублей. Вместе с тем нормы закона позволяют ежегодно ее пересматривать с учетом темпов роста инфляции. Пенсионный фонд ежегодно, не позднее 1 сентября, будет информировать лиц, имеющих сертификаты на «материнский капитал», о его размере или о размере оставшейся его части.

В 2008 году размер «материнского (семейного) капитала» составит 271 250 рублей, в 2009 году — 290 240 рублей, в 2010 году — 307 650 рублей.

В настоящее время (середина 2008 года) готовятся дополнительные предложения по индексации «материнского капитала», исходя из прогноза повышения инфляции в 2008 году до 10,5%.

Законом предусмотрено, что «материнский капитал» будет выдаваться в следующих случаях:

- женщинам, родившим или усыновившим второго ребенка, начиная с 1 января 2007 года;
- женщинам, родившим или усыновившим третьего ребенка или последующих детей, начиная с 1 января 2007 года, если ранее они не воспользовались правом на материнский капитал.

Мужчины также могут претендовать на «материнский капитал», если они являются единственными усыновителями второго, третьего ребенка или последующих детей и ранее не

воспользовались правом на получение «материнского капитала». Таким образом, выплата «материнского капитала» осуществляется один раз — при рождении второго ребенка или одного из последующих детей. Иного действующее законодательство не предусматривает. При этом важно отметить, что предоставленный «материнский капитал» предназначен не ребенку, а матери и является еще одной социальной гарантией и поддержкой семей с детьми.



5.9. МАТЬ-ОДИНОЧКА

Одинокая мать — женщина, воспитывающая ребенка, не имеющего юридически оформленного отцовства. Поскольку отец такого ребенка официально не установлен, никаких обязанностей в отношении ребенка и его матери он не несет. Женщина, воспитывающая ребенка без отца, если последний официально установлен, одинокой матерью не считается, так же как и вдова, имеющая ребенка.

Согласно п. 3 ст. 51 СК РФ, если не имеется совместного заявления родителей либо решения суда об установлении или признании отцовства, то фамилия ребенка, рожденного женщиной, не состоящей в браке, записывается по фамилии матери, а его имя и отчество — по ее указанию. Хотя свидетельство о рождении внешне ничем не отличается от свидетельства о рождении ребенка, в отношении которого отцовство официально установлено, отцом в нем записано фиктивное лицо. Все родительские права и обязанности по отношению к ребенку в этом случае осуществляет мать. При регистрации рождения ребенка выдается справка о том, что в свидетельстве о рождении ребенка сведения о его отце внесены по указанию матери. Эта справка является основанием для получения льгот и пособий, предоставляемых одиноким матерям.

В соответствии с п. 26 Положения, утвержденного постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 883,

в случае если мать работает на условиях неполного рабочего времени, за ней сохраняется право на получение пособия.

Пособие в повышенном размере назначается на детей, в свидетельствах о рождении которых нет записи об отце (т. е. в соответствующей графе стоит прочерк) или запись об отце произведена по указанию матери. При вступлении одинокой матери в брак за ней сохраняется право на получение пособия в повышенном размере на детей, родившихся до ее вступления в брак (пп. «а» п. 41 Положения от 4 сентября 1995 г. № 883).

В случае если лицо, от которого мать родила ребенка, признано в установленном порядке его отцом, либо если при вступлении одинокой матери в брак ребенок усыновлен ее мужем, право на пособие в повышенном размере утрачивается (п. 42 Положения от 4 сентября 1995 г. № 883).

При усыновлении ребенка мужчиной независимо от того, состоит ли он в браке с матерью ребенка и записывается ли его отцом, этот ребенок не может быть признан ребенком одинокой матери, поскольку усыновитель несет в отношении его такие же права и обязанности, как и отец.

Если у ребенка официально имеется отец, женщина не может считаться одинокой матерью. В этом случае не важно, оказывает ли отец материальную поддержку ребенку, платит ли алименты либо нет. Если отец, обязанный платить алименты, уклоняется от этой обязанности либо если взыскание алиментов с него невозможно, то пособие на ребенка будет повышено именно по этому основанию.

Одинокими матерями не считаются также вдовы, если в отношении детей установлено отцовство умершего. Детям может быть назначена пенсия за отца по случаю потери кормильца, могут быть установлены иные выплаты в связи со смертью отца, они вправе наследовать его имущество и т.д. Однако пособие на них назначается и выплачивается в обычном размере.

При усыновлении ребенка женщиной, не состоящей в браке, пособие назначается и выплачивается в повышен-

ном размере, начиная с месяца, в котором она записана в качестве матери в книге записей актов гражданского состояния (пп. «б» п. 41 Положения от 4 сентября 1995 г. № 883).

В одной семье могут воспитываться дети, как имеющие, так и не имеющие отца. Поэтому одинокое материнство определяется в отношении каждого конкретного ребенка. Соответственно и пособие в повышенном размере может устанавливаться не на всех детей в семье.

Право на повышенное пособие должно быть подтверждено соответствующими документами. Наряду с документами, которые подтверждают право на обычное пособие, к заявлению о назначении повышенного пособия на детей одиноких матерей прилагается также справка из органов ЗАГСа об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (пп. «а» п. 51 Положения от 4 сентября 1995 г. № 883).

Пособие одиноким матерям назначается органами социальной защиты населения.

Одинокая мать нередко оказывается безработной, на таких матерей распространяются специальные нормы права.

Примерное положение о порядке и условиях оказания материальной и иной помощи за счет средств Государственного фонда занятости населения РФ утверждено приказом Федеральной службы занятости России от 18 июня 1993 г. № 78, согласно которому помощь безработным может оказываться службой занятости в виде периодических (ежемесячных) либо единовременных (разовых) денежных выплат.



5.10. ТРУДОВЫЕ ПРАВА БЕРЕМЕННЫХ И МАТЕРЕЙ

Согласно п.2 ст. 7 и ст. 38 Конституции РФ защита материнства и детства осуществляется государством.

Правовые нормы о правах беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, а также об ответственности за нарушение данных прав содержатся в трудо-

вом, семейном, уголовном и иных отраслях законодательства.

Согласно ст. 64 Трудового кодекса РФ (далее по тексту — ТК РФ) при устройстве на работу запрещается отказывать в заключении трудового договора женщинам по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей. В силу данной статьи не допускается необоснованный отказ в заключении трудового договора. По требованию беременной женщины, которой отказано в заключении трудового договора, работодатель обязан сообщить причину отказа в письменной форме. Отказ в заключении трудового договора может быть обжалован в судебном порядке.

В связи со сказанным рекомендуется иметь во время собеседования диктофон.

Следует также отметить, что в ст. 70 ТК РФ перечислены категории работников, в отношении которых нельзя устанавливать испытание. В частности, нельзя устанавливать испытание при приеме на работу беременных женщин и женщин, имеющих детей до 1,5 лет.

В силу ст. 261 ТК РФ расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации. При этом не имеет значения, знала администрация о беременности увольняемой или нет. В случае истечения срочного трудового договора в период беременности женщины работодатель обязан по ее заявлению продлить срок трудового договора до наступления у нее права на отпуск по беременности и родам.

Согласно Указу Президента РФ от 05.11.1992 г. № 1335 «О дополнительных мерах по социальной защите беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, уволенных в связи с ликвидацией организации» при невозможности подбора подходящей работы и оказания помощи в трудоустройстве беременной женщине органами службы занятости время со дня их увольнения до достижения ребенком возраста трех лет включается в непрерывный тру-

довой стаж для назначения пособий по государственному социальному страхованию.

Не допускается расторжение трудового договора с женщинами, имеющими детей в возрасте до трех лет, одинокими матерями, воспитывающими ребенка в возрасте до четырнадцати лет (ребенка-инвалида — до восемнадцати лет), по инициативе работодателя. Исключением являются случаи: а) ликвидации предприятия; б) несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением; в) неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание; г) однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей; д) однократного грубого нарушения руководителем организации (филиала, представительства), его заместителями своих трудовых обязанностей; е) представления работником работодателю подложных документов или заведомо ложных сведений при заключении трудового договора.

Под однократным грубым нарушением трудовых обязанностей понимают прогул, появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, разглашение охраняемой законом тайны, ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, совершение по месту работы хищения чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим в законную силу приговором суда или постановлением органа, уполномоченного на применение административных взысканий; нарушение работником требований по охране труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий.

Согласно ст. 93 ТК РФ работодатель обязан устанавливать неполный рабочий день или неполную рабочую неделю по просьбе беременной женщины, одного из родителей (опекуна, попечителя), имеющего ребенка в возрасте до четыр-

надцати лет (ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет).

Привлекать беременных женщин к работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни, сверхурочным работам, работам, выполняемым вахтовым методом, а также направлять в служебные командировки не допускается (ст. 96, 99, 259, 298 ТК РФ). Женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, могут привлекаться к работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни, к сверхурочным работам, а также направляться в служебные командировки только с их письменного согласия и при условии, что такая работа и командировки не запрещены им по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением.

Согласно ст. 254 ТК РФ беременным женщинам в соответствии с медицинским заключением и по их заявлению снижают нормы выработки или нормы обслуживания либо эти женщины переводятся на другую работу, исключающую воздействие неблагоприятных производственных факторов, с сохранением среднего заработка по прежней работе. Беременная женщина освобождается от работы с сохранением среднего заработка за все пропущенные вследствие этого рабочие дни за счет средств работодателя до решения вопроса о предоставлении ей другой работы.

При прохождении обязательного диспансерного обследования в медицинских учреждениях за беременными женщинами сохраняется средний заработок по месту работы.

Женщины, имеющие детей в возрасте до полутора лет, в случае невозможности выполнения прежней работы переводятся по их заявлению на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе до достижения ребенком возраста полутора лет.

В силу ст. 258 ТК РФ работающим женщинам, имеющим детей в возрасте до полутора лет, предоставляются помимо перерыва для отдыха и питания дополнительные перерывы для кормления ребенка (детей) не реже чем через каждые три часа продолжительностью не менее 30 минут каждый, а при

наличии двух и более детей в возрасте до полутора лет — не менее одного часа.

По заявлению женщины перерывы для кормления ребенка (детей) присоединяются к перерыву для отдыха и питания либо в суммированном виде переносятся как на начало, так и на конец рабочего дня (рабочей смены) с соответствующим его (ее) сокращением.

Перерывы для кормления ребенка (детей) включаются в рабочее время и подлежат оплате в размере среднего заработка.

По общему правилу право на использование отпуска за первый год работы возникает у работника по истечении шести месяцев его непрерывной работы в данной организации (ст.122 ТК РФ). По заявлению женщины перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него оплачиваемый отпуск должен быть предоставлен, даже если срок непрерывной работы в течение шести месяцев не истек.

Согласно ст. 255 ТК РФ *отпуска по беременности и родам* женщинам предоставляются по их заявлению и в соответствии с медицинским заключением. Продолжительность такого отпуска устанавливается в **70** (в случае многоплодной беременности — **84**) календарных дней до родов и **70** (в случае осложненных родов — **86**, а при рождении двух или более детей — **110**) календарных дней после родов. Отпуск по беременности и родам предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

Женщинам, подвергшимся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, постоянно проживающим (работающим) на территории зоны проживания с правом на отселение, предоставляется дородовой отпуск продолжительностью **90** календарных дней с проведением оздоровительных мероприятий за пределами территории радиоактивного загрязнения.

Замена отпуска денежной компенсацией не допускается (ст. 126 ТК РФ).

Стоит отметить, что по желанию мужа ему предоставляется ежегодный отпуск в период нахождения его жены в отпуске по беременности и родам независимо от времени непрерывной работы в организации.

Отзыв из отпуска беременных женщин, а также замена отпуска денежной компенсацией беременным женщинам в силу ст. 125, 126 ТК РФ не допускается.

По заявлению женщины ей предоставляется *отпуск по уходу за ребенком* до достижения им возраста трех лет. Отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. На период отпуска по уходу за ребенком за работником сохраняется место работы (должность).

Стоит также отметить, что период отпуска по беременности и родам не прерывает трудового стажа.



5.11. РАЗВЕДЕННЫЕ РОДИТЕЛИ (КОМУ ВОСПИТЫВАТЬ РЕБЕНКА?)

Вопросы, возникающие в ходе развода супругов, имеющих несовершеннолетних детей, разрешаются судом, в частности и вопрос о том, с кем останется ребенок, кому его воспитывать.

Однако следует иметь в виду, что согласно ст. 17 Семейного кодекса РФ (далее по тексту — СК РФ) **муж не имеет права без согласия жены подавать заявление о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка**. Эта норма защищает здоровье матери и новорожденного ребенка. Данное правило применяется даже в тех случаях, когда ребенок не дожил до года или родился мертвым.

В случаях когда жена согласна на развод, от нее необходимо письменное подтверждение, которое может быть выра-

жено в самостоятельном заявлении или совместном заявлении о расторжении брака.

Беременные женщины, а также женщины, имеющие детей в возрасте до одного года, сохраняют свое право обращения в суд по поводу расторжения брака в любое время.

Согласно ст. 24 СК РФ при расторжении брака в судебном порядке супруги могут представить на рассмотрение суда соглашение о том, с кем из них будут проживать несовершеннолетние дети, о порядке выплаты средств на содержание детей и (или) нетрудоспособного нуждающегося супруга, о размерах этих средств либо о разделе общего имущества супругов. Если соглашение между супругами по вопросам, указанным выше, отсутствует, а также если установлено, что данное соглашение нарушает интересы детей или одного из супругов, суд обязан:

- определить, с кем из родителей будут проживать несовершеннолетние дети после развода;
- определить, с кого из родителей и в каких размерах взыскиваются алименты на содержание их детей.

Следует отметить, что при разрешении вопроса о том, с кем из родителей будет проживать ребенок, судебная практика России отдает приоритет матери. При этом суд учитывает и такие факторы, как материальное положение каждого из супругов, наличие у них собственного жилья, отношение супругов к ребенку и т.п.

Если при фактическом прекращении брачных отношений один из супругов нарушает права другого — ограничивает общение либо вообще отказывает в общении с несовершеннолетними детьми, — то во время подачи в суд искового заявления о расторжении брака либо во время судебного разбирательства целесообразно подать исковое заявление о восстановлении нарушенного права, связанного с определением места жительства либо установления режима воспитания несовершеннолетнего ребенка (детей), взыскании денежных средств (алиментов) на содержание несовершеннолетнего ребенка (детей), разделе имущества в интересах ребенка.

Однако и у ребенка есть свои права.

Прежде всего желание детей всегда учитывается при разводе в суде, однако наиболее весомым является заключение социальной службы, в соответствии с которым суд, как правило, и выносит свое решение.

Согласно ст. 55 СК РФ **ребенок имеет право на общение с обоими родителями**, дедушками, бабушками, братьями, сестрами и другими родственниками. Расторжение брака родителей, признание его недействительным или раздельное проживание родителей не влияют на права ребенка. В случае раздельного проживания родителей ребенок имеет право на общение с каждым из них. Ребенок имеет право на общение со своими родителями также в случае их проживания в разных государствах.

Согласно ст. 89 СК РФ супруги обязаны материально поддерживать друг друга. Если такая поддержка беременной жене или жене, имеющей общего с мужем ребенка в возрасте до трех лет, супругом не оказывается, то она имеет право на получение алиментов от своего мужа в период беременности и в течение трех лет со дня рождения общего ребенка (п. 2 ст. 89 СК РФ). Супруги могут заключить соглашение об уплате алиментов, а при отсутствии такого соглашения женщина имеет право обратиться в суд по данному вопросу.

Стоит отметить, что данное правило распространяется только на зарегистрированный брак, а к фактическим брачным отношениям оно не применяется. Вопрос о назначении содержания в этом случае будет решаться только в добровольном порядке по взаимному соглашению.

Согласно ст. 89 СК РФ обязанность на уплату алиментов несут только те супруги, которые обладают необходимыми для этого средствами. Достаточность необходимых средств для уплаты алиментов определяется в индивидуальном порядке с учетом всех обстоятельств конкретного дела, однако с тем расчетом, чтобы после выплаты алиментов супруг был обеспечен средствами в размере не менее прожиточного минимума.

При определении наличия необходимых средств учитывается совокупность различных видов доходов, а также наличие лиц, состоящих на иждивении супруга и (или) имеющих право на получение от него обязательных выплат.

Правило на уплату алиментов беременной супруге (супруге, имеющей от мужа общего ребенка до трех лет) распространяется и на несовершеннолетнего супруга.



5.12. СУРРОГАТНАЯ МАТЬ

Суррогатной матерью считается женщина, которая вынашивает и рождает ребенка не для себя, а для супружеской пары, не имеющей детей. В соответствии со ст. 35 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона. Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на соответствующую медицинскую деятельность, при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины).

Супружеская пара и суррогатная мать дают письменное информированное согласие на участие в программе «Суррогатное материнство». Показания к суррогатному материнству определены приказом Минздрава России от 26 февраля 2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

Показания к суррогатному материнству:

- отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
- неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос кото-

рых не приводил к наступлению беременности.

Суррогатными матерями могут быть женщины, добровольно согласившиеся на участие в данной программе.

Требования, предъявляемые к суррогатным матерям:

- возраст от 20 до 35 лет;
- наличие собственного здорового ребенка;
- психическое и соматическое здоровье.

Биологической матерью ребенка фактически считается именно суррогатная мать, поскольку в соответствии п. 2 ч. 4 ст. 51 СК РФ лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери).

В п. 5 ст. 16 Федерального закона от 15.11.97 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» указано, что при государственной регистрации рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт получения согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка.

При этом суррогатная мать имеет право не давать такого согласия и оформить этого ребенка как своего. В этом случае генетическим родителям ребенка придется оспаривать материнство суррогатной матери.

Исходя из интересов ребенка закон установил ограничение на распространение информации о факте имплантации эмбриона. Статья 52 СК РФ устанавливает, что супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать, родившая ребенка, не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства.

При этом лица, ответственные за заботу о ребенке, в том числе и усыновители, должны исходить из интересов ребенка, в частности признавать его желание знать о своем происхождении, если это не противоречит наилучшему обеспечению его интересов. Суррогатная мать, давшая свое согласие на запись супругов родителями ребенка, должна сохранять в тайне факт суррогатного материнства в интересах ребенка, учитывая генетическое родство между родителями и ребенком.



5.13. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ МАЛОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АДМИНИСТРАТИВНОЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ ИЛИ УГОЛОВНО НАКАЗУЕМОЕ ДЕЯНИЕ

Беременность и наличие малолетних детей являются обстоятельствами, смягчающими административную ответственность за совершение административного правонарушения (ст. 4.2. Кодекса РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (далее по тексту — КоАП) и за совершение уголовно наказуемого деяния (ст. 61 Уголовного кодекса РФ от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (далее по тексту — УК РФ)).

Здесь следует учитывать два фактора. Во-первых, беременность и наличие малолетних детей не во всех случаях совершения административного правонарушения и преступления будут являться обстоятельствами, смягчающими ответственность. Если выяснится, что женщина ведет аморальный образ жизни, пьянствует, не заботится о сохранении ребенка или длительное время не проживает со своим ребенком, не

оказывает ему материальной поддержки или лишена родительских прав, суд в этом случае не признает беременность или наличие малолетних детей в качестве обстоятельства, смягчающего ответственность.

Во-вторых, в силу ч. 3 ст. 61 УК РФ смягчающее обстоятельство само по себе не может повторно учитываться при назначении наказания, если оно предусмотрено соответствующей статьей Особенной части УК РФ.

Такие виды наказания, как исправительные и обязательные работы не назначаются беременным женщинам и женщинам, имеющим детей в возрасте **до трех лет** (ст. 49, 50 УК РФ), а арест, административный арест и ограничение свободы — беременным женщинам и женщинам, имеющим детей в возрасте **до четырнадцати лет** (ст. 3.9 КоАП, ст. 53, 54 УК РФ).

Если женщина, приговоренная к обязательным исправительным работам или ограничению свободы, забеременела, то в силу п. 9 ст. 175 Уголовно-исполнительного кодекса РФ № 1-ФЗ от 08.01.1997 г. (далее по тексту — УИК РФ) судом должен быть рассмотрен вопрос об отсрочке ей отбывания наказания со дня предоставления отпуска по беременности и родам.

Осужденная к лишению свободы беременная женщина или женщина, имеющая малолетних детей, может быть освобождена от отбывания наказания и направлена домой с момента, когда по закону ей предоставляется отпуск по беременности и родам до достижения ребенком четырнадцатилетнего возраста в целях создания благоприятных условий для рождения и воспитания ребенка. Для предоставления отсрочки от исполнения наказания не имеет значения, находится ли ребенок с матерью в доме ребенка при колонии, в детском доме или у родственников, а также имеется ли у ребенка отец или другие родственники, способные обеспечить за ним уход. Такая отсрочка не предоставляется женщине, осужденной на пять лет и больше за совершение тяжкого или особо тяжкого преступления против личности (п. 2 ст. 177

УИК РФ). Не предоставляется отсрочка от исполнения наказания и женщине, лишенной родительских прав.

При решении вопроса о предоставлении отсрочки беременной женщине или женщине, имеющей малолетнего ребенка, рассматриваются условия, в которых женщина будет жить с ребенком после освобождения, прежде всего жилищные условия, а также источники дохода женщины для самообеспечения и содержания своего ребенка. Кроме того, при решении данной проблемы у администрации исправительного учреждения должна быть уверенность в том, что осужденная не совершит новое преступление и не использует отсрочку во вред ребенку (об этом можно судить по поведению женщины во время отбывания наказания).

Однако следует помнить, что если осужденная, получившая отсрочку от отбывания наказания, отказалась от ребенка или продолжает уклоняться от его воспитания, то отсрочка от отбывания наказания может быть отменена.

Приложение 1

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ДРУГАЯ ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Таблица 1

**Наследственные признаки,
определяемые доминантными¹ и рецессивными² генами**

Система, в которой выражен признак	Признаки, определяемые генами	
	доминантными	рецессивными
Волосы	темные	светлые
	не рыжие	рыжие
	вьющиеся	прямые
	выраженная волоса- тость тела	невыраженная волосатость тела
	раннее облысение у мужчин	облысение в старости
	белые пряди	одноцветность

¹ Ген, отвечающий за признак, проявляющийся преимущественно при наличии этого гена хотя бы у одного из родителей.

² Ген, отвечающий за признак, проявляющийся только в случае наличия этого гена у обоих родителей.

Система, в которой выражен признак	Признаки, определяемые генами	
	доминантными	рецессивными
Кожа	пятнистость	одноцветность
	нормальная пигментация	альбинизм
	черная кожа	белая кожа
Глаза	карие, зеленые	голубые, серые
	большие	маленькие
Мочки ушей	свободные	приросшие
Губы	толстые	тонкие
Ресницы	длинные	короткие
Нос	широкие ноздри	узкие ноздри
	высокая узкая переносица	низкая широкая переносица
	римский	прямой
Рост	низкий	высокий
Система крови	группы крови: А, В, АВ	группа крови — 0
	нормальная свертываемость	гемофилия
Кровообращение	гипертензия	нормальное давление
Уровень сахара в крови	нормальный	повышенный
Слух	нормальный	врожденная глухота
Нервная система	мигрень	нормальное состояние
Обмен веществ	нормальное состояние	фенилкетонурия

Таблица 2

**Основные показатели развития плода
в зависимости от гестационного возраста¹**

Гестационный возраст в неделях	Масса тела в граммах	Длина тела в см	Окружность в см	
			головы	груди
1	0,001+0,0007	0,01+0,004		
4	0,02+0,01	0,5+0,02		
8	1,1+0,2	3,5+0,14		
12	14,2+1,5	7,0+0,32		
16	108+11	14+0,62		
20	316+35	24+1,2		
24	620+74	29+1,3		
28	1124+183	35,9+1,8	26,6+1,9	23,9+1,9
29	1381+172	37,9+2,0	28,0+1,5	25,7+1,7
30	1531+177	38,9+1,7	28,9+1,2	26,4+1,4
31	1695+212	40,4+1,6	29,5+1,5	26,7+1,6
32	1827+267	41,3+1,9	30,2+1,6	27,9+1,9
33	2018+241	42,7+1,8	30,6+1,2	28,1+1,7
34	2235+263	43,6+1,7	31,3+1,3	28,9+1,7
35	2324+206	44,4+1,5	31,9+1,3	29,6+1,6
36	2572+235	45,3+1,7	32,3+1,4	30,1+1,9
37	2771+418	47,6+2,3	33,7+1,5	31,7+1,7
38	3135+441	49,6+2,0	34,7+1,2	33,1+1,6
39	3403+415	50,8+1,6	35,5+0,9	34,3+1,2
40	3546+457	51,7+2,1	35,7+1,3	35,0+1,7

¹ Возраст ребенка в неделях с момента зачатия.

Формирование органов и систем организма плода

8—9-я неделя:

Уже сформированы голова, туловище, конечности.

12 недель:

С 11-й недели ваш малыш уже называется не эмбрионом, а плодом.

Уже сформированы:

- внутренние органы (ряд из них функционирует);
- появились мочки ушей, веки, конечности и пальцы.

Развиваются мышцы. Плод двигается, сгибает большие пальцы и сжимает кулачок, морщит губы, открывает и закрывает рот. Может мочиться.

16 недель:

Тело и лицо покрыты нежным пушком (лануго). Сформированы суставы рук и ног. По половым органам можно распознать пол. Грудная клетка совершает дыхательные движения, малыш может сосать палец. Хорошо прослушивается сердцебиение плода. При нормально протекающей беременности частота сердечных сокращений у плода 120—160 ударов в минуту. Практически все органы хорошо видны при УЗИ-исследовании, что позволяет исключить возможные патологии.

20 недель:

Появились волосы на голове. Кожа покрыта пушком и сыровидной смазкой — белым жировидным веществом (продукт деятельности сальных желез), защищающим кожу ребенка. Полностью сформированы ручки и ножки. В кишечнике образовывается первородный кал (меконий). Примерно в это время вы почувствуете первое шевеление плода.

24 недели:

Малыш может кашлять и икать. Ребенок активно двигается внутри вас: периоды такой активности чередуются с периодами полного покоя. Вы можете сами подсчитать число

движений ребенка, занимаясь этим в течение 30 минут утром и вечером. При нормальном состоянии малыша оно должно составлять около 3 шевелений за 10 минут. Учащение или уменьшение частоты шевелений может говорить о страдании плода, в связи с чем необходимы дополнительные обследования.

Формируется восприятие малыша: он уже способен слышать музыку и голос, и поскольку в это время активно формируется мозг, возможно, даже как-то реагировать на услышанное. Родившийся на этом сроке ребенок уже может выжить при оказании ему специализированной помощи.

28 недель:

Несмотря на то что масса тела малыша еще недостаточна, легкие еще полностью не сформированы, слабо развита подкожная жировая клетчатка, в этот период ваш ребенок уже приближается к рубежу, когда он может быть жизнеспособен вне организма матери.

32 недели:

Все органы и системы малыша сформированы, ему остается только набирать вес.

Приложение 2

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ. КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

1. Календарь профилактических прививок (из приказа Минздрава России от 18.12.1997 г. № 375)

Прививка против	Сроки вакцинации	Сроки ревакцинации			Примечание
		1	2	последующие	
Туберкулеза (БЦЖ)	4—7-й день жизни	В 7 лет	В 14 лет		
Полиомиелита	С 3 месяцев трехкратно с интервалом 45 дней	В 18 месяцев однократно	В 24 месяца однократно	В 6 лет однократно	Рекомендуется проводить одновременно с АКДС (АДС)
Коклюша, дифтерии, столбняка (АКДС)	С 3 месяцев трехкратно с интервалом 45 дней	Через 12—18 месяцев после законченной вакцинации	В 6 лет АДСМ	В 11 лет — АДМ, в 16—17 лет — АДСМ	Рекомендуется проводить одновременно с вакцинацией против полиомиелита

КАК БЕЗОПАСНО РОДИТЬ В РОССИИ

Окончание табл.

Прививка против	Сроки вакцинации	Сроки ревакцинации			Примечание
		1	2	последующие	
Кори	12—15 месяцев	В 6 лет перед школой			
Эпидемического паротита	12—15 месяцев	В 6 лет			
Краснухи	12—15 месяцев	В 6 лет			
Гепатита В	Первая доза в 4,5 месяца вместе с АКДС-2 и ОПВ-2. Вторая — в 6 месяцев вместе с АКДС-3 и ОПВ-3. Третья — в 12 месяцев вместе с ЖКВ				Дети от матерей — носителей вируса и больных гепатитом В вакцинируются в первые 24 часа жизни и 7 месяцев

2. Физическое развитие детей

*Центильные шкалы распределения детей по длине (росту), массе (весу) тела, окружности головы
(по данным В.А. Доскина и соавторов, 1997)*

Оценка физического развития детей производится по шкале центилей. Приведенные ниже величины показателей находятся в пределах от 25 до 75 центилей и соответствуют

средним, считающимся нормальными. Однако следует помнить, что показатели, отличающиеся от нормы, встречаются и у вполне здоровых детей.

Мальчики

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
Новорожденные	Длина тела (см)	50,0—53,2
	Масса тела (кг)	3,0—3,7
	Окружность головы (см)	34,0—35,5
	Окружность грудной клетки (см)	33,5—36,0
1 месяц	Длина тела (см)	52,8—56,3
	Масса тела (кг)	3,8—4,5
	Окружность головы (см)	36,0—37,9
	Окружность грудной клетки (см)	35,4—38,0
2 месяца	Длина тела (см)	55,8—59,5
	Масса тела (кг)	4,6—5,5
	Окружность головы (см)	38,0—40,3
	Окружность грудной клетки (см)	37,0—40,0
3 месяца	Длина тела (см)	58,6—62,4
	Масса тела (кг)	5,4—6,4
	Окружность головы (см)	39,5—41,6
	Окружность грудной клетки (см)	38,4—42,1
4 месяца	Длина тела (см)	61,3—65,6
	Масса тела (кг)	6,2—7,2
	Окружность головы (см)	40,8—42,9
	Окружность грудной клетки (см)	39,8—43,5

Продолжение табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
5 месяцев	Длина тела (см)	63,4—67,9
	Масса тела (кг)	6,8—7,9
	Окружность головы (см)	42,0—44,0
	Окружность грудной клетки (см)	41,1—45,0
6 месяцев	Длина тела (см)	65,6—69,9
	Масса тела (кг)	7,4—8,6
	Окружность головы (см)	42,7—45,3
	Окружность грудной клетки (см)	42,4—46,3
7 месяцев	Длина тела (см)	67,5—71,4
	Масса тела (кг)	7,9—9,1
	Окружность головы (см)	43,7—46,1
	Окружность грудной клетки (см)	43,4—47,5
8 месяцев	Длина тела (см)	68,9—73,0
	Масса тела (кг)	8,4—9,6
	Окружность головы (см)	44,2—46,8
	Окружность грудной клетки (см)	44,4—48,5
9 месяцев	Длина тела (см)	70,1—74,5
	Масса тела (кг)	8,9—10,1
	Окружность головы (см)	44,8—47,4
	Окружность грудной клетки (см)	45,2—49,3
10 месяцев	Длина тела (см)	71,3—76,1
	Масса тела (кг)	9,2—10,6
	Окружность головы (см)	45,4—48,0
	Окружность грудной клетки (см)	46,0—50,0

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 перцентилей
11 месяцев	Длина тела (см)	72,6—77,3
	Масса тела (кг)	9,5—11,0
	Окружность головы (см)	45,9—48,6
	Окружность грудной клетки (см)	46,6—50,8
12 месяцев	Длина тела (см)	73,8—78,5
	Масса тела (кг)	9,8—11,5
	Окружность головы (см)	46,2—49,1
	Окружность грудной клетки (см)	47,0—51,2
15 месяцев	Длина тела (см)	76,0—81,3
	Масса тела (кг)	10,5—12,2
	Окружность головы (см)	46,7—49,5
	Окружность грудной клетки (см)	47,9—51,9
18 месяцев	Длина тела (см)	78,4—84,4
	Масса тела (кг)	11,0—12,8
	Окружность головы (см)	47,3—49,9
	Окружность грудной клетки (см)	48,6—52,4
21 месяц	Длина тела (см)	80,8—86,8
	Масса тела (кг)	11,5—13,5
	Окружность головы (см)	47,7—50,3
	Окружность грудной клетки (см)	49,1—52,9
24 месяца (2 года)	Длина тела (см)	83,0—88,4
	Масса тела (кг)	12,0—14,1
	Окружность головы (см)	48,1—50,5
	Окружность грудной клетки (см)	49,5—53,2

Окончание табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
27 месяцев	Длина тела (см)	85,5—92,2
	Масса тела (кг)	12,4—14,6
	Окружность головы (см)	48,5—50,8
	Окружность грудной клетки (см)	49,9—53,5
30 месяцев	Длина тела (см)	87,5—94,8
	Масса тела (кг)	12,8—15,1
	Окружность головы (см)	48,8—51,1
	Окружность грудной клетки (см)	50,3—53,9
33 месяца	Длина тела (см)	90,0—97,4
	Масса тела (кг)	13,2—15,6
	Окружность головы (см)	49,2—51,3
	Окружность грудной клетки (см)	50,5—54,2
36 месяцев (3 года)	Длина тела (см)	92,1—99,7
	Масса тела (кг)	13,6—16,0
	Окружность головы (см)	49,5—51,5
	Окружность грудной клетки (см)	50,8—54,6

Девочки

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
Новорож- денные	Длина тела (см)	49,2—52,1
	Масса тела (кг)	3,0—3,5
	Окружность головы (см)	34,0—35,5
	Окружность грудной клетки (см)	33,2—35,7

Продолжение табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 перцентилей
1 месяц	Длина тела (см)	52,4—55,3
	Масса тела (кг)	3,7—4,3
	Окружность головы (см)	36,0—38,0
	Окружность грудной клетки (см)	35,3—37,4
2 месяца	Длина тела (см)	55,0—58,6
	Масса тела (кг)	4,4—5,0
	Окружность головы (см)	37,4—39,8
	Окружность грудной клетки (см)	37,2—39,1
3 месяца	Длина тела (см)	57,9—61,5
	Масса тела (кг)	5,0—5,7
	Окружность головы (см)	38,5—41,3
	Окружность грудной клетки (см)	38,7—40,5
4 месяца	Длина тела (см)	60,5—64,1
	Масса тела (кг)	5,6—6,5
	Окружность головы (см)	39,7—42,4
	Окружность грудной клетки (см)	40,4—42,1
5 месяцев	Длина тела (см)	62,8—66,4
	Масса тела (кг)	6,2—7,2
	Окружность головы (см)	40,7—43,5
	Окружность грудной клетки (см)	41,7—43,5
6 месяцев	Длина тела (см)	64,3—68,2
	Масса тела (кг)	6,8—7,9
	Окружность головы (см)	41,5—44,3
	Окружность грудной клетки (см)	42,9—44,9

Продолжение табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
7 месяцев	Длина тела (см)	66,4—70,0
	Масса тела (кг)	7,3—8,5
	Окружность головы (см)	42,5—45,3
	Окружность грудной клетки (см)	44,0—46,0
8 месяцев	Длина тела (см)	67,7—71,6
	Масса тела (кг)	7,7—9,1
	Окружность головы (см)	43,2—45,9
	Окружность грудной клетки (см)	44,9—46,9
9 месяцев	Длина тела (см)	69,3—72,8
	Масса тела (кг)	8,2—9,6
	Окружность головы (см)	43,7—46,6
	Окружность грудной клетки (см)	45,6—47,8
10 месяцев	Длина тела (см)	70,5—74,2
	Масса тела (кг)	8,7—10,1
	Окружность головы (см)	44,3—47,2
	Окружность грудной клетки (см)	46,2—48,1
11 месяцев	Длина тела (см)	71,7—75,7
	Масса тела (кг)	9,1—10,6
	Окружность головы (см)	44,8—47,8
	Окружность грудной клетки (см)	46,8—49,3
12 месяцев	Длина тела (см)	72,8—76,3
	Масса тела	9,4—11,0
	Окружность головы (см)	45,0—48,2
	Окружность грудной клетки (см)	47,3—49,9

Продолжение табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 перцентилей
15 месяцев	Длина тела (см)	75,2—78,8
	Масса тела (кг)	10,0—11,7
	Окружность головы (см)	45,9—48,7
	Окружность грудной клетки (см)	48,1—50,8
18 месяцев	Длина тела (см)	77,5—82,1
	Масса тела (кг)	10,6—12,5
	Окружность головы (см)	46,4—49,0
	Окружность грудной клетки (см)	48,7—51,3
21 месяц	Длина тела (см)	80,0—84,6
	Масса тела (кг)	11,1—13,1
	Окружность головы (см)	46,9—49,4
	Окружность грудной клетки (см)	49,1—51,9
24 месяца (2 года)	Длина тела (см)	82,6—87,5
	Масса тела (кг)	11,6—13,5
	Окружность головы (см)	47,3—49,7
	Окружность грудной клетки (см)	49,5—52,5
27 месяцев	Длина тела (см)	85,4—90,1
	Масса тела (кг)	12,0—14,0
	Окружность головы (см)	47,8—50,0
	Окружность грудной клетки (см)	49,8—53,0
30 месяцев	Длина тела (см)	87,8—92,8
	Масса тела (кг)	12,5—14,5
	Окружность головы (см)	48,0—50,4
	Окружность грудной клетки (см)	49,9—53,3

Окончание табл.

Возраст	Показатель	Оценка от 25 до 75 центилей
33 месяца	Длина тела (см)	90,3—95,5
	Масса тела (кг)	12,9—14,9
	Окружность головы (см)	48,4—50,6
	Окружность грудной клетки (см)	50,1—53,7
36 месяцев (3 года)	Длина тела (см)	92,9—98,1
	Масса тела (кг)	13,3—15,4
	Окружность головы (см)	48,6—51,0
	Окружность грудной клетки (см)	50,3—54,0

**Примерная прибавка массы и длины тела
на первом году жизни**

Возраст (месяцев)	Прибавка массы тела, г за 1 месяц	Увеличение длины тела, см за 1 месяц
1	600	3
2	800	3
3	800	2,5
4	750	2,5
5	700	2
6	650	2
7	600	2
8	550	2
9	500	1,5
10	450	1,5
11	400	1,5
12	350	1,5

*Нервно-психическое развитие детей
по данным В.А. Доскина и соавторов (1997),
Н.М. Аскариной (1972), В.А. Таболина и М.А. Фадеевой (1992)*

Первый год жизни

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
10 дней	Ручки сжаты в кулак; выраженный хватательный рефлекс. Прimitивная реакция упора ног; автоматическая ходьба	Удерживает в поле зрения движущийся предмет. Вздрагивает и моргает при резком звуке	Кричит при неблагополучии	Реагирует недовольством на сильные звуковые и световые раздражители
18 — 20 дней	Ручки чаще раскрыты. Удерживает голову несколько секунд	Удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого). Успокаивается при сильном звуке	Издает звуки в спокойном состоянии	
1 месяц	Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову	Плавное прослеживает за движущимся предметом. Прислушивается к звукам	Издает отдельные звуки на разговор с ним	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого, лицо матери
2 месяца	Лежа на животе, поднимает и некоторое время удерживает голову	Длительное зрительное сосредоточение как на неподвижном, так и на движущемся предмете.	Произносит отдельные звуки	Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним

Продолжение табл.

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
		Ищущие повороты головы при длительном звуке. Поворачивает голову в сторону голоса взрослого		
3 месяца	Лежа на животе, в течение нескольких минут опирается на предплечья и высоко поднимает голову. Удерживает голову в вертикальном положении на руках у взрослого	Зрительное сосредоточение в вертикальном положении на руках у взрослого на лице говорящего, игрушке; длительно рассматривает свои ручки	Произносит неопределенные сочетания звуков	Отвечает «комплексом оживления» в ответ на эмоциональное общение
4 месяца	При поддержке крепко упирается о твердую опору ногами, согнутыми в тазобедренном суставе. Рассматривает, ощупывает	Узнает мать или близкого человека (радуется). Поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его глазами.	Гулит	Во время бодрствования часто возникает «комплекс оживления». Громко смеется в ответ на эмоциональное общение

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
	ет и захватывает низко висящие над грудью игрушки	Адекватно реагирует на спокойную или танцевальную мелодию. Во время кормления придерживает руками грудь матери или бутылочку		
5 месяцев	Берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее в ручке. Долго лежит на животе, подняв корпус и опираясь на ладони на выпрямленных руках. Переворачивается со спины на живот. Ровно, устойчиво стоит при поддержке под мышки	Отличает близких людей по внешнему виду. Узнает голос матери или близкого человека. Различает строгую и ласковую интонации обращенной к нему речи, по-разному реагирует. Ест с ложки полугустую и густую пищу	Подолгу певуче гулит	Радуется другому ребенку, берет у него игрушки, гулит
6 месяцев	Уверенно берет игрушку в любом положении,	По-разному реагирует на свое и чужое имя. Хорошо ест с ложки.	Произносит отдельные слоги (лепечет)	

Продолжение табл.

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
	перекладывает ее из ручки в ручку. Переворачивается с живота на спину. Передвигается, переставляя ручки или немного подползая. Сидит	Небольшое количество жидкости пьет из чашки или блюда		
7 месяцев	Игрушками стучит, бросает, перекладывает и др. Хорошо ползает — быстро, в разных направлениях	Пьет из чашки, которую держит взрослый	Подолгу лепечет, произносит одни и те же слоги (2—3). На вопрос «где?» находит взглядом предмет на постоянном месте	
8 месяцев	Игрушками занимается долго и разнообразно, действует ими в зависимости от их свойств. Подражает действиям взрослого	Сам садится, сидит и ложится. Держась за барьер, сам встает, стоит и опускается. Повторяет разученные ранее действия:	На вопрос «где?» находит несколько предметов (2—3) на постоянных местах. Громко, четко	Смотрит на действия другого ребенка и смеется или лепечет

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
	с игрушками. Переступает, держась за барьер	«ладушки», «дай ручку». Сам держит твердую пищу в ручке	и повторно произносит различные слоги	
9 месяцев	Танцует под музыку. Переходит от одного предмета к другому, слегка придерживаясь ручками	Подражает действиям другого ребенка. Хорошо пьет из чашки, слегка придерживая ее ручками. Формируется навык опрятности (спокойно относится к высаживанию на горшок)	На вопрос «где?» находит несколько знакомых предметов независимо от их местоположения. Знает свое имя, оборачивается на зов. Подражает взрослому, повторяя слоги, которые есть в его лепете	
10 месяцев	Самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет разученные движения с игрушками. Поднимается на невысо-	Выполняет разученные движения и действия: «догонялки», «сорока-воровка», прятки	По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. Подражает взрослому, повторяя	

Продолжение табл.

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
	кую поверхность, держась за перила, и сходит с нее. Идет вперед с поддержкой за обе руки		слоги, которых нет в его лепете	
11 месяцев	Стоит самостоятельно. Делает первые самостоятельные шаги	Овладевает новыми действиями с предметами: накладывает кубик на кубик, надевает кольца на стержень	Произносит первые слова-обозначения: «мама», «дай», «би-би» и т.п. Появляются первые обобщения в понимаемой речи	Радуется приходу детей
12 месяцев	Выполняет самостоятельно разученные действия с предметами (катает мяч, кормит куклу и т.п.). Ходит самостоятельно	Различает предметы по форме. Узнает на фотографии знакомого взрослого. Самостоятельно пьет из чашки. Переносит действия, разученные с одним	Легко подражает новым слогам. Произносит 5—10 облегченных слов. Понимает (без показа) названия нескольких	Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом

Окончание табл.

Возраст	Движения	Реакции, навыки	Речь, понимание речи	Эмоции
		предметом на другой. По просьбе выполняет разученные действия с игрушками	предметов, действий, имени. Выполняет некоторые поручения (принеси, отдай тете, найди и т.п.). Понимает слово «нельзя»	

Второй и третий годы жизни

Возраст	Понимание речи	Активная речь	Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
1 год 1 месяц — 1 год 3 месяца	Запас понимаемых слов быстро растёт	Лепечет, пользуется облегченными словами в момент двигательной активности и радости	Ориентируется в 2 контрастных величинах предметов — разница в 3 см	Воспроизводит разученные действия с предметами	Ходит, длительно не присаживаясь. Приседает, наклоняется, поворачивается, пятаются	Самостоятельно ест густую пищу ложкой

Продолжение табл.

Возраст	Понимание речи	Активная речь	Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
1 год 4 месяца — 1 год 6 месяцев	По просьбе отбирает предмет по существенным признакам	Словами облегченными и правильными называет предметы в моменты сильной заинтересованности	Ориентируется в 3—4 контрастных формах предметов	Отображает в игре часто наблюдаемые действия	Перешагивает через лежащую палку	Самостоятельно ест жидкую пищу ложкой
1 год 7 месяцев — 1 год 9 месяцев	Понимает вопрос о действиях, изображенных на картинке	Во время игры словами и двухсловными предложениями обозначает свои действия. Знает около 20 слов	Ориентируется в 3—4 контрастных величинах предметов — разница в 3 см	Воспроизводит несложные постройки	Перешагивает через приподнятую на 5 см палку	Частично снимает одежду

Возраст	Понимание речи	Активная речь	Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
1 год 10 месяцев — 2 года	Понимает рассказ о знаковых событиях	Пользуется трехсложными предложениями, употребляя местоимения и прилагательные. Знает около 50 слов	Подбирает по образцу 3—4 контрастных цвета	Воспроизводит последовательные действия	Перешагивает через приподнятую на 10 см палку	Частично одевает одежду
2 года — 2 года 6 месяцев		Говорит сложными предложениями (более 3 слов). Появляются вопросы «где?», «куда?»	Подбирает по образцу геометрические фигуры и предметы 4 основных цветов	Игра имеет сюжетный характер	Перешагивает через приподнятую на 15 см палку	Полностью одевается, кроме застегивания пуговиц и завязывания шнурков

Окончание табл.

Возраст	Понимание речи	Активная речь	Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
2 года 6 месяцев — 3 года		Употребляет сложные прилагательные предложения. Появляются вопросы «почему?», «когда?». Называет свое имя. Знает около 250 слов	Использует геометрические фигуры по назначению. Называет 4 основных цвета	Появляются элементы ролевой игры. Изображает простые предметы и называет их	Перешагивает через приподнятую на 20 см палку	Самостоятельно одевается. Пользуется салфеткой

Сроки прорезывания зубов

Формула исчисления количества молочных зубов: $N-4$, где N — число месяцев жизни ребенка.

Зубы	Возраст							
	Резцы средние	Резцы боковые	Клыки	Премоляры первые	Премоляры вторые	Моляры первые	Моляры вторые	Зубы мудрости
Молочные								
нижние	6—8 мес.	10—12 мес.	18—20 мес.	13—15 мес.	22—24 мес.			
верхние	8—9 мес.	9—11 мес.	17—19 мес.	12—14 мес.	21—23 мес.			
Постоянные								
нижние	5,5—8 лет	9—12,5 лет	9,5—15 лет	9—12,5 лет	9,5—15 лет	5—7,5 лет	10—14 лет	18—25 лет
верхние	6—10 лет	8,5—14 лет	9—14 лет	10—14 лет	9—14 лет	5—8 лет	10,5—14,5 лет	18—25 лет

Приложение 3

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ (ИЗВЛЕЧЕНИЯ)

1. Извлечения из Конституции РФ
2. Извлечения из Федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
3. Извлечения из Гражданского кодекса РФ.
4. Извлечения из Семейного кодекса РФ.
5. Извлечения из Уголовного кодекса РФ.
6. Извлечения из Конвенции ООН «О правах ребенка» (вступила в силу для СССР 15.09.1990 г.)
7. Извлечения из приказа Минздравсоцразвития России от 16.01.2008 г. № 11-н «О порядке и условиях оплаты государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством РФ порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, и выдачи женщинам родовых сертификатов».
8. Извлечения из приказа Министерства здравоохранения РФ от 28.12.2000 г. № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».
9. Извлечения из приказа Минздравсоцразвития России от 14 сентября 2006 г. № 662 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности».
10. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц. Утверждены 05.11.1998 г. приказом Минздрава РФ № 323.

11. Извлечения из приказа № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

12. Извлечения из приказа Министерства здравоохранения РФ от 26.02.2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

13. Стандарты оказания медицинской помощи в условиях скорой медицинской помощи.

Конституция РФ

Статья 7, часть 2. «В РФ охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пособия и иные гарантии социальной защиты».

Статья 38, часть 1. «Материнство и детство, семья находятся под защитой государства».

Статья 41, часть 1. «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1

Статья 17. Право граждан РФ на охрану здоровья

Граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания,

а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам РФ, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья

Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется Министерством здравоохранения РФ и министерствами здравоохранения республик в составе РФ.

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на **бесплатные консультации по вопросам планирования семьи**, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по

медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на льготы в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством РФ, республик в составе РФ и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Статья 23. Права беременных женщин и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством РФ. Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, устанавливаемым правительством РФ, правительствами республик в составе РФ.

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих «Основ»;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих «Основ»;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих «Основ»;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих «Основ», а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих «Основ» в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих «Основ».

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих «Основ». При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих «Основ».

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных пред-

ставителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Гражданский кодекс РФ

Статья 309. Общие положения

Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований — в соответствии с обычаями делового оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями.

Статья 401. Основания ответственности за нарушение обязательства

1. Лицо, не исполнившее обязательства либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность при наличии вины (умысла или неосторожности), кроме случаев, когда законом или договором предусмотрены иные основания ответственности.

Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства.

2. Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство.

3. Если иное не предусмотрено законом или договором, лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство при осуществлении предпринимательской деятельности, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обя-

занностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.

4. Заключенное заранее соглашение об устранении или ограничении ответственности за умышленное нарушение обязательства ничтожно.

Статья 1064. Общие основания ответственности за причинение вреда

1. Вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Законом обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда.

Законом или договором может быть установлена обязанность причинителя вреда выплатить потерпевшим компенсацию сверх возмещения вреда.

2. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда.

3. Вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных законом.

В возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества.

Статья 1085. Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья

1. При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств,

протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение...

Статья 1099. Общие положения

1. Основания и размер компенсации гражданину морального вреда определяются правилами, предусмотренными настоящей главой и статьей 151 настоящего Кодекса.

2. Моральный вред, причиненный действиями (бездействием), нарушающими имущественные права гражданина, подлежит компенсации в случаях, предусмотренных законом.

3. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда.

Статья 1100. Основания компенсации морального вреда

Компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда:

- вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности;
- вред причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ;
- вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию;
- в иных случаях, предусмотренных законом.

Статья 1101. Способ и размер компенсации морального вреда

1. Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме.

2. Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевше-

му физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Семейный кодекс РФ

Статья 55. Право ребенка на общение с родителями и другими родственниками

1. Ребенок имеет право на общение с обоими родителями, дедушками, бабушками, братьями, сестрами и другими родственниками. Расторжение брака родителей, признание его недействительным или раздельное проживание родителей не влияют на права ребенка.

В случае раздельного проживания родителей ребенок имеет право на общение с каждым из них. Ребенок имеет право на общение со своими родителями также в случае их проживания в разных государствах.

2. Ребенок, находящийся в экстремальной ситуации (задержание, арест, заключение под стражу, нахождение в лечебном учреждении и другое), имеет право на общение со своими родителями и другими родственниками в порядке, установленном законом.

Статья 56. Право ребенка на защиту

1. Ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов.

Защита прав и законных интересов ребенка осуществляется родителями (лицами, их заменяющими), а в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом, органом опеки и попечительства, прокурором и судом.

Несовершеннолетний, признанный в соответствии с законом полностью дееспособным до достижения совершеннолетия, имеет право самостоятельно осуществлять свои права и обязанности, в том числе право на защиту.

2. Ребенок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих).

При нарушении прав и законных интересов ребенка, в том числе при невыполнении или при ненадлежащем выполнении родителями (одним из них) обязанностей по воспитанию, образованию ребенка либо при злоупотреблении родительскими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет — в суд.

3. Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка.

Статья 61. Равенство прав и обязанностей родителей

1. Родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права).

2. Родительские права, предусмотренные настоящей главой, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия), а также при вступлении несовершеннолетних детей в брак и в других установленных законом случаях приобретения детьми полной дееспособности до достижения ими совершеннолетия.

Статья 63. Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей

1. Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей.

Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Родители имеют преимущественное право на воспитание своих детей перед всеми другими лицами.

2. Родители обязаны обеспечить получение детьми основного общего образования.

Родители с учетом мнения детей имеют право выбора образовательного учреждения и формы обучения детей до получения детьми основного общего образования.

Статья 64. Права и обязанности родителей по защите прав и интересов детей

1. Защита прав и интересов детей возлагается на их родителей.

Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.

2. Родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия. В случае разногласий между родителями и детьми орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей.

Статья 66. Осуществление родительских прав родителем, проживающим отдельно от ребенка

1. Родитель, проживающий отдельно от ребенка, имеет права на общение с ребенком, участие в его воспитании и решении вопросов получения ребенком образования.

Родитель, с которым проживает ребенок, не должен препятствовать общению ребенка с другим родителем, если такое общение не причиняет вред физическому и психическому здоровью ребенка, его нравственному развитию.

2. Родители вправе заключить в письменной форме соглашение о порядке осуществления родительских прав родителем, проживающим отдельно от ребенка.

Если родители не могут прийти к соглашению, спор разрешается судом с участием органа опеки и попечительства по требованию родителей (одного из них).

3. При невыполнении решения суда к виновному родителю применяются меры, предусмотренные гражданским процессуальным законодательством. При злостном невыполнении решения суда суд по требованию родителя, проживающего отдельно от ребенка, может вынести решение о передаче ему ребенка исходя из интересов ребенка и с учетом мнения ребенка.

4. Родитель, проживающий отдельно от ребенка, имеет право на получение информации о своем ребенке из воспитательных учреждений, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений. В предоставлении информации может быть отказано только в случае наличия угрозы для жизни и здоровья ребенка со стороны родителя. Отказ в предоставлении информации может быть оспорен в судебном порядке.

Статья 68. Защита родительских прав

1. Родители вправе требовать возврата ребенка от любого лица, удерживающего его у себя не на основании закона или не на основании судебного решения. В случае возникновения спора родители вправе обратиться в суд за защитой своих прав.

При рассмотрении этих требований суд вправе с учетом мнения ребенка отказать в удовлетворении иска родителей, если придет к выводу, что передача ребенка родителям не отвечает интересам ребенка.

Если судом установлено, что ни родители, ни лицо, у которого находится ребенок, не в состоянии обеспечить его надлежащее воспитание и развитие, суд передает ребенка на попечение органа опеки и попечительства.

Уголовный кодекс РФ

Статья 106. Убийство матерью новорожденного ребенка

Убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов, а равно убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Статья 109. Причинение смерти по неосторожности

1. Причинение смерти по неосторожности — наказывается ограничением свободы на срок до двух лет или лишением свободы на тот же срок.

2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей —

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Причинение смерти по неосторожности двум или более лицам —

наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

***Комментарий.** В тех случаях, когда смерть пациента наступила по вине медицинского персонала, обычно применяется именно эта статья УК РФ — деяние квалифицируется как совершенное по неосторожности. Однако стоит отметить, что в некоторых случаях применима ст. 105 УК РФ «Убийство» — преступление, совершенное умышленно. Конечно, речь идет о преступлениях не с прямым, а с косвенным умыслом. Согласно ст. 25 УК РФ: «Преступление признается совершенным с косвенным умыслом, если лицо осо-

знавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично». Применима ст. 105 УК РФ в основном в тех случаях, когда врач в ситуации выбора предпочитает заведомо более опасный для матери и ребенка вариант медицинского вмешательства, понимает, что это чревато тяжелыми последствиями, но... относится к этому безразлично. Такой же подход возможен и в отношении причинения тяжкого вреда или средней степени вреда здоровью — преступление может квалифицироваться по ст. 111 и ст. 112 УК РФ соответственно.

Статья 118. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности

1. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности —

наказывается штрафом в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от 180 до 240 часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев.

2. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, —

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 123. Незаконное производство аборта

1. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, —

наказывается штрафом в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного

за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет.

2. Утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ

3. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, —

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 124. Неоказание помощи больному

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, —

наказывается штрафом в размере до 40 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, —

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 125. Оставление в опасности

Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности,

в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние, —

наказывается штрафом в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от 120 до 180 часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Статья 140. Отказ в предоставлении гражданину информации

Неправомерный отказ должностного лица в предоставлении собранных в установленном порядке документов и материалов, непосредственно затрагивающих права и свободы гражданина, либо предоставление гражданину неполной или заведомо ложной информации, если эти деяния причинили вред правам и законным интересам граждан, —

наказываются штрафом в размере до 200 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 18 месяцев либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет.

Статья 236. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, —

наказывается штрафом в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до 180 часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, —

наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Статья 238. Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности

1. Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности, —

наказываются штрафом в размере до 300 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.

2. Те же деяния, если они:

а) совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) утратил силу. — Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 162-ФЗ;

в) совершены в отношении товаров, работ или услуг, предназначенных для детей в возрасте до шести лет;

г) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека;

в) исключен. — Федеральный закон от 09.07.1999 № 157-ФЗ, — наказываются штрафом в размере от 100 000 до 500 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до 500 000 ру-

блей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть двух или более лиц, —

наказываются лишением свободы на срок от четырех до десяти лет.

Статья 293. Халатность

1. Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, — наказывается штрафом в размере до 120 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок от 120 до 180 часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, — наказывается лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Крупным ущербом в настоящей статье признается ущерб, сумма которого превышает 100 000 рублей.

**Конвенция ООН о правах ребенка
(вступила в силу для СССР 15.09.1990 г.)**

Статья 24.

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить такое положение, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

а) снижения уровня смертности младенцев и детской смертности;

б) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей, уделяя первоочередное внимание первичной медико-санитарной помощи;

...d) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды.

**Инструкция по организации проведения
пренатального обследования беременных женщин
с целью выявления врожденной и наследственной
патологии у плода**

**(Приложение № 1 к приказу Минздрава России
от 28.12.2000 г. № 457 «О совершенствовании
пренатальной диагностики в профилактике
наследственных и врожденных заболеваний»)**

Пренатальное (дородовое) обследование направлено на предупреждение и раннее выявление врожденной и наследственной патологий у плода.

Целью его проведения является искусственный внутриутробный отбор (элиминация) генетически дефектных пло-

дов. При этом используются методы, направленные на точную диагностику у плода аномалий как хромосомного, так и генного происхождения, а также других пороков развития.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с тяжелыми, не поддающимися лечению формами наследственных и врожденных болезней рекомендуется организовать обследование беременных женщин в следующем порядке.

Первый уровень — проведение массового обследования всех беременных женщин с применением доступных современных методов, позволяющих с высокой вероятностью формировать группы риска по внутриутробному поражению плода. Мероприятия этого уровня обследования организуются и проводятся акушерско-гинекологическими учреждениями — женскими консультациями (кабинетами) и другими родовспомогательными учреждениями, осуществляющими наблюдение за беременными женщинами.

Обследование беременных женщин включает обязательное трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование:

- в срок 10—14 недель беременности, когда главным образом оценивается толщина воротникового пространства плода;
- в 20—24 недели ультразвуковое исследование осуществляется для выявления пороков развития и эхографических маркеров хромосомных болезней;
- ультразвуковое исследование в 32—34 недели проводится в целях выявления пороков развития с поздним их проявлением, а также в целях функциональной оценки состояния плода.

В срок 16—20 недель осуществляется забор проб крови у всех беременных женщин для проведения исследования у них уровней не менее двух сывороточных маркеров: альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человеческого (ХГЧ).

Второй уровень включает мероприятия по диагностике конкретных форм поражения плода, оценке тяжести болезни и прогнозу состояния здоровья ребенка, а также решение вопросов о прерывании беременности в случаях тяжелого, не

поддающегося лечению заболевания у плода. Эти обследования осуществляются в региональных (межрегиональных) медико-генетических консультациях (МГК), куда направляются беременные женщины с первого уровня обследования.

К ним также относятся беременные женщины, у которых в процессе ультразвукового скрининга выявлены нарушения в развитии плода: в сроке 10—14 недель толщина воротникового пространства 3 мм и более; наличие ВПР; эхографических маркеров хромосомных и других наследственных болезней, аномальное количество околоплодных вод и другие случаи поражения плода, а также беременные женщины с отклонениями в уровне сывороточных маркеров крови.

На второй уровень также направляются беременные женщины, угрожаемые по рождению детей с наследственной болезнью или врожденным пороком развития (ВПР); в возрасте от 35 лет и старше; имеющие в анамнезе рождение ребенка с ВПР, хромосомной или моногенной болезнью; с установленным семейным носительством хромосомной аномалии или генной мутации.

Беременная женщина должна поступать на второй уровень обследования с выпиской из медицинской карты и результатами проведенного ультразвукового и биохимического скрининга.

Основной задачей учреждений второго уровня является генетическое консультирование беременных женщин с риском поражения плода, проведение комплексного пренатального обследования и выработка тактики ведения беременности при подтверждении патологии у плода и рекомендаций семье.

Комплексное обследование должно включать тщательное ультразвуковое исследование плода, при необходимости доплерографию и цветное доплеровское картирование, кардиотокографию с обязательным анатомическим анализом результатов (по показаниям); инвазивную диагностику (аспирация ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) с последующим доступным генетическим анализом клеток плода (по показаниям) и др.

При выявлении ВПР, хромосомной или другой наследственной болезни у плода тактика ведения беременности определяется консультативно, о чем делается запись в медицинской документации беременной женщины. Консилиум должен включать врача-генетика, врача ультразвуковой диагностики, врача акушера-гинеколога, по показаниям — врача-неонатолога и других специалистов. При проведении консилиума беременная женщина и члены ее семьи информируются о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка. При наличии показаний даются рекомендации по поводу прерывания беременности.

В случае принятия женщиной решения о прерывании беременности, операция проводится в акушерско-гинекологических учреждениях в установленном порядке.

Супружеской паре рекомендуется провести повторное генетическое консультирование, во время которого даются рекомендации по планированию последующей беременности.

**Приказ Минздравсоцразвития России
от 16.01.2008 г. № 11н**

**«О порядке и условиях оплаты государственным
и муниципальным учреждениям здравоохранения
(а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых
в установленном законодательством РФ порядке размещен
государственный и (или) муниципальный заказ) услуг
по медицинской помощи, оказанной женщинам в период
беременности, в период родов и в послеродовой период,
а также диспансерному (профилактическому) наблюдению
детей, поставленных в течение первого года жизни, в возрасте
до 3 месяцев, на диспансерный учет, и выдачи женщинам
родовых сертификатов»**

5. Родовые сертификаты выдаются женщинам при предъявлении ими паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (удостоверение личности офицера или воен-

ный билет для военнослужащих, свидетельство о рождении для женщин, не достигших 14-летнего возраста), страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования.

При отсутствии у женщины страхового полиса обязательного медицинского страхования, страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования либо документа, подтверждающего регистрацию по месту жительства (пребывания), услуги по медицинской помощи оплачиваются при наличии в соответствующих графах талонов родовых сертификатов отметки о причине отсутствия документов.

6. Выдача женщине родового сертификата производится в женской консультации, где осуществляется наблюдение за женщиной в период беременности, при явке к врачу на очередной осмотр на сроке беременности 30 недель (при многоплодной беременности — 28 недель беременности) и более.

Женщинам, наблюдающимся в период беременности в учреждении здравоохранения, не имеющем права в установленном порядке выдавать родовые сертификаты для оплаты услуг родильного дома и детской поликлиники, родовой сертификат может быть выдан с 30 недель беременности (в случае многоплодной беременности — с 28 недель беременности) и более в женской консультации, расположенной по месту жительства женщины, с соответствующей отметкой в обменной карте женщины и (или) медицинской карте амбулаторного больного.

Женщинам, усыновившим ребенка в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев, родовой сертификат может быть выдан в детской поликлинике, осуществляющей диспансерное (профилактическое) наблюдение за детьми, поставленными в течение первого года жизни, в возрасте до 3 месяцев, на диспансерный учет (для детей, родившихся в 2007 году, — независимо от срока постановки на диспансерный учет) в порядке, установленном пунктом 12 настоящего «Порядка».

7. Услуги по медицинской помощи, оказываемой женскими консультациями женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе, оплачиваются указанным учреждениям в размере 3000 рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги.

Услуги по медицинской помощи, оказываемой родильными домами в период родов и в послеродовой период, оплачиваются указанным учреждениям в размере 6000 рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги.

Услуги по диспансерному (профилактическому) наблюдению за детьми, поставленными в течение первого года жизни, в возрасте до 3 месяцев, на диспансерный учет (для детей, родившихся в 2007 году, — независимо от срока постановки на диспансерный учет), оказываемые детскими поликлиниками, оплачиваются указанным учреждениям:

- за первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения за ребенком в размере 1000 рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги;
- за вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения за ребенком в размере 1000 рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги.

8. Оплата услуг по медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, производится учреждениям здравоохранения, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология». Оплата услуг диспансерного (профилактического) наблюдения за детьми, поставленными в течение первого года жизни, в возрасте до 3 месяцев, на диспансерный учет (для детей, родившихся в 2007 году, — независимо от срока постановки на диспансерный учет), производится учреждениям здравоохранения, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальности «педиатрия».

9. Оплата женским консультациям услуг по медицинской помощи, оказываемой женщине в период беременности, производится региональным отделением Фонда по месту нахождения женской консультации, выдавшей родовой сертификат, при условии постановки женщины на учет по беременности и последующего непрерывного наблюдения и ведения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе данной женской консультацией не менее 12 недель на основании талона № 1 родового сертификата, представленного к оплате в порядке, установленном пунктом 13 настоящего «Порядка».

При наблюдении женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе в нескольких женских консультациях оплате региональным отделением Фонда подлежит талон № 1 родового сертификата, представленный в региональное отделение Фонда женской консультацией, наблюдавшей беременную женщину наиболее длительное время, но не менее 12 недель.

Для оплаты услуг по медицинской помощи, оказываемой женщине в период беременности, в период непрерывного наблюдения и ведения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе в женской консультации включаются периоды пребывания женщины по медицинским показаниям в стационаре и в специализированном санатории (отделении), а также период наблюдения женщины на амбулаторно-поликлиническом этапе до 1 января 2008 года.

**Инструкция по проведению инвазивной
диагностики плода и генетического исследования
биоптатов клеток**

**(Приложение № 3 к приказу Минздрава России
от 28.12.2000 г. № 457)**

Инвазивная диагностика плода проводится в региональных (межрегиональных) МГК с целью выявления и профилактики распространенных хромосомных болезней и врож-

денных пороков развития. Диагностика сложных случаев носительства хромосомных аномалий, а также моногенных болезней, поддающихся выявлению методами биохимического, молекулярно-цитогенетического или ДНК-анализов, проводится в федеральных центрах медико-генетической службы, созданных на базе следующих учреждений: Медико-генетический научный центр РАМН (Москва), Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва), НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН (Санкт-Петербург), НИИ медицинской генетики СО РАМН (Томск).

Основную часть пренатальных исследований составляет цитогенетическая диагностика хромосомных болезней. Показаниями для ее проведения являются:

- возраст матери 35 лет и старше;
- рождение в семье ребенка с хромосомной патологией;
- носительство семейной хромосомной аномалии;
- наличие у плода ВПР;
- наличие эхографических признаков хромосомной патологии;
- отклонение уровней сывороточных материнских маркеров — АФП, ХГЧ и других.

Выбор инвазивной манипуляции определяется сроком беременности, состоянием беременной женщины, а также наличием материально-технических возможностей. Они проводятся с целью получения плодных клеток и установления по ним генетического состояния плода. В первом триместре беременности чаще всего проводится трансцервикальная или трансабдоминальная аспирация ворсин хориона, во втором триместре — трансабдоминальный амниоцентез, трансабдоминальная аспирация ворсин плаценты и трансабдоминальный кордоцентез (пункция пуповины). Инвазивные вмешательства проводятся с согласия беременной женщины под контролем ультразвукового исследования и при условии обязательного гинекологического об-

следования беременной женщины. При этом необходимо иметь результаты лабораторных исследований (анализ крови и мочи, тесты на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, анализ влагалищного мазка и другие — по показаниям). Проведение инвазивной манипуляции осуществляет специалист, владеющий инвазивными методами диагностики, при участии врача ультразвуковой диагностики, врача-лаборанта. Полученный биоптат оценивается визуально относительно качества и количества и отправляется на цитогенетическое исследование.

При наличии показаний к проведению сложных генетических исследований у плода беременная женщина ставится об этом в известность, и при согласии беременной женщины ей выдается направление в один из федеральных центров медико-генетической службы. К направлению прилагается выписка из генетической карты или индивидуальной карты беременной с результатами проведенных клинико-лабораторных и ультразвуковых исследований. В отдельных случаях в федеральный центр медико-генетической службы на исследование может быть направлен биопсийный или другой материал, полученный в результате ранее проведенных исследований.

Результаты проведенного исследования в доступной форме описываются в бланке лабораторно-генетического анализа. Врач-генетик делает заключение о генетическом состоянии плода. При выявлении у плода какой-либо аномалии семья информируется о диагнозе, прогнозе развития болезни, а также получает рекомендации по дальнейшему ведению беременности. Если беременная женщина принимает решение о прерывании беременности, ей дается направление в акушерско-гинекологическое учреждение на прерывание беременности по медицинским показаниям.

Схема обследования беременной женщины по оценке состояния внутриутробного развития плода

(Приложение № 5 к приказу Минздрава России
от 28.12.2000 г. № 457)

Первый этап обследования (10—14 недель беременности)

Вид исследования	Цель исследования
Ультразвуковое обследование всех беременных женщин в женских консультациях (кабинетах) и других родо-вспомогательных учреждениях	Установление срока и характера течения беременности. Обязательная оценка толщины воротникового пространства, состояния хориона. Формирование групп риска по хромосомной патологии и некоторым ВПР у плода
Биопсия хориона (по показаниям): возраст беременной от 35 лет и старше; семейное носительство хромосомной аномалии; семейная отягощенность идентифицированным моногенным заболеванием; увеличение воротникового пространства у плода от 3 мм и более	Цитогенетическая диагностика хромосомной патологии, определение пола плода. Диагностика конкретной формы моногенного заболевания методами биохимического или ДНК-анализа по клеткам плода

Второй этап обследования (20—24 недели беременности)

Вид исследования	Цель исследования
Ультразвуковое обследование	Детальная оценка анатомии плода с целью обнаружения у него пороков развития, маркеров хромосомных болезней, ранних форм задержки развития плода, патологии плаценты, аномального количества околоплодных вод

Окончание табл.

Вид исследования	Цель исследования
Допплеровское исследование маточно-плацентарно-плодного кровотока	Формирование группы риска по развитию гестоза, задержки развития плода и плацентарной недостаточности в 3-м триместре
Исследование крови матери на АФП, ХГЧ и другие сывороточные маркеры (оптимальный срок — на 16—20-й неделе беременности)	Формирование группы риска по рождению детей с хромосомными болезнями и некоторыми ВПР
Исследования с применением инвазивных процедур (кордоцентеза, плацентоцентеза, амниоцентеза)	Цитогенетическая диагностика хромосомных болезней у плода. Диагностика конкретного моногенного заболевания методами биохимического и ДНК-анализов

**Третий этап обследования
(32—34 недели беременности)**

Вид исследования	Цель исследования
Ультразвуковое обследование всех беременных женщин в женских консультациях (кабинетах) и родовспомогательных учреждениях	Оценка темпов роста плода, выявление ВПР с поздними проявлениями. Оценка состояния других показателей развития плода

**Приказ Минздравсоцразвития России
от 14 сентября 2006 г. № 662**
**«Об утверждении стандарта медицинской помощи
женщинам с нормальным течением беременности»¹**

1.1. Диагностика

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1,0	1,0
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1,0	1,0
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1,0	1,0
A02.12.001	Исследование пульса	1,0	1,0
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1,0	2,0
A02.20.004	Измерение размеров матки	1,0	1,0
A02.31.002	Аускультация плода с помощью стетоскопа	0,4	1,0
A01.31.007	Пальпация плода	0,2	1,0
A02.01.001	Измерение массы тела	1,0	1,0
A02.03.005	Измерение роста	1,0	1,0
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1,0	1,0

¹ Следует отметить, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать региональные стандарты медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти.

Продолжение табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A11.20.003	Получение цервикального мазка	1,0	1,0
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1,0	1,0
A02.20.005	Измерение размеров таза	1,0	1,0
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	1,0	1,0
A04.31.001	Ультразвуковое исследование плода	1,0	1,0
A09.05.091	Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови	1,0	1,0
A09.05.092	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	1,0	1,0
A09.05.064	Исследование уровня свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	1,0	1,0
A09.05.065	Исследование уровня тиреотропина плазмы крови	1,0	1,0
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,0	1,0
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,0	1,0
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,0	1,0

Окончание табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1,0	1,0
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1,0	1,0
A01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей	1,0	1,0
A01.76.001	Визуальное исследование при патологии глаз	1,0	1,0
A02.26.003	Офтальмоскопия	1,0	1,0
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1,0	1,0

1.2. Наблюдение из расчета 245 дней

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	15
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	12
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	12
A02.12.001	Исследование пульса	1	12

Продолжение табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A02.20.004	Измерение размеров матки	1	8
A02.31.002	Аускультация плода с помощью стетоскопа	1	8
A01.31.007	Пальпация плода	1	8
A02.01.001	Измерение массы тела	1	12
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1
A11.20.003	Получение цервикального мазка	1	2
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	3
A04.31.001	Ультразвуковое исследование плода	1	2
A05.31.001	Кардиотокография плода	1	2
A13.31.005	Подготовка беременных к родам	1	3
A13.31.002	Обучение уходу за новорожденным	1	3
A13.30.003	Психологическая адаптация	1	3
A13.31.003	Аутогенная тренировка	1	3
A15.31.005	Пособие по наложению бандажа при беременности	1	1

Продолжение табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A25.20.004	Назначение лекарственной терапии при беременности	1	12
A25.20.005	Назначение диетической терапии при беременности	1	12
A25.20.006	Назначение лечебно-оздоровительного режима при беременности	1	12
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	3
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	3
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	3
A12.05.001	Исследование скорости оседания эритроцитов	1	3
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	3
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	3
A08.05.010	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1	3
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	3

Продолжение табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A09.05.0П	Исследование уровня альбумина в крови	1	2
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	2
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	1	2
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	1	3
A09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови	1	3
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	1	3
A09.05.048	Исследование уровня плазминогена в крови	1	3

Продолжение табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное	1	3
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	8
A09.28.003	Определение белка в моче	1	8
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	8
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	8
A26.06.082	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	1	3
A26.06.036	Определение HbsAg Hepatitis B virus	1	2
A26.06.041	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus	1	2
A26.06.048	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к human immunodeficiency virus HIV 1	1	2
A26.06.049	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к human immunodeficiency virus HIV 2	1	2

Окончание табл.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	1	1
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	1	1
A12.06.043	Определение антител к антигенам групп крови	0,2	1
A01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибок (<i>Candida spp.</i>)	1	3
A26.20.017	Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на трофозоиты трихомонад (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	1	3
A26.20.001	Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	1	3
A26.20.008	Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1	1

**Назначение витаминов
при нормально текущей беременности**

Фармако- терапевтиче- ская группа	АТХ группа <*>	Между- народ- ное непа- тенто- ванное наиме- нование	Частота назна- чения	ОДД <***>	ЭКД <***>
Витамины и минералы					
Фолиевая кислота			0,8	30 мг	6000 мг
Поливитамин			0,4	1 драже	200 драже
Поливитамин + мультиминерал			0,4	2 табл.	180 табл.
Железа (III) гидроксид полимальтозат			0,2	3 табл.	90 табл.
Железа фумарат + фолиевая кислота			0,1	1 капсула	90 капсул
Железа (III) гидроксид полимальтозат + фолиевая кислота			0,1	1 табл.	60 табл.
Калия йодид			0,4	200 мкг	6000 мкг
Витамин Е			0,4	300 мг	3000 мг
Кальция карбонат			0,6	500 мг	15000 мг

<*> Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

<***> Ориентировочная дневная доза.

<***> Эквивалентная курсовая доза.

Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц Утверждены 05.11.1998 приказом № 323 Минздрава России

Приведен ряд диагнозов в качестве примера

Код диагноза	Диагностика при установлении диагноза		Диагностика при проведении лечения		Лечебные мероприятия	
	минимальный уровень	максимальный уровень	минимальный уровень	максимальный уровень	минимальный уровень	максимальный уровень
015.0 Эклампсия	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой АА.</p> <p>2. Измерение АД на обеих руках.</p> <p>3. Анализ мочи на белок.</p> <p>4. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, альбумин, креатинин, мочевина, билирубин — прямой, холестерин, триглицериды, АЛАТ, АСАТ, ЩФ, ЛДГ, электролиты, остаточный азот).</p> <p>5. Исследование глазного дна</p>	<p>1. Суточное мониторирование: ЭКГ, АД, пульс.</p> <p>2. Анализ суточной мочи на белок</p>	<p>1. Измерение АД на обеих руках.</p> <p>2. Анализ мочи на белок.</p> <p>3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевина, билирубин — прямой и не прямой, АЛАТ, АСАТ, ЩФ, ЛДГ).</p> <p>4. Исследование глазного дна</p>	<p>1. Суточное мониторирование: ЭКГ; АД, пульс.</p> <p>2. Анализ суточной мочи на белок (повторно)</p>	<p>1. Лечебно-охранительный режим.</p> <p>2. Управляемая гипотония.</p> <p>3. Средства для наркоза.</p> <p>4. Психотропные препараты.</p> <p>5. Средства, улучшающие кровоснабжение органов и тканей</p> <p>6. Диуретические средства.</p> <p>7. Экстренное родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации (см. соотв. рубрику).</p> <p>8. Магнезиальная терапия</p>	<p>1. Плазмозамещение и дезинтоксикационные средства.</p> <p>2. Ганглиоблокаторы.</p> <p>3. Бета-адреноблокаторы.</p> <p>4. Антагонисты ионов кальция</p>

021.0	Рвота легкая или умеренная	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой АА. 2. Контроль массы тела. 3. Контроль диуреза. 4. Контроль за АД. 5. Клинический анализ крови. 6. Клинический анализ мочи. 7. Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела. 8. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин — прямой и непрямой, креатинин, электролиты — Na, K, Cl) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок и фракции, сывороточное железо, АЛАТ, АСАТ, остаточный азот, билирубин — прямой и непрямой). 2. Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин. 3. Энцефалограмма 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взвешивание (повторно). 2. Измерение диуреза (повторно). 3. Измерение АД. 4. Гемоглобин крови. 5. Лейкоциты крови. 6. СОЭ. 7. Анализ мочи на ацетон. 8. Анализ мочи на кетоновые тела. 9. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, холестерин, креатинин) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биохимический анализ крови (билирубин — прямой и непрямой, остаточный азот, АЛАТ, АСАТ). 2. Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин (повторно) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечебное питание. 2. Лечебно-охранительный режим. 3. Витамины. 4. Антигистаминные препараты. 5. Противорвотные средства. 6. Ферментные препараты, улучшающие процессы пищеварения. 7. Аминокислоты. 8. Солевые растворы. 9. Седативные средства 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Плазмозамещение и дезинтоксикационные растворы. 2. Физические факторы лечения (электросон, лазерная рефлексография)
021.1	Неукротимая или тяжелая рвота	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой АА. 2. Контроль массы тела. 3. Контроль диуреза. 4. Контроль за АД. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биохимический анализ крови. 2. УЗИ печени. 3. Энцефалограмма. 4. Проба Реберга. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взвешивание (повторно). 2. Измерение диуреза (повторно). 3. Измерение АД (повторно). 4. Гемоглобин крови (повторно). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проба Реберга (повторно). 2. Гемостазиограмма (повторно). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечебное питание 2. Лечебно-охранительный режим 3. Витамины 4. Антигистаминные препараты 5. Противорвотные средства. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Препараты для парентерального питания. 2. Гормоны коры надпочечников.

Код диагноза	Диагностика при установлении диагноза		Диагностика при проведении лечения		Лечебные мероприятия	
	минимальный уровень	максимальный уровень	минимальный уровень	максимальный уровень	минимальный уровень	максимальный уровень
021.1 Неукротимая или тяжелая рвота	5. Клинический анализ крови. 6. Клинический анализ мочи. 7. Анализ мочи на ацетон, кетоновые тела, желчные пигменты, билирубин, уробилин. 8. Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, глюкоза, билирубин — прямой и непрямой, креатинин, мочеви-на, остаточный азот, ЛДГ, АЛАТ, АСАТ, ШФ, электролиты — Na, K, Cl). 9. Исследование глазного дна	5. Гемостазиограмма. 6. Анализ суточной мочи на белок. 7. ЭКГ	5. Лейкоцитарная формула крови. 6. Анализ мочи на ацетон, кетоновые тела, желчные пигменты, билирубин, уробилин (повторно). 7. Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, глюкоза, билирубин — прямой и непрямой, креатинин, мочеви-на, остаточный азот, ЛДГ, АЛАТ, АСАТ, ШФ, электролиты — Na, K, Cl) (повторно)	3. Анализ суточной мочи (повторно)	6. Ферментные препараты, улучшающие процессы пищеварения. 7. Аминокислоты. 8. Солевые растворы. 9. Психотропные препараты. 10. Плазмазамещающие и дезинтоксикационные средства	3. Прерывание беременности при отсутствии лечебного эффекта или появления изменений со стороны глазного дна

Инструкция по организации и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах

(Приложение № 1 к приказу Минздрава России от 26.11.1997 г. № 345

«О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» в ред. приказов Минздрава РФ от 24.11.1998 г. № 338, от 05.05.2000 г. № 149)

Внутрибольничная инфекция — любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в данном учреждении (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских стационарах остается актуальной для здравоохранения страны в связи с высоким уровнем заболеваемости, отсутствием тенденции к его снижению, большим ущербом, причиняемым здоровью новорожденных и родильниц, и огромной социально-экономической значимостью.

По данным отраслевой отчетности Минздрава России (форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», раздел 3 «Внутрибольничные инфекции»), частота ВБИ новорожденных в акушерских стационарах составляет 1,0—1,3%, в то время как по выборочным исследованиям (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН) она равняется 5—10%.

Высокие уровни заболеваемости ВБИ обусловлены комплексом факторов: формированием госпитальных штаммов возбудителей ВБИ, увеличением контингентов риска среди новорожденных и родильниц, снижением неспецифических защитных сил организма у населения, слабой материально-технической базой многих стационаров и др.

Распространению ВБИ способствует разнообразие возбудителей (более 300 видов), формирование госпитальных штаммов, обладающих высокой устойчивостью к неблагоприятным факторам окружающей среды, в том числе к ультрафиолетовому облучению, высушиванию, многим лекарствам.

Внутрибольничным инфекциям свойственна множественность механизмов передачи, действие как естественных (контактно-бытовой, воздушно-капельный, фекально-оральный), так и искусственных (искусственных) механизмов за счет инвазивных диагностических и лечебных процедур.

В настоящее время следует больше внимания уделять внедрению современных подходов к профилактике ВБИ (централизованные стерилизационные отделения, дезкамеры, использование экологически безопасных средств дезинфекции и изделий медицинского назначения однократного применения, микробиологический мониторинг и др.), что позволяет предупредить заражение как пациентов, так и персонала.

1.1. Ответственность за организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями возлагается на главного врача родильного дома (отделения).

Инструкция по организации и проведению эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в акушерских стационарах

**(Приложение № 2 к приказу Минздрава России
от 26.11.1997 г. № 345 в ред. приказов Минздрава России
от 24.11.1998 г. № 338, от 05.05.2000 г. № 149)**

Выявление и учет заболеваемости ВБИ

Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и родильниц, возникшие в период пребывания в стационаре и/или в течение 7 дней (максимальный инкубационный период) после выписки, считают за акушерским стационаром.

Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации у новорожденных:

- конъюнктивит и дакриоцистит;
- пиодермия;
- флебит пупочной вены;
- панариций, паронихия;
- омфалит;
- отит;
- импетиго (пузырчатка), пемфигус, везикулопустулез;
- псевдофурункулез;
- мастит;
- энтероколит;
- пневмония;
- абсцесс, флегмона;
- менингит;
- остеомиелит;
- сепсис;
- постинъекционные инфекции;
- сальмонеллез;
- вирусные гепатиты В, С;
- другие инфекционные заболевания.

Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации у родильниц:

- послеоперационные инфекции акушерской раны, в том числе нагноение и расхождение швов;
- эндометрит;
- перитонит, в том числе после «кесарева сечения»;
- сепсис;
- мастит;
- постинфекционные инфекции;
- грипп, ОРЗ;
- пневмония;
- цистит, уретрит, пиелонефрит;
- сальмонеллез;
- вирусные гепатиты В, С;
- другие инфекционные заболевания.

Инструкция по применению методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия

**(Приложение № 1 к приказу Минздрава России
от 26.02.2003 г. № 67**

«О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия»

ВРТ — это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Проведение ВРТ возможно только при наличии письменного информированного согласия пациентов.

1. Экстракорпоральное оплодотворение

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) используется в мировой практике в терапии бесплодия с 1978 года. В России ЭКО и перенос эмбрионов (ПЭ) в полость матки впервые были выполнены в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Процедура ЭКО состоит из следующих этапов:

- отбор и обследование пациентов;
- индукция суперовуляции, включая мониторинг фолликулогенеза и развития эндометрия;
- пункция фолликулов яичников;
- инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов *in vitro*;
- перенос эмбрионов в полость матки;

- поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;
- диагностика беременности ранних сроков.

Проведение ЭКО также возможно в естественном менструальном цикле, без индукции суперовуляции.

Показания для проведения ЭКО:

- бесплодие, не поддающееся терапии или вероятность преодоления которого с помощью ЭКО выше, чем другими методами.

При отсутствии противопоказаний ЭКО может проводиться по желанию супружеской пары (женщины, не состоящей в браке) при любой форме бесплодия.

Противопоказания для проведения ЭКО:

- соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов;
- врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;
- опухоли яичников;
- доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;
- острые воспалительные заболевания любой локализации;
- злокачественные новообразования любой локализации, в том числе в анамнезе.

Объем обследования супружеской пары перед проведением ЭКО

Для женщины:

обязательное:

- общее и специальное гинекологическое обследование;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- определение группы крови и резус-фактора;
- клинический анализ крови, включая время свертываемости (действителен 1 месяц);

- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца);
 - исследование на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища;
 - заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности;
- по показаниям:
- исследование состояния матки и маточных труб (гистеросальпингография или гистеросальпингоскопия и лапароскопия);
 - биопсия эндометрия;
 - бактериологическое исследование материала из уретры и цервикального канала;
 - цитологическое исследование мазков шейки матки;
 - анализы крови на ФСГ, ЛГ, Е2, Прл, Т, Кортизол, П, Т3, ТД4, ТТГ, СТГ;
 - обследование на наличие антиспермальных и антифосфолипидных антител;
 - инфекционное обследование (хламидиоз, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса, цитомегалия, токсоплазмоз, краснуха);
 - заключения других специалистов по показаниям.

Для мужчины:

- обязательное:
 - анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца);
 - спермограмма;
- по показаниям:
 - определение группы крови и резус-фактора;
 - консультация андролога;
 - инфекционное обследование (хламидиоз, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса, цитомегалия).

Для супружеской пары старше 35 лет необходимо медико-генетическое консультирование.

Стандарты оказания медицинской помощи в условиях скорой медицинской помощи

1. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 25.09.2006 г. № 673 **«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с послеродовым кровотечением» «Скорой помощью»** пациентке с послеродовым кровотечением на этапе диагностики необходимо проведение, в частности, таких исследований, как измерение пульса, частоты дыхания, артериального давления, исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора; в течение 30 минут необходимо произвести сбор анамнеза и жалоб в гинекологии, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств и растворов, транспортировку пациента службой скорой медицинской помощи. Среди назначаемых препаратов должны быть средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему, матку, кровь, в частности плазмозаменители, средства, влияющие на систему свертывания крови.

2. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 25.09.2006 г. № 682 **«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с эклампсией» «Скорой помощью»** пациентке с эклампсией на этапе диагностики необходимо проведение, в частности, таких исследований, как измерение пульса, частоты дыхания, артериального давления, исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора; в течение 30 минут необходимо произвести сбор анамнеза и жалоб в гинекологии, подкожное внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств и растворов, установку воздуховода, отсасывание слизи из носа, искусственную вентиляцию легких, транспортировку пациента службой скорой медицинской помощи. Среди назначаемых лекарственных препаратов должны быть средства, влияющие на центральную нервную систему и кровь, в частности препараты плазмы, растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания.

3. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 25.09.2006 г. № 683 **«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с послеродовым сепсисом»** «Скорой помощью» пациентке с сепсисом на этапе диагностики необходимо проведение, в частности, таких исследований, как измерение пульса, частоты дыхания, артериального давления; в течение 30 минут необходимо произвести сбор анамнеза и жалоб в гинекологии, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств и растворов, транспортировку пациента службой скорой медицинской помощи. Среди назначаемых препаратов должны быть средства для профилактики и лечения инфекций, гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему, растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания; средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему, средства влияющие на кровь, в частности плазмозаменители.

4. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 25.09.2006 г. № 672 **«Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с разрывом матки до начала родов, разрывом матки во время родов»** «Скорой помощью» пациентке с разрывом матки на этапе диагностики необходимо проведение, в частности, таких исследований, как измерение пульса, частоты дыхания, артериального давления; в течение 30 минут необходимо произвести сбор анамнеза и жалоб в гинекологии, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств и растворов, транспортировку пациента службой скорой медицинской помощи. Среди назначаемых препаратов должны быть средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему, средства для профилактики и лечения инфекций, средства, влияющие на кровь и систему свертывания крови, гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему.

Приложение 4

ОБРАЗЦЫ СОСТАВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЮРИДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ

1. Претензия на навязывание платной медицинской помощи

Заведующей женской консультации
№ _____ округа
г. _____

Адрес: _____

От _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Претензия на навязывание платной медицинской помощи

_____ (дата) я обратилась в вашу организацию с просьбой оказать мне первую медицинскую помощь, поскольку у меня начались кровянистые выделения из половых путей на шестом месяце беременности, а находилась я в тот момент неподалеку от вашей женской консультации. Врач, Иванова Ольга Ивановна, осмотрев меня, сделала мне укол и сообщила, что мне срочно необходима госпитализация в стационар для сохранения беременности, вызвала наряд бригады «Скорой помощи», а также выписала квитанцию на оплату в размере 850 рублей за консультацию и лекарства. Аргументировала врач необходимость оплаты услуги тем, что в данном городе я не имею постоянной жилищной регистрации, а страхового медицинского полиса у меня с собой тоже не было. Поскольку жизнь моего ребенка находилась в опасности, я немедленно расплатилась с врачом.

В РФ гражданам в силу постановления Правительства РФ от 15 мая 2007 г. № 286 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (в ред. постановления Правительства РФ от 30.04.2008 г. № 327) оказывается бесплатно:

1) **скорая медицинская помощь при состояниях, вызванных осложнениями беременности** и при родах;

2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение за беременными женщинами и здоровыми детьми), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах всех типов;

3) стационарная помощь при патологии беременности, родах и абортах;

4) стационарная помощь в период новорожденности;

5) **лекарственная помощь при оказании скорой медицинской и стационарной помощи** в дневных стационарах всех типов.

На основании вышеизложенного и руководствуясь постановлением Правительства РФ от 15 мая 2007 г. № 286 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (в ред. постановления Правительства РФ от 30.04.2008 г. № 327)

ПРОШУ:

вернуть мне сумму в размере 850 рублей, уплаченную мною врачу, Ивановой Ольге Ивановне, за консультацию и лекарственный препарат.

В случае отказа в удовлетворении моей претензии я вынуждена буду обратиться в суд.

Дата:

Подпись:

2. Заявление о выдаче медицинской документации, находящейся в родильном доме и касающейся здоровья роженицы и ее ребенка

Главному врачу родильного дома
№ _____ округа

г. _____

Адрес: _____

От _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Согласно ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья». Также согласно данной статье информация о состоянии здоровья лиц, не достигших 15 лет, предоставляется их законным представителям.

На основании вышеизложенного прошу:

1) предоставить мне копии всех медицинских документов, касающихся состояния моего здоровья по факту моего пребывания в родильном доме с _____ по _____ 200_ г.;

2) предоставить мне копии всех медицинских документов, касающихся состояния здоровья моего ребенка, _____ Ф.И.О., _____ года рождения.

Заранее благодарна,

Дата

Подпись

3. Заявление в прокуратуру о вынесении представления об устранении нарушенного права

В Кунцевскую межрайонную прокуратуру г. Москвы
Адрес: 121354, Москва, ул. Гришина, д. 18., к. 1
от Иванова Ивана Ивановича, проживающего по адресу:
121357, Москва, ул. Ватутина, д. 333, к. 2, кв. 67

Жалоба на незаконные действия главного врача родильного дома № 555

25 января 2005 года моя жена, Иванова Ольга Николаевна, в родильном доме № 555 г. Москвы родила девочку. По телефону врачи мне сообщили, что жена находится в тяжелом состоянии. В каком состоянии находится моя дочь, я не знаю, мне об этом ничего не сообщили.

Ввиду сложившейся ситуации я хотел знать о состоянии здоровья моего ребенка, а также находиться в родильном доме рядом с дочерью. Администрация родильного дома мне в этом отказала.

Согласно ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» информация о состоянии здоровья ребенка, не достигшего 15 лет, предоставляется его законным представителям.

Согласно ст. 22 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в интересах лечения ребенка одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка.

Таким образом, администрация родильного дома в лице главного врача нарушила мое законное право на получение информации о состоянии здоровья моей дочери и нахождение рядом с ней.

На основании изложенного, а также руководствуясь ст. 27, 28 Закона от 17.01.1992 г. № 2202-1 «О прокуратуре РФ», прошу:

1) внести представление об устранении моего нарушенного права на получение информации о состоянии здоровья моего ребенка и нахождение рядом с ним;

2) обязать администрацию родильного дома предоставить мне информацию о состоянии здоровья моего ребенка и право нахождения вместе с ним.

Дата

Подпись

4. Жалоба на отказ в госпитализации

Главному врачу родильного дома
№ _____ (родильного отделения
ГКБ № _____, ГКБ № _____)

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

от _____ (Ф.И.О.),
проживающей по адресу: _____

Жалоба на отказ в госпитализации

Сегодня я обратилась в ваш родильный дом со схватками потужного характера (указать иную причину). Врачи (если возможно, указать их Ф.И.О.) мне отказали в госпитализации по причине _____ (указать причину, например, по причине нехватки койко-мест).

В РФ гражданам в силу постановления Правительства РФ от 15 мая 2007 г. № 286 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» (в ред. постановления Правительства РФ от 30.04.2008 г. № 327) скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная помощь в стационарно-поликлинических и больничных организациях, в том числе женщинам в период беременности, во время и после родов, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов муниципальных образований. Таким

образом, врачи не имели права отказывать мне в госпитализации.

Напоминаю вам, что отказ в медицинской помощи согласно ст. 124, 125 УК РФ может быть расценен как уголовное правонарушение.

На основании вышеизложенного

ПРОШУ

Оказать мне надлежащую медицинскую помощь, в противном случае представить письменный отказ в госпитализации.

Дата

Подпись

Приложение 5

ОРГАНЫ СУБЪЕКТОВ РФ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Информация об органах государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия в сфере здравоохранения в части лицензирования медицинской деятельности муниципальной и частной системы здравоохранения, а также контроля качества оказания медицинской помощи

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф. И. О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Агинский Бурятский автономный округ	см. Забайкальский край						
Алтайский край	Главное управление Алтайского края по здравоохранению	Елыкомов Валерий Анатольевич	(3852) 62-77-66/ (3852) 62-93-38	656031, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, д. 126	656031, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, д. 126	ptil@agtu.ru	Отдел контроля качества медицинской помощи, лицензирование медицинской и фармацевтической

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
	и фармацевтической деятельности						деятельности, а также деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (3852) 62-89-72, 62-76-24, (3852) 62-33-41, 62-75-53
Амурская область	Министерство здравоохранения Амурской области	Тураев Рамиль Габдельхакевич	тел.: (4162) 44-36-82 факс: (4162) 44-95-58	675023, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Ленина, д. 135	675023, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Ленина, д. 135	licenzua.28@mail.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, тел./факс (4162) 51-81-95
Архангельская область	Департамент здравоохранения Архангельской области	Эммануилов Сергей Дмитриевич	тел.: (8182) 21-55-84 факс: (8182) 21-57-10	163000, г. Архангельск, проспект Троицкий, д. 49	163000, г. Архангельск, проспект Троицкий, д. 49	der@msa.ru	Отдел контроля качества и лицензирования. Начальник отдела Буторина Людмила Юрьевна, тел.: (8182) 28 64 36, e-mail: der@msa.ru

Астраханская область	Министерство здравоохранения и социального развития Астраханской области	Акишкин Виктор Георгиевич	тел: (8512) 54-16-15 факс: (8512) 54-16-19	414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16в	414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16в	astrzdrav@mail.ru	Отдел по лицензированию и контролю соответствия качеству медицинской помощи, тел.: (8512) 54-00-14
Белгородская область	Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области		тел.: (4722) 32-14-47 факс: (4722) 32-31-92	308005, г. Белгород, Свято-Троицкий бульвар, 18	308005, г. Белгород, проспект Б. Хмельницкого, 79	timofeeva@belzdrav.ru	Отдел лицензирования отдельных видов деятельности, стандартизации и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4722) 32-05-64
Брянская область	Департамент здравоохранения Брянской области	Дорошенко Владимир Николаевич	тел.: (48322) 66-38-78 факс: (48322) 66-49-11	241019, г. Брянск, пер. Осоевехима, д. 3, корп. 1	241019, г. Брянск, пер. Осоевехима, д. 3, корп. 1	lak@mias.brk.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической, деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, контроля качества медицинской помощи, тел.: (48322) 64-23-79

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Владимирская область	Департамент здравоохранения администрации Владимирской области	Одинцова Ирина Арнольдовна	тел.: (84922)-32-50-34	600000, г. Владимир, Октябрьский пр-т, д. 14	600000, г. Владимир, Октябрьский пр-т, д. 14	dz@dzo.vipno.ru	Отдел контроля соответствия качества оказываемой медицинской помощи федеральным стандартам в сфере здравоохранения и лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности, а также деятельности, связанной с оборотом наркотических средств
Волгоградская область	Комитет по здравоохранению администрации Волгоградской области	Анищенко Евгений Александрович	тел.: (8442) 30-82-33 факс: (8442) 30-82-34	400131, г. Волгоград, ул. Ленина, 15	400131, г. Волгоград, ул. Ленина, 15	Obizdrav@volganet.ru	Отдел лицензирования и контроля фармацевтической деятельности, тел.: (8442) 38-36-33 Отдел лицензирования медицинской деятельности, тел.: (8442) 38-36-99, 38-36-50

Вологодская область	Департамент здравоохранения Вологодской области	Кольинко Александр Андреевич	тел.: (8172)-72-14-25 факс: (8172)-72-02-67	160035, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19	160035, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19	vologdauzo@inbox.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (8172)-72-14-25
Воронежская область	Главное аптечное управление Воронежской области	Кленчищева Светлана Ивановна	тел.: (4732) 76-10-96 факс: (4732) 47-19-88	394019, г. Воронеж, ул. Загородная, д. 68	394019, г. Воронеж, ул. Загородная, д. 68	Levitskaj@mail.ru	Отдел фармацевтической деятельности, тел.: (4732) 76-01-95
Воронежская область	Главное управление здравоохранения Воронежской области	Мезенцев Евгений Васильевич	тел.: (4732) 55-43-40 факс: (4732) 52-05-26	394000, г. Воронеж, ул. Никитинская, 5	394000, г. Воронеж, ул. Никитинская, 5	Mail@oblzdrav.vrn.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4732) 55-30-84, (4732) 55-30-78
г. Москва	Департамент здравоохранения города Москвы	Сельковский Андрей Петрович	тел.: (095) 251-18-65 факс: (095) 251-44-27	127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43	127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43	doc@mosgorzdrav.ru	Управление лицензирования и аккредитации, тел.: (095) 621-49-82. Начальник Управления Абрамов Алексей Юрьевич

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
г. Санкт-Петербург	Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга	Ю.А. Щербук	тел.: (812) 314-04-43 факс: (812) 595-89-86	г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1-а	г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1-а	kzdrav@gov.spb.ru	Управление лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ
Еврейская автономная область	Управление здравоохранения правительства Еврейской автономной области	Андреев Валерий Григорьевич	тел.: (8426-22)-6-22-41 факс: (8426-22)-6-22-32	679016, Еврейская АО, г. Биробиджан, пр-т 60-лет СССР, д. 18	679016, Еврейская АО, г. Биробиджан, пр-т 60-лет СССР, д. 18	Med@post.sao.ru	Первый заместитель начальника управления Дорофеев Владимир Алексеевич, тел.: (8426-22)-6-79-51 Заместитель начальника управления по фармацевтической деятельности Градусова Наталья Марковна, тел.: (8426-22)-6-03-24

Забайкальский край	Комитет здравоохранения Читинской области	Сормологов Борис Петрович	тел.: (3022) 26-45-67	672090, г. Чита, ул. Богомяткова, 23	672090, г. Чита, ул. Богомяткова, д. 23.	ivekzo@mail.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Комитета здравоохранения Читинской области, тел.: (3022) 26-32-49
Ивановская область	Департамент здравоохранения Ивановской области	Атрошенко Ирина Георгиевна	тел.: (4932) 32-61-62 факс: (4932) 32-71-06	153000, г. Иваново, ул. Батурина, д. 8	153000, г. Иваново, ул. Батурина, д. 8	073@adminet. ivanovo.ru	Управление лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4932) 58-01-79 e-mail: az@ivmed.ru
Иркутская область	Департамент здравоохранения Иркутской области (мед. деятельность)	Ушаков Игорь Васильевич	тел./факс: (3952) 24-05-86	664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29	664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29	guzio@guzio.ru	Отдел стандартизации и контроля качества медицинской помощи, тел.: (3952) 24-05-60
Иркутская область	Агентство лекарственного обеспечения Иркутской области	Матула Галина Тимофеевна	тел.: (3952) 24-01-72 факс: (3952) 24-01-54	664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29 «а»	664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29 «а»	kadrg@farmcom.irk.ru	Отдел кадровой работы и государственной гражданской службы, тел.: (3952) 24-01-54

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Кабардино-Балкарская Республика	Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики	Бицуев Вадим Георгиевич	тел.: (8662) 40 23 31 факс: (8662) 47 63 24	360008, КБР, г. Нальчик, ул. Кешокова, 100	360008, КБР, г. Нальчик, ул. Кешокова, 100	kbr-minzdrav@yandex.ru	Отдел лицензирования медицинских и фармацевтических работ и услуг. Начальник отдела Шебузов Мурат Магомедович, тел.: (8662) 47-30-87 e-mail: licsense07@mail.ru; Отдел контроля качества оказания медицинской помощи. Начальник отдела Нафадзокова Аминат Темиркановна, тел.: (8662) 47-41-98 e-mail: nafadzokova@mail.ru
Калининградская область	Служба по контролю качества	Николаева Татьяна Николаевна	тел.: (4012) 465310	236007, г. Калининград,	236016, г. Калининград,	drugmedta@mail.ru	

	медицинской помощи и лицензированию Калининградской области		факс: (4012) 465334	ул. Дм. Донского, 1	Московский пр-т, 95			Отдел лицензирования, тел.: (4842) 50-36-92 Отдел контроля качества медицинской помощи, тел.: (4842) 50-36-45
Калужская область	Министерство здравоохранения и социального развития Калужской области	Кондратьев Юрий Алексеевич	тел.: (4842) 50-36-00, 50-36-01 факс: (4842) 72-19-06	248600, г. Калуга, ул. Кутузова, д. 21	248 600 г. Калуга, ул. Кутузова, д. 21	dsp@depsp.adm.kaluga.ru		
Камчатская область	Министерство здравоохранения Камчатского края	Врио Министра Лемешко Татьяна Владимировна	тел.: (4152) 42-47-02	683000, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинская, 18 Б	683000, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пл. Ленина, 1	ozo@mail.kamchatka.ru oopr-kam@mail.ru		Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, контроля качества медицинской помощи, тел/факс (4152) 42-08-56
Карачаево-Черкесская Республика	Министерство здравоохранения и курортов Карачаево-Черкесской Республики	Хаблаев Умар Магомедович	тел.: (7822) 5-42-44 факс: (7822) 5-51-98	369000, КЧР, г. Черкесск, ул. Красноармейская, д. 54	369000, КЧР, г. Черкесск, ул. Красноармейская, д. 54	mzkchr@mail.svkchr.ru		Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (8782) 26-48-03

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Кемеровская область	Управление лицензирования медицинских фармацевтических видов деятельности Кемеровской области	Ван Лариса Васильевна	тел.: (3842) 54-36-72 факс: (3842) 54-38-98	650000, Кемеровская область, г. Кемерово, пр. Ленина, д. 121Б	650000, Кемеровская область, г. Кемерово, пр. Ленина, д. 121Б	medfarm2008@mail.ru	Нет
Кировская область	Департамент здравоохранения Кировской области	Мальцев Алексей Евгеньевич	тел.: (8332) 64-56-54	610019, г. Киров, ул. К. Либкнехта, 69	610019, г. Киров, ул. К. Либкнехта, д. 69	ip-depart@medstat.kirov.ru	Отдел по лицензированию и контролю качества медицинской помощи. Начальник отдела Ефремова Н.Н., тел.(8332) 32-0040 Специалисты, тел.: (8332) 32-0042
Корякский автономный округ	см. Камчатскую область						

<p>Костром- ская область</p>	<p>Департамент здравоохра- нения Костромской области</p>	<p>Строкин Александр Арнольдович</p>		<p>156029, г. Кострома, ул. Свердло- ва, 129</p>	<p>156029, г. Кострома, ул. Свердло- ва, 129</p>	<p>dzako@ kmtn.ru</p>	<p>Управление по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборо- том наркотических средств и психо- тропных веществ, и контролю качества оказания медицин- ской помощи, тел.: (4942) 37-28-43</p>
<p>Краснодар- ский край</p>	<p>Департамент здравоохра- нения Краснодар- ского края</p>	<p>Алексеенко Сергей Николаевич</p>	<p>тел.: (861) 268-02-12 факс: (861) 268-25-03, 234-07-65</p>	<p>350075, Краснодар- ский край, г. Краснодар, ул. Стасова, 180</p>	<p>350075, Краснодар- ский край, г. Краснодар, ул. Стасова, 180</p>	<p>zdavkub@ mail.ru</p>	<p>Управление по лицензированию и контролю качества медицинской помощи, тел.: (861) 267-75-09. Отдел по лицензированию, тел.: (861) 267-78-39 (фармацевтическая деятельность), тел.: (861) 267-79-70 (медицинская деятельность). Отдел по контролю качества медицин- ской помощи, тел.: (861) 267-73-78</p>

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Красноярский край, в том числе Таймырский АО и Эвенкийский АО	Агентство здравоохранения и лекарственного обеспечения администрации Красноярского края	Корчагин Егор Евгеньевич	тел.: (3912) 23-98-09 факс: (3912) 22-10-07, 22-28-33	660017, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Кр. Армии, 3	660017, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Кр. Армии, 3	office@uz.krasmed.ru	Отдел по лицензированию и контролю качества в сфере здравоохранения, тел.: (3912) 65-13-67 (мед. деятельность), тел.: (3912) 22-49-07 (фарм. деятельность)
Курганская область	Главное управление здравоохранения Курганской области	Скляр Елена Ивановна	тел.: (3522) 49-85-66 факс: (3522) 49-85-03	640000, г. Курган, ул. Томина, 49	640000, г. Курган, ул. Томина, 49	UZO@admobl.kurgan.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, тел.: (3522) 49-85-12, 49-85-11 email: licguzo@kurganobl.ru
Курская область	Комитет здравоохранения Курской области	Чихирин Александр Алексеевич	тел.: (4712) 51-47-20	305000 г. Курск, Красная площадь, 6	305000 г. Курск, Красная площадь, д. 6	comz@kursknet.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4712) 51-42-65

Ленинградская область	Комитет по здравоохранению правительства Ленинградской области	А.Ю. Окунев	тел.: (812) 717-65-43 факс: (812) 717-65-15	г. Санкт-Петербург, Невский пр-кт, д. 113	г. Санкт-Петербург, Невский пр-кт, д. 113	sec.lokz@lenreg.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ
Липецкая область	Управление здравоохранения Липецкой области	Мурузов Василий Христофорович	тел: (4742) 23-80-01, 23-80-80, 23-80-82 факс: (4742) 27-32-79	398050, Липецкая обл., г. Липецк, ул. Зегеля, д. 6	398050, Липецкая обл., г. Липецк, ул. Зегеля, д. 6	uzalo@lipetsk.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, оборота наркотических средств и психотропных веществ: тел. (4742) 23-80-52, 23-80-51, 25-75-21. Отдел по организации лечебной помощи взрослому населению и контролю качества медицинской помощи, (4742) 23-80-09, 23-80-71, 23-80-39, 23-80-72

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Магаданская область	Департамент здравоохранения администрации Магаданской области	Зайнутдинов Гарафитдин Атласович	тел.: (4132) 62-43-48 факс: (4132) 62-43-66	685000, г. Магадан, ул. Пролетарская, 14	685000 г. Магадан, ул. Пролетарская, д. 14	UZAMO@Regadm.magadan.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4132) 64-91-30
Московская область	Министерство здравоохранения Московской области	Семенов Владимир Юрьевич	тел.: (498) 602-03-01 факс: (498) 602-03-00	143407, Московская область, г. Красногорск, б-р Строителей, д. 1	143407, Московская область, г. Красногорск, б-р Строителей, д. 1	minzdrav_mo@mail.ru	Управление лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и контроля качества медицинской помощи. Начальник Управления Чуприна Наталья Станиславовна, тел.: (495) 253-65-75; факс: (495) 253-32-05; 8 (495) 253-65-64 123056, г. Москва, Электрический пер., д. 8, стр. 1; mosoblzdrav@mail.ru

Мурманская область	Управление по контролю качества медицинской помощи и лицензированию отдельных видов деятельности Мурманской области	Панкратова Екатерина Владимировна	тел.: (911) 319-20-76	183006, г. Мурманск, пр. Ленина, д. 75	183006, г. Мурманск, пр. Ленина, д. 75	отсутствует	отсутствует
Ненецкий автономный округ	см. Архангельская область						
Нижегородская область	Министерство здравоохранения Нижегородской области	Карлевский Александр Валентинович	тел.: (8312) 439-09-65 факс: (8312) 439-01-72	603001, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, Кремль, корп. 2	603001, Нижегородская область, г. Нижн. Новгород, Кремль, корп. 2	official@zdrav.krem1.nnov.ru	В стадии утверждения
Новгородская область	Комитет по охране здоровья населения Новгородской области	Олефир Юрий Витальевич	тел.: (8162) 732-297, 732-582 факс: (8162) 772-434	173005, г. Великий Новгород, пл. Победы-Софийская, д. 1	173005, г. Великий Новгород, пл. Победы-Софийская, д. 1	Medik@niac.patm.ru	Отдел по контролю за соответствием качества оказываемой медицинской помощи и лицензированию медицинской и фармацевтической

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф. И. О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Новосибирская область	Департамент здравоохранения Новосибирской области	Степанов Владимир Валентинович	тел.: (3832) 222-15-61 факс: (3832) 222-37-59	630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18	630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18	Zdrav@obladm.nso.ru	деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (8162) 739-139, 738-945 факс (8162) 738-824
Омская область	Министерство здравоохранения Омской области	Ерофеев Юрий Владимирович	тел.: (3812) 23-35-25 факс: (3812) 25-82-17	644099, г. Омск, ул. Красный путь, 6	644021, г. Омск, ул. 8-я Линия, 219	e-mail@omskminzdrav.ru medfarmlic@yandex.ru	Управление лицензирования и контроля медицинской и фармацевтической деятельности, тел.: (3812) 54-13-20

Оренбургская область	Министерство здравоохранения Оренбургской области	Комаров Николай Николаевич	тел.: (3532) 77 35 44	460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, 33	460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, 33	guzao@esoo.ru	Управление по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности. Начальник управления Толокнянник Марина Александровна, тел.: (3532) 76-87-14
Орловская область	Департамент социальной политики Орловской области	Поляков Владимир Викторович;	тел.: (4862) 47-57-00 факс: (4862) 40-53-18	302021, г. Орел, пл. Ленина, 1	302033, г. Орел, ул. Лескова, д. 22	nicolaev@57ru.ru	
Пензенская область	Министерство здравоохранения и социального развития Пензенской области	Строчков Владимир Викторович	тел.: (8412) 48-81-01 факс: (8412) 48-80-58	440018, г. Пенза, ул. Пушкина, 163	440018, г. Пенза, ул. Пушкина, 163	mzs@penza.net	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности
Пермский край	Министерство здравоохранения Пермского края	Рыжков Сергей Александрович	тел.: (342) 217 79 00 факс: (342) 217 75 26	614006, Пермский край, г. Пермь, ул. Ленина, д. 51	614006, Пермский край, г. Пермь, ул. Ленина, д. 51	minzdruv@permregion.ru	Отдел по контролю качества медицинской помощи и лицензированию отдельных видов деятельности

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
							614990, г. Пермь, б-р Гагарина, д. 10 (342) 265 4740 псу@regregion.ru. Сектор по контролю качества медицинской помощи и лицензированию медицинской деятельности, тел.: (342) 265 35 75
Приморский край	Департамент здравоохранения Приморского края	Ушаков Владимир Георгиевич	тел.: (4232) 41-35-14 факс: (4232) 41-28-94	690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, 2	690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, 2	dza@primorsky.ru	Отдел контроля качества медицинской помощи, лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, тел.: (4232) 41-35-14
Псковская область	Государственный комитет Псковской области по здравоохранению и фармации	Ширшова Татьяна Константиновна	тел.: (8112) 69-98-99 факс: (8112) 69-99-14	180001, г. Псков, ул. Некрасова, д. 23	180001, г. Псков, ул. Некрасова, 23	zdnav-kadgu@obladmin.pskov.ru	Отдел по лицензированию и контролю соответствия качества оказываемой медицинской помощи, тел.: (8112) 68-66-43 e-mail: licenzia_med_psk@mail.ru

Республика Адыгея	Министерство здравоохранения Республики Адыгея	Борсов Мухамед Хамзагович	тел./факс: (8772) 52-56-00	385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Советская, 176	385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Советская, 176	minzdrav_ga@radnet.ru	Отдел лицензирования и контроля качества оказания медицинской помощи, тел. (8772) 52-33-67 факс (8772) 52-33-68 e-mail: licotdel-08@mail.ru
Республика Алтай	Министерство здравоохранения Республики Алтай	Яимов Игорь Эжерович	тел./факс: (3882) 22-20-78	649000 г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, 54	649000 г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, 54	minzdrav@narod.ru	Отдел по лицензированию и контролю качества оказания медицинской помощи. Начальник отдела Мухарьямова Гельсина Рафаэльевна, тел.: (3882) 22-44-92 e-mail: LicenzRA@Yandex.ru
Республика Башкортостан	Министерство здравоохранения Республики Башкортостан	Евсюков Андрей Александрович	тел.: (3472) 50-33-10 факс: (3472) 51-01-59	450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23	450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23	minzdrav@ufanet.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (347) 251-00-75, (347) 251-00-96
Республика Бурятия	Министерство здравоохранения Республики Бурятия	Кожевников Валерий Вениаминович	тел.: (3012) 21-31-25 факс: (3012) 21-23-11	670001, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительства	670001, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительства	minzdrav@burnet.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, тел.: (3012) 42-55-77

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Республика Дагестан	Министерство здравоохранения Республики Дагестан	Мамаев Ильяс Ахмедович	тел.: (722) 67-81-98 факс: (722) 67-90-70	367020, г. Махачкала, ул. Абубака- рова, 10	367020, г. Махачкала, ул. Абубака- рова, 10	ministr@iwl.ru	Отдел лицензирования отдельных видов деятельности и контроля качества медицинской помощи, тел.: (722) 67-58-32
Республика Ингушетия	Комитет Республики Ингушетия по экологии, недропользованию и лицензированию	Чахкиев Тимур Магомедович	тел.: (8734) 55-15-89 факс: (8734) 55-15-68	386100, Республика Ингушетия, г. Магас, ул. Д. Мальсагова, 31-а	386100, Республика Ингушетия, г. Магас, ул. Д. Мальсагова, 31-а	Ipri@list.ru	Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и контроля качества оказываемой медицинской помощи
Республика Калмыкия	Министерства здравоохранения и социального развития РК	Мучеряев Александр Наранович	тел.: (8472) 23-37-04 факс: (8472) 22-28-53	358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, ул. Номто Очирова, 6	358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, ул. Номто Очирова, 6	minsoc@mail.ru	Отдел по контролю качества оказания медицинской помощи, лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, связанной с оборотом НС и БВ, тел.: (8472) 23-44-90

Республика Карелия	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия	Бойнич Валерий Дмитриевич	тел.: (8142) 79-29-00 факс: (8142) 78-28-19	185660, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, 6	185660, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, 6	social@onego.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (8142) 79-29-18, (8142) 79-29-65
Республика КОМИ	Министерство здравоохранения Республики Коми	Мурашко Михаил Альбертович	тел./факс: (8212) 44-13-25	167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73	167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73	minzdrav@hostkomi.ru	Отдел оптимизации сети учреждений Министерства здравоохранения Республики Коми, тел.: (8212) 44-86-94
Республика Марий Эл	Министерство Здравоохранения Республики Марий Эл	Шишкин Владимир Викторович	тел.: (8362) 45-77-41 факс: (8362) 45-77-42	424004, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Советская, 56	424004, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Советская, 56	minzdrav@mail-el.ru	Отдел лицензирования. Начальник отдела Смирнов Александр Геннадьевич, тел.: (8362) 45-78-58, факс. (8362) 45-76-15
Республика Мордовия	Министерство здравоохранения Республики Мордовия	Аширов Рафаиль Закиевич	тел./факс: (8342) 47-68-11	430002, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Советская, д. 35	430002, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Советская, 35	lorm13@mail.ru	Отдел контроля соответствия качества оказываемой медицинской помощи и лицензирования медицинских, фармацевтической деятельности,

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
							связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (8342) 23-13-09
Республика САХА (Якутия)	Министерство здравоохранения республики Саха (Якутия)	Александр Вячеслав Лаврентьевич	тел./факс: (4112) 34-20-57	677011, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, пр. Ленина, 30	677011, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, пр. Ленина, 30	minzdrav@yakmed.ru minzdrav@gov.sakha.ru	Не указано
Республика Северная Осетия — Алания	Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия — Алания	Легков Владимир Борисович	тел./факс: (8672) 54-42-03	362025, Республика Северная Осетия — Алания, г. Владикавказ, ул. Бородинская, 9а	362025, Республика Северная Осетия — Алания, г. Владикавказ, ул. Бородинская, 9а	minzdrav@osetia.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (8672) 74-12-86

Республика Татарстан	Министерство здравоохранения Республики Татарстан	Фаррахов Айрат Закиевич	тел.: (8432) 231-79-98 факс: (8432) 238-41-44	420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, 11/6	420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6	minzdrav@tatar.ru	Управление по лицензированию и контролю соответствия качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам. Отдел по лицензированию медицинской деятельности муниципальной и частной систем здравоохранения, тел./факс (8432) 236-65-72. Сектор по контролю соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам, тел.: (8432) 236-65-60
Республика Тыва	Министерство здравоохранения Республики Тыва	Ооржак Александр Доткан-Оолович	тел.: (3942) 25-12-28 факс: (3942) 25-12-24	667009, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Калининна, 128А	667009, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Калининна, д. 128А	minzdrav@tuvafatm@mail.ru	Отдел лицензирования в сфере здравоохранения и контроля качества оказания медицинской помощи. Начальник отдела Соная Елена Шошкайовна, тел.: (3942) 25-12-13

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф. И. О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Республика Хакасия	Министерство здравоохранения Республики Хакасия	Артемченко Галина Петровна	тел.: (3902) 29-50-90, 29-50-91 факс: (3902) 23-27-25	655017, Республика Хакасия, г. Абакан ул. Крылова, 72	655017, Республика Хакасия, г. Абакан ул. Крылова, 72	minzdrav@khakasnet.ru	Отдел лицензирования и контроля качества в здравоохранении, тел.: (3902) 29-50-38, 29-50-39, 29-50-40, 29-50-68, 29-50-46
Ростовская область	Министерство здравоохранения Ростовской области	Быковская Татьяна Юрьевна	тел.: (8632) 42-30-96 факс: (8632) 23-77-91	344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33	344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33	minzdrav@aaanet.ru	Отдел лицензирования, тел.: (8632) 90-87-63
Рязанская область	Министерство здравоохранения Рязанской области	Тюрина Лариса Николаевна	тел.: (4912) 27-08-06 факс: (4912) 28-19-47	390006, г. Рязань, ул. Свободы, д. 32	390006, г. Рязань, ул. Свободы, д. 32	uzo@uzo.guazan.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Начальник отдела Агапова Алла Анатольевна, тел.: (4912) 28-19-22, 27-07-60

Самарская область	Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области	Куличенко Вадим Петрович	тел.: (8463) 34-27-02 факс: (8462) 70-91-14	443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181	443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181	443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181	depart@socio.samtel.ru zdravSO@samregion.ru	Управление лицензирования и контроля качества, руководитель Шишин Геннадий Геннадиевич, тел.: (8463) 32-21-38 Главный консультант Будаев Андрей Александрович, тел.: (8463) 333-43-91 Консультант (мед. деятельность) Медникова Елена Васильевна, тел.: (8463) 332-27-80. Консультант (фарм. деятельность) Тырина Валентина Ивановна, тел.: (8463) 332-21-10
Саратовская область	Министерство здравоохранения Саратовской области	Сорокин Алексей Викторович	тел.: (8452) 50-63-53 факс: (8452) 51-63-00	410012, г. Саратов, ул. Железнодорожная, 72, корп. 2	410012, г. Саратов, ул. Железнодорожная, 72, корп. 2	410012, г. Саратов, ул. Железнодорожная, 72, корп. 2	sarlizenzia@mail.ru	Отдел лицензирования и контроля качества, тел.: (8452) 51-92-74
Сахалинская область	Департамент здравоохранения Сахалинской области	Андрей Валерьевич Васильченков	тел.: (4242) 72-85-57 факс: (4242) 42-95-94	693020, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Держинского, 15	693020, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Держинского, 15	693020, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Держинского, 15	zdder@sakhalin.ru	Отдел лицензирования и контроля качества оказываемой медицинской помощи, тел.: (4242) 50-50-06

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Свердловская область	Министерство здравоохранения и социального развития Свердловской области	Климин Владимир Григорьевич	тел.: (3432) 70-18-18 факс: (3432) 70-19-19	620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34Б	620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34Б	mzso@mailto:utk.ru	Отдел лицензирования медицинской деятельности и контроля качества медицинской помощи Начальник отдела Харламова Наталья Анатольевна, тел.: (3432) 70-18-89
Смоленская область	Департамент Смоленской области по здравоохранению	Отвагин Игорь Викторович	тел.: (4812) 38-62-93 факс: (4812) 38-67-58	214008, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1	214008, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1	zdgrav@admin.smolensk.ru	Отдел контроля качества оказания медицинской помощи, тел.: (4812) 37-77-04; отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (4812) 38-69-98

Ставропольский край	Комитет Ставропольского края по лицензированию отдельных видов деятельности	Головеров Анатолий Григорьевич	тел.: (8652) 94-15-94 факс: (8652) 94-15-99	355017, г. Ставрополь, ул. Ленина, 217 а	355017, г. Ставрополь, ул. Ленина, 217 а	komist@tambleg.ru	Отдел проведения предлицензионной экспертизы и оформления лицензий, тел.: (8652) 94-15-89 Отдел организационно-аналитической работы и контроля, тел.: (8652) 94-15-90 Сектор правовой работы, тел.: (8652) 94-15-96
Ставропольский край	Комитет Ставропольского края по торговле и лицензированию отдельных видов деятельности	Журавлев Игорь Валентинович	тел.: 26-55-92 факс: 26-55-31	355006, г. Ставрополь, ул. К. Хетагурова, 8	355006, г. Ставрополь, ул. К. Хетагурова, 8	potreb@stavinvest.ru	Лицензионный отдел; Сектор контрольной работы; Отдел правовой и кадровой работы (временно не телефонизированы)
Тамбовская область	Управление здравоохранения Тамбовской области	Горленков Николай Дмитриевич,	тел.: (0752) 72-37-39 факс: (0752) 72-32-67	392000, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106	392000, г. Тамбов, ул. М. Горького, 5	post@zdrav.tambov.gov.ru krv@zdrav.tambov.gov.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и контроля качества медицинской помощи, тел.: (0752) 71-11-04, 71-13-74

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Тверская область	Департамент здравоохранения Тверской области	Цезарь Анатолий Емельянович	тел.: (4822) 32-04-82 факс: (4822) 48-70-74	170000, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, д. 23	170000, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, 23	twperzdrav@tvcsm.ru	Отдел лекарственного обеспечения, тел.: (4822) 35-57-11. Отдел лечебно-профилактической помощи матери и детям, тел.: (4822) 35-62-60. Отдел лечебно-профилактической помощи взрослому населению, тел.: (4822) 35-68-34,
Томская область	Комитет по лицензированию Томской области	Даниленко Виктор Степанович	тел.: (3822) 53-34-11 факс: (3822) 53-20-85	634029, г. Томск, ул. Белинского, 19	634029, г. Томск, ул. Белинского, 19	info@palata.tomsk.ru	Отдел лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и контроля качества оказания медицинской помощи. Лицензирование медицинской деятельности, тел. (3822) 52-70-19.

Тульская область	Департамент здравоохранения Тульской области	Юдин Евгений Викторович	тел./факс: (4872) 31-20-33	300045, г. Тула, ул. Оборонная, д. 114-г	300045, г. Тула, ул. Оборонная, д. 114-г	license@admin.phitula.mednet.com	Отдел по лицензированию, тел./факс: (4872) 37-39-93	Лицензирование фармацевтической деятельности, тел.: (3822) 52-79-88. Лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, тел.: (3822) 52-79-88, (3822) 52-85-37.
Тюменская область	Департамент здравоохранения Тюменской области	Кудряков Андрей Юрьевич	тел.: (3452) 46-17-23 факс: (3452) 46-24-44	625000, г. Тюмень ул. Челюскинцев, 8	625000, г. Тюмень, ул. Челюскинцев 8	dz_to@dzto.ru	Отдел лицензирования департамента здравоохранения Уманская Татьяна Евгеньевна, тел.: 8-922-266-44-27	
Удмуртская Республика	Управление по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики	Петров Михаил Викторович	тел./факс: (3412) 20-49-11	426039, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, д. 57	426039, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, д. 57	ulmdur@gmail.com	Отдел лицензирования, тел.: (3412) 40-56-54. Отдел экспертизы качества медицинской помощи, тел.: (3412) 20-49-22	

Продолжение табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф.И.О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Ульяновская область	Министерство здравоохранения Ульяновской области	Прокин Федор Григорьевич	тел.: (8422) 41-05-01 факс: (8422) 41-05-01	423071, г. Ульяновск, ул. Радищева, д. 1	423071, г. Ульяновск, ул. Радищева, д. 1	kzo@mv.ru	Отдел лицензирования, тел.: (8422) 41-48-97. Отдел контроля качества медицинской помощи и стандартизации, тел.: (8422) 41-30-43
Усть-Ордынский автономный округ	см. Иркутская область						
Хабаровский край	Министерство здравоохранения Хабаровского края	Витько Александр Валентинович	тел.: (4212) 32-66-29 факс: (4212) 32-86-16	680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 72	680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 72	zdrav@adm.khv.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (4212) 32-63-23, 32-87-80
Ханты-Мансийский автономный округ	Служба по контролю и надзору в сфере	Веретельников Юрий Владимирович	тел.: (3467) 13-21-00 факс: (3467) 13-37-41	628011, ХМАО, Тюменская область,	628011, ХМАО, Тюменская область,	veretelnikov.YV@admhmao.ru	Отдел контроля качества медицинской помощи, каретвенной помощи, тел.: (3467) 13-13-92,

	<p>здоровоохранения Ханты-Мансийского АО — Югры (Юграздравнадзор)</p>			<p>г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, д. 30</p>	<p>г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, д. 30</p>		<p>Отдел лицензирования медицинской деятельности, тел.: (3467) 13-46-51. Отдел лицензирования фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ, тел.: (3467) 13-47-11</p>
<p>Челябинская область</p>	<p>Министерство здравоохранения Челябинской области</p>	<p>Шепелев Виктор Алексеевич</p>	<p>тел.: (3512) 63-52-62 факс: (3512) 63-31-02</p>	<p>454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165</p>	<p>454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165</p>	<p>oblzdrav@cheLSurgnet.ru Zdrav74.ru</p>	<p>Управление лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел./факс: (3512) 63-58-73, 63-52-64</p>
<p>Чеченская Республика</p>	<p>Министерство здравоохранения Чеченской Республики</p>	<p>Ахмадов Шахид Саидович</p>	<p>тел./факс: (8712) 22-20-51</p>	<p>364051, Чеченская республика, г. Грозный, ул. Маяковского, 88</p>	<p>364051, Чеченская республика, г. Грозный, ул. Маяковского, 88</p>	<p>lomzchr@mail.ru</p>	<p>Отдел лицензирования и контроля качества оказания медицинской помощи, тел.: (8712) 22-26-05</p>

Окончание табл.

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование лицензирующего органа	Ф. И. О. руководителя	Тел./факс руководителя	Юридический адрес	Почтовый адрес	Электронный адрес	Наименование структурного подразделения
Чувашская Республика	Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики	Сулонова Нина Владимировна	тел./факс: (8352) 62-35-94	428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский б-р, 17,	428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский б-р, 17,	medicin@ sar.ru	Отдел организации медицинской помощи, тел.: (8352) 62-47-53. Отдел организации медицинской помощи матерям и детям, тел.: (8352) 62-39-20 Отдел социальных проблем семьи, тел.: (8352) 62-04-08 Отдел стратегического планирования и развития здравоохранения и социальной сферы, тел.: (8352) 62-71-95 Отдел лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, контроля качества медицинской помощи, тел.: (8352) 62-33-80

Чукотский автономный округ	Департамент социальной политики Чукотского АО	Анисимова Виктория Григорьевна	тел.: (4272) 22-21-26 факс: (4272) 22-44-55	689000, Чукотский АО, г. Анадырь, ул. Отке, 3	689000, Чукотский АО, г. Анадырь, ул. Отке, 3	689000, Чукотский АО, г. Анадырь, ул. Отке, 3	fps@anadyr.ru	Главное управление здравоохранения, тел.: (4272) 22-21-88; 22-66-50 e-mail:uzo@anadyr.ru
Ямало-Ненецкий автономный округ	Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого АО	Ляковик Анатолий Цезаревич	тел.: (3492) 24-04-21 факс: (3492) 24-77-06	629007, ЯНАО, г. Салехард, ул. Республики, 15	629007, ЯНАО, г. Салехард, ул. Республики, 15	629007, ЯНАО, г. Салехард, ул. Республики, 15	okgzdrav@yamalinfo.ru	Управление лекарственного обеспечения, тел.: (3492) 24-56-69 Управление организации медицинской помощи населению, тел. (3492) 24-04-22 Управление экономики здравоохранения, государственного заказа и государственных программ, тел.: (3492) 24-04-37
Ярославская область	Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области	Каграмаян Игорь Николаевич	тел.: (0852) 30-37-58 факс: (0852) 72-8248	150000, г. Ярославль, ул. Первомайская, 27	150000, г. Ярославль, ул. Первомайская, д. 27	150000, г. Ярославль, ул. Первомайская, д. 27	zdrav@adm.yar.ru	Отдел лицензирования и контроля качества медицинской помощи, тел.: (0852) 72-64-32 Начальник отдела: Соколова Ирина Викторовна
Байконур	Городское управление здравоохранения	Тимошенко О.М.	тел./факс: (3362) 27-20-21	468320, г. Байконур, ул. Янгеля, 7-а	468320, г. Байконур, ул. Янгеля, 7-а	468320, г. Байконур, ул. Янгеля, 7-а		Тел.: (3362) 27-01-30, 27-29-74

Приложение 6

ПЕРЕЧЕНЬ УПРАВЛЕНИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО СУБЪЕКТАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№	Наименование субъекта РФ	Ф.И.О.	Должность	Телефон	Адрес
1	Алтайский край	Трешутин Владимир Апполинарьевич	Руководи- тель	тел.: (3852) 62-26-61 факс: (3852) 62-27-95	656031, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, д. 126 e-mail: treshutinv@mail.ru
2	Амурская область	Даниленко Геннадий Алексан- дрович	Руководи- тель	тел.: (4162) 53-21-01 факс: (4162) 53-20-63	675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Мухина, д. 31 e-mail: info@reg28roszdravnadzor.ru
3	Архангельская область и Ненецкий АО	Стародубенко Виктор Георгиевич	Руководи- тель	(8182) 46-22-27	163001 Архангельская область, г. Архангельск, пр. Новгородский, д. 32 e-mail: nadzor29@atnet.ru
4	Астраханская область	Умерова Аделя Равильевна	Руководи- тель	тел.: (8512) 25-32-25 факс: (8512) 25-42-12	414056, Астраханская область, г. Астрахань, ул. Савушкина, 43 e-mail: roszdrav_n@astranet.ru
5	Белгородская область	Дунаев Владимир Леонидович	Руководи- тель	факс: (4722) 32-15-40 тел.: (4722) 32-16-21	308000, Белгородская область, г. Белгород, Пресображенская ул., д. 102А
6	Брянская область	Рябишин Михаил Васильевич	Руководи- тель	факс: 8-4832-66-24-02	241050, Брянская область, г. Брянск, ул. Трудовая, д. 1 e-mail: info@reg32.roszdravnadzor.ru

7	Владимирская область	Курючкин Николай Анатольевич	Руководитель	(4922) 45-03-30	600005, Владимирская область, г. Владимир, ул. Горького, д. 58А, e-mail: 33@vladimirroszdravnadzor.elcom.ru
8	Волгоградская область	Акимцева Галина Васильевна	Руководитель	(8442) 33-09-45	400131, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Коммунистическая, д. 1; e-mail: licotdel@interdasom.ru, info@reg34.rozdravnadzor.ru
9	Вологодская область	Егоров Владимир Валентинович	Руководитель	(8172) 54-49-32	юр.: 160000, Вологодская область, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19; поч.: 160035, г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 14-а
10	Воронежская область	Соломахин Борис Яковлевич	Руководитель	тел.: (4732) 77-06-23	394018, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 9 Января, д. 36
11	Еврейская автономная область	Тугаринов Виктор Анатольевич	Руководитель	факс: (42622) 35-6-76	679017, ЕАО, г. Биробиджан, ул. Парковая, д. 4
12	Ивановская область	Атрошенко Ирина Георгиевна	Руководитель	(4932) 33-96-40	юр.: 153000, Ивановская область г. Иваново, ул. Батурина, д. 8; поч.: 153003, Ивановская область г. Иваново, ул. Кузнецова, д. 44
13	Иркутская область	Ледяева Наталия Петровна	Руководитель	(3952) 24-14-40	664011, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Горького, д. 36
14	Калининградская область	Орлов Сергей Владимирович	Заместитель руководителя	(4012) 21-87-09	236007, Калининградская область, г. Калининград, ул. Коммунальная, д. 6

Продолжение табл.

№	Наименование субъекта РФ	Ф.И.О.	Должность	Телефон	Адрес
15	Калужская область	Тимошенко Любовь Аркадьевна	Руководитель	(4842) 55-18-00	юр.: 248001, Калужская область, г. Калуга, ул. Плеханова, д. 45; факс: 709; почт.: г. Калуга, ул. Чичерина, д. 1-а
16	Камчатская область	Ковалёв Сергей Владимирович	Руководитель	(4152) 25-96-81	683023, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр-т Победы, д. 63
17	Карачаево-Черкесская Республика	Хапаев Башир Алимджашарович	Руководитель	(8782) 26-16-06	369000, Карачаево-Черкесская Республика, г. Черкесск, ул. Комсомольская, д. 31
18	Кемеровская область	Харин Владимир Дмитриевич	Руководитель	(3842) 44-10-32	650055, Кемеровская область, г. Кемерово, ул. Сарыгина, д. 29
19	Кировская область	Седелков Вениамин Евстафьевич	Руководитель	(8332) 64-63-71	610019, Кировская область, г. Киров, ул. К. Либкнехта, 69
20	Костромская область	Дриго Анжелика Евгеньевна	Руководитель	(4942) 42-21-63	156005, Костромская область, г. Кострорма, ул. Советская, д. 107-а
21	Краснодарский край	Прибежиная Галина Николаевна	Руководитель	(8612) 19-79-35	350059, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Васнецова, д. 39
22	Красноярский край	Мелехов Александр Анатольевич	Руководитель	(3912) 21-11-41	660021, Красноярский край, г. Красноярск, пр-кт Мира, д. 132 e-mail: Kev@reg24.goszdavnavdzo.ru

23	Курганская область	Агаев Николай Николаевич	Заместитель руководителя	(3522) 41-81-36	640020, Курганская область, г. Курган, ул. Ленина, д. 5, офакс: 501
24	Курская область	Чеканов Игорь Владимирович	Руководитель	(4712) 51-33-11	305000, Курская область, г. Курск, Красная Площадь, д. 6
25	Липецкая область	Перевезенцев Виктор Иванович	Руководитель	(4742) 23-07-35	398001, Липецкая область, г. Липецк, ул. Ворошилова, д. 1
26	Магаданская область	Семёнов Борис Борисович	Руководитель	(4132) 63-98-93	685000, Магаданская область, г. Магадан, ул. Пролетарская, д. 14
27	г. Москва и Московская область	Завалев Валентин Иванович	Заместитель руководителя	(495) 611-55-77	г. Москва, ул. Вучетича, д. 12
28	Мурманская область	Давыдов Алексей Федорович	Руководитель	тел.: (8152) 24-44-55 факс: (8152) 24-44-54 моб.: (921) 271-42-58 моб.: (921) 260-65-50	183008, Мурманская область, г. Мурманск, ул. Зои Космодемьянской, д. 33
29	Нижегородская область	Соколова Нина Николаевна	Руководитель	(8314) 11-87-70	юр.: 603950, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, 2 факт.: 603006, г. Нижний Новгород, ул. Варварская, д. 32-А
30	Новгородская область	Никифорова Людмила Анатольевна	Руководитель	(8162) 77-21-73, 77-23-05	173001, Новгородская область, г. Великий Новгород, ул. Яковлева, д. 13

Продолжение табл.

№	Наименование субъекта РФ	Ф.И.О.	Должность	Телефон	Адрес
31	Новосибирская область	Галагуш Людмила Лукична	Руководитель	тел.: (3832) 10-01-02 факс: (3832) 23-23-15	юр.: 630099, Новосибирская область, г. Новосибирск-99, а/я 48 почт.: 630007, Новосибирск, Коммунистическая, 44
32	Омская область	Стороженко Андрей Евгеньевич	Руководитель	(3812) 21-31-04	юр.: 644021, Омская область, г. Омск, ул. 8-я Линия, д. 219 почт.: 644043, Омская область, г. Омск, ул. Сенная, д. 22
33	Оренбургская область	Васильев Евгений Александрович	Руководитель	(3532) 77-57-88	460000, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Гая, д. 14
34	Орловская область	Грачева Наталья Николаевна	Руководитель	(4862) 42-65-67	302001, Орловская область, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 33
35	Пензенская область	Клещёв Сергей Николаевич	Руководитель	тел.: (8412) 44-85-02, 44-76-16 факс: (8412) 44-74-93	440047, Пензенская область, г. Пенза, ул. Ульяновская, д. 1
36	Пермский край	Нефедова Юлия Станиславовна	Руководитель	факс: (3422) 37-01-57	614068, Пермский край, г. Пермь, ул. Коммунистическая, 111
37	Приморский край	Двуреченская Наталья Михайловна	Руководитель	тел./факс: (4232) 22-42-46	юр.: 690007, Приморский край, г. Владивосток, ул. Мордовцева, д. 3 почт.: 690091, Приморский край, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, д. 2

38	Псковская область	Лежнин Владимир Петрович	Руководитель	тел./факс: (8112) 56-60-60	180007, Псковская область г. Псков, ул. Розы Люксембург, д. 12 e-mail: info@reg60.roszdravnadzorg.ru
39	Республика Адыгея	Шемгохов Айтч Муратович	Руководитель	(8772) 55-69-81	юр.: 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Юннатов д. 2-е почт.: 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Краснооктябрьская, д. 43
40	Республика Алтай	Нонукова Ирина Васильевна	Руководитель	(38822) 2-72-60	649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Улагашева, д. 13
41	Республика Башкортостан	Даутов Салават Булатович	Руководитель	(3472) 50-30-22	450106, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Аксакова, д. 62
42	Республика Бурятия	Безменов Анатолий Николаевич	Руководитель	(3012) 42-55-76	юр.: 670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительств, Министерство здравоохранения почт.: 670033, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Краснофлотская, д. 44
43	Республика Дагестан	Алжиев Муратбек Зайналович	Руководитель	факс: (8722) 63-71-57	юр.: 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Абубакарова, д. 12; почт.: г. Махачкала, ул. Буганова, д. 17-6
44	Республика Ингушетия	Ужахов Мальсаг Мусаевич	Руководитель	(8732) 22-16-04	Республика Ингушетия, г. Назрань, ул. Чеченская, д. 14
45	Республика Кабардино-Балкария	Инжижиков Сафар-би Мухамедович	Руководитель	тел.: (8662) 40-69-29 факс: (8662) 42-71-43	360000, Республика Кабардино-Балкария, г. Нальчик, пр-т Ленина, д. 36
46	Республика Калмыкия	Бадмаев Иван Иванович	Руководитель	(84722) 56-258	358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, 3 мкр., д. 20

Продолжение табл.

№	Наименование субъекта РФ	Ф.И.О.	Должность	Телефон	Адрес
47	Республика Карелия	Смирнова Наталья Петровна	Руководитель	(8142) 78-22-38	185035, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Анохина, д. 29-а
48	Республика Коми	Абрамова Марина Евгеньевна	Заместитель руководителя	(8212) 20-26-31	167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 49
49	Республика Марий Эл	Палагина Людмила Юрьевна	Руководитель	(8362) 42-67-04	434034, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пр. Ленина 24-а, офакс: 501
50	Республика Мордовия	Игнатьев Андрей Викторович	Руководитель	(8342) 24-75-76	430000, г. Саранск, ул. Коммунистическая, д. 89, офакс: 707 e-mail: shport@mail.ru
51	Республика Саха (Якутия)	Чичигинов Владимир Ильич	Руководитель	(4112) 42-85-74	677027, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Кирова, д. 34
52	Республика Северная Осетия — Алания	Кесаев Игорь Владимирович	Руководитель	тел./факс: (8672) 54-39-79	юр.: 362041, Республика Северная Осетия — Алания, г. Владикавказ, ул. Автобусный парк, д. 9; почт.:362040, Республика Северная Осетия — Алания, г. Владикавказ, ул. Джанаева, д. 22
53	Республика Татарстан	Сафиуллин Рустэм Сафиуллович	Руководитель	(843) 292-54-37	420021, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Нариманова, д. 63
54	Республика Тыва	Шимит Алисса Алексеевна	Руководитель	(3942) 25-07-29	667010, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Московская, д. 107

55	Республика Хакасия	Кузьмина Надежда Николаевна	Руководитель	факс: (3902) 25-63-68	655017, Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Крылова, д. 47-а
56	Ростовская область	Трепель Варган Григорьевич	Руководитель	(863) 262-70-28	юр.: 344010, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, д. 81, почт.: 344006, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, д. 18/18-а
57	Рязанская область	Греченко Валентина Ивановна	Руководитель	(4912) 27-25-11	390000, Рязанская область, г. Рязань, Соборная пл., д. 13
58	Самарская область	Ангионов Александр Владимирович	Руководитель	(8463) 33-20-87, 33-40-04, 33-55-18	443041, г Самарская область, Самара, ул. Арцыбушевская, д. 13
59	г. Санкт-Петербург и Ленинградская область	Измайлов Альберт Федорович	Заместитель руководителя	(812) 314-67-89	190068, г. Санкт-Петербург, Набережная канала Грибоедова, 88/90
60	Саратовская область	Цымбал Дмитрий Евгеньевич	Руководитель	(8452) 50-93-94	юр.: 410012, Саратовская область, г. Саратов, ул. Железнодорожная, д. 72, к. 2 почт.: 410078, Саратовская область, г. Саратов, ул. Рабочая д. 145/155
61	Сахалинская область	Воронович Игорь Владимирович	Руководитель	Факс: (4242) 50-53-02	693000, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Дзержинского, д. 15
62	Свердловская область	Трофимов Игорь Михайлович	Руководитель	(3433) 71-06-88	620014, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Попова, д. 30, e-mail: zdravnadzog@t66.ru
63	Смоленская область	Дятлов Владимир Юрьевич	Руководитель	тел.: (4812) 27-92-87 факс: (4812) 27-91-19	214012, Смоленская область, г. Смоленск, ул. Кашена, д. 1

Окончание табл.

№	Наименование субъекта РФ	Ф.И.О.	Должность	Телефон	Адрес
64	Ставропольский край	Антоненко Анатолий Дмитриевич	Руководитель	(8652) 29-60-27	355012, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Голенева, 67-б
65	Тамбовская область	Чернышев Андрей Валентинович	Руководитель	(4752) 57-68-99	юр.: 392024, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Чичканова, д. 48 почт.: 392000, Тамбовская область, г. Тамбов, ул. Кавалерийская, д. 7-а
66	Тверская область	Морозова Нина Егоровна	Руководитель	Факс: (4822) 35-85-88	170008, Тверская область, г. Тверь, пр-т Победы, д. 27
67	Томская область	Чиняев Михаил Федорович	Руководитель	тел./факс: (3822) 53-46-25	634029, Томская область, г. Томск, ул. Белинского, д. 19
68	Тульская область	Михеев Евгений Васильевич	Руководитель	(4872) 36-16-41	300045, Тульская область, г. Тула, ул. Оборонная, д. 114-а
69	Тюменская область	Левкина Елена Германовна	Руководитель	тел./факс: (3452) 28-76-12	почт.: 625000 Тюменская область, г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8 факт.: 625000, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 46а
70	Удмуртская Республика	Иванцов Владимир Леонидович	Руководитель	(3412) 40-29-30	426039, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Дзержинского, д. 3
71	Ульяновская область	Тертерова Ольга Владимировна	Руководитель	(8422) 44-99-12	432071, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Островского, д. 5 (Росздравнадзор)

72	Хабаровский край	Гнатюк Олег Петрович	Руководитель	(4212) 75-22-27	680000, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д. 6, каб. 106
73	Ханты-Мансийский АО — Югра и Ямало-Ненецкий АО	Брагин Иван Викторович	Заместитель руководителя	(34671) 56-573	628011, Ханты-Мансийский АО — Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, д. 18
74	Челябинская область	Селютин Александр Егорович	Руководитель	тел./факс: (3512) 63-21-22	454091, Челябинская область, г. Челябинск, пл. Мопра, д. 8а, каб. 520
75	Чеченская Республика	Термулаева Рита Магомедовна	Руководитель	(8712) 33-28-51	364015, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Ханкальская, д. 19
76	Забайкальский край	Будаев Даши-Доржи	Руководитель	тел./факс: (3022) 26-43-44	юр.: 672000, Читинская обл., г. Чита, Главпочтамт, а/я 1398; Читинская область, г. Чита, ул. Костюшко-Пригоровича, д. 4, каб. 30
77	Чувашская Республика	Муллина Венера Петровна	Руководитель	факс: (8352) 42-28-17	428018, Чувашская республика, г. Чебоксары, Московский пр-т, д. 36
78	Чукотский автономный округ	Ильина Елена Сергеевна	Заместитель руководителя		
79	Ярославская область	Замирлова Татьяна Борисовна	Руководитель	(4852) 75-76-86	150054, Ярославская область, г. Ярославль, ул. Чехова, д. 5

ПЕРЕЧЕНЬ СВЕДЕНИЙ
ОБ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ,

которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи при родах, а также показатели их работы за 2007 год (в перечень не вошли учреждения, не имеющие в своем составе детских реанимационных отделений, а также предоставившие недостоверную информацию)

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Республика Адыгея	ГУЗ «Адыгейский республиканский клинический перинатальный центр»	г. Майкоп	1	0	1	1	3261
Республика Башкортостан	МУЗ «Клиническая больница № 1»	г. Стерлитамак	1	1	1	0	2673
Республика Башкортостан	МУЗ «ИЦРБ»	г. Ишимбай	1	0	1	1	912

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственников	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при родстве	родовая травма	всего
0	20	6	26	11	0	349	212	15	0	30	5	35
0	6,7	0,7	7	14	0	271	450	0	0	22	38	50
0	5	1	6	2	2	43	92	0	0	2	33	35

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Республика Башкортостан	МУ «Учалинская ЦГБ»	г. Учалы	1	0	1	1	1065
Республика Башкортостан	ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава»	г. Уфа	1	1	1	0	2349
Республика Башкортостан	МУЗ «Бирская ЦРБ»	г. Бирск	1	0	1	0	782
Республика Башкортостан	ГУЗ «РКБ им. Г.Г. Кува-това»	г. Уфа	1	0	1	1	1425
Республика Башкортостан	МУЗ «Баймакская ЦГБ»	г. Баймак	1	0	1	1	833
Республика Башкортостан	МУЗ «Белорецкий родильный дом»	Белорецкий район	1	1	1	1	1750
Республика Башкортостан	МУЗ «Городская больница № 4»	г. Стерлитамак	1	1	1	1	974
Республика Башкортостан	МЛПУ «Клинический родильный дом № 4»	г. Уфа	1	1	1	1	5084
Республика Башкортостан	МУ «ГКБ № 8» Орджоникидзевского района	г. Уфа	1	1	1	1	2985
Республика Алтай	МУЗ «Горно-Алтайский городской родильный дом»	г. Горно-Алтайск	1	1	1	1	1699

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибрюшной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	3	1	4	2	0	98	136	0	0	0	11	11
0	15	0	15	5	1	205	192	0	0	0	9	0
0	2	3	5	3	0	39	80	0	0	12	1	13
0	8	0	8	6	0	577	144	2	0	33	23	55
0	2	0	2	8	0	28	49	0	0	4	3	7
0	5	1	6	4	3	128	247	0	0	9	42	51
0	5	0	5	4	0	109	120	0	0	2	24	26
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1,3	1,6	2	1	0	50	48	0	0	111	0	111
0	11	1	12	8	0	321	141	0	0	7	0	7

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Республика Ингушетия	Ингушская Республиканская клиническая больница	Назрановский район, г. Назрань	1	1	0	0	829
Республика Ингушетия	ГУ «Центр охраны материнства и детства»	Назрановский район, г. Назрань	1	1	1	0	3351
Кабардино-Балкарская Республика	ГУЗ ПЦ МЗ	г. Нальчик	1	1	1	0	3396
Республика Калмыкия	МУ «Перинатальный центр им. О.А. Шунгаевой»	г. Элиста	1	0	1	0	2507
Республика Карелия	ГУЗ «Республиканский перинатальный центр»	г. Петрозаводск	1	1	1	1	2026
Республика Коми	ГУ РК КД	г. Сыктывкар	1	1	1	1	2340
Республика Коми	Ухтинский межтерриториальный родильный дом	г. Ухта	1	1	1	0	2270
Республика Коми	РГУ «Коми республиканский перинатальный центр»	г. Сыктывкар	1	1	1	1	3619

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственников	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	6	6	12	15	0	33	108	0	0	1	66	67
1	31	6	37	38	1	312	199	1	1	9	167	176
0	21	6	0	17	0	205	641	10	1	37	400	0
0	11	5	16	6	20	204	329	2	0	44	190	234
0	10	1	11	7	12	216	251	4	0	0	80	1075
0	8	1	9	1	6	423	201	2	0	3	85	1482
0	8	0	8	1	5	419	254	2	2	0	99	1068
0	11	0	11	3	0	755	493	7	1	110	181	2467

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Республика Коми	МУЗ «Воркутинский городской родильный дом»	г. Воркута	1	1	1	1	1091
Республика Марий Эл	ЛПМУЗ «Перинатальный центр»	г. Йошкар-Ола	1	1	1	1	5646
Республика Мордовия	МУЗ «Городской роддом № 2»	г. Саранск	1	1	1	1	4009
Республика Татарстан	ГУЗ «Елабужская ЦРБ»	г. Елабуга	1	0	1	1	995
Республика Татарстан	МБУЗ «Альметьевский РД»	г. Альметьевск	1	0	1	1	2414
Республика Татарстан	МУЗ «Городской родильный дом № 4»	г. Казань	1	1	1	1	2290
Республика Татарстан	МУЗ «Клинический родильный дом № 1»	г. Казань	1	1	1	1	2888
Республика Татарстан	Родильный дом № 2	г. Казань	1	0	0	1	1673
Республика Татарстан	ГМУ РКБ	г. Казань	1	1	0	0	3184
Республика Татарстан	МУЗ «Перинатальный центр»	г. Набережные Челны	1	1	1	1	4139
Республика Татарстан	МУЗ Городская больница № 4	г. Казань	1	0	0	0	2290

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибрюшной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при родстве	родовая травма	всего
0	6	1	7	1	0	190	88	0	0	5	34	419
1	30	9	39	9	13	354	551	17	1	10	144	154
0	12	4	16	5	0	346	618	0	0	3	32	35
0	1	1	2	3	3	72	117	0	1	8	32	40
0	15	3	18	9	4	139	291	0	0	2	438	440
0	2	1	3	3	8	143	331	0	0	4	57	61
0	7	2	9	2	10	181	357	0	0	2	89	91
0	21	1	22	4	13	45	123	0	0	0	32	32
1	67	6	73	0	18	705	632	0	0	10	33	76
0	17	0	17	4	28	257	598	0	0	49	1190	1239
0	15	0	15	3	3	40	170	0	1	0	2	2

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Республика Удмуртия	МУЗ ГКБ № 7	г. Ижевск	1	1	1	1	1743
Республика Удмуртия	ГУЗ «Первая республиканская клиническая больница МЗ»	г. Ижевск	1	1	1	1	2518
Республика Удмуртия	«ГУЗ РКДЦ МЗ»	г. Ижевск	1	1	1	1	2690
Республика Удмуртия	МУЗ ГКБ № 4	г. Ижевск	1	1	1	1	1261
Республика Удмуртия	МЛПУ «Городская больница № 2»	г. Воткинск	1	1	1	1	1436
ХМАО	МУЗ «КПЦ»	г. Сургут	1	1	1	1	6134
ХМАО	Учреждение ХМАО-ЮГРЫ ОКБ	г. Ханты-Мансийск	1	1	1	1	1493
ХМАО	МУ «Перинатальный центр»	г. Нижневартовск	1	1	1	1	3972
ХМАО	МЛПУ «Городская больница»	г. Мегион	1	1	1	1	836
ХМАО	ММУ «Перинатальный центр»	г. Нягань	1	1	1	1	970
Чеченская Республика	ГУ «Гудермесская ЦРБ» МЗ ЧР	г. Гудермес	1	0	1	1	3351

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родовспоможения	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
0	12	4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	8	7	15	0	0	572	345	0	0	0	0	0
0	12	0	12	0	0	397	272	0	0	0	0	0
0	6	5	11	0	0	0	0	0	2	0	0	0
0	9	3	12	0	0	134	170	0	0	0	0	0
0	27	1	28	15	21	1028	442	0	0	0	0	0
2	7	3	10	1	0	193	90	1	0	3	52	55
0	11	1	12	4	0	544	201	0	0	48	148	1624
0	3	1	4	1	1	86	122	6	1	4	22	674
1	3	0	3	1	5	113	106	16	0	11	29	504
5	15	15	30	0	0	113	125	1	1	24	52	76

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Чеченская Республика	ГУ «РКЦООЗ-Ми Р им. Аймани Кадыровой»	г. Грозный	1	0	1	0	5647
Приморский край	МУЗ «Городской клинический роддом»	г. Владивосток	1	1	1	0	1791
Приморский край	МУЗ «Роддом № 1»	г. Владивосток	1	1	1	1	884
Приморский край	МУЗ «Клинический родильный дом № 3»	г. Владивосток	1	1	1	1	1913
Приморский край	МУЗ «Роддом № 4»	г. Владивосток	1	1	1	0	1545
Приморский край	ГУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1»	г. Владивосток	1	1	1	0	1102
Хабаровский край	МУЗ «Центральная районная больница»	г. Николаевск-на-Амуре	1	0	0	1	459
Хабаровский край	МУЗ «Городская клиническая больница № 11»	г. Хабаровск	1	0	0	0	1829
Хабаровский край	ГУЗ «Перинатальный центр»	г. Хабаровск	1	1	1	1	2051
Астраханская область	МУЗ «КРД»	г. Астрахань	1	1	1	1	5202

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	агенитальная	интраитальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	9	0	9	0	0	1231	653	0	0	41	32	73
0	2	3	5	4	0	299	0	0	0	0	45	45
0	4	0	4	0	0	158	0	0	0	57	26	83
0	4	0	4	4	0	328	0	0	0	26	45	71
0	1	2	3	1	0	388	0	0	0	81	33	114
2	1	1	2	1	0	299	0	0	2	42	15	57
0	0	2	2	2	5	30	78	0	1	0	4	4
0	42	3	45	15	0	96	332	8	0	0	37	37
0	6	0	6	5	0	281	388	0	1	0	55	55
0	20	9	29	21	0	521	867	1	0	31	95	126

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Астраханская область	ГУЗ АМОКБ	г. Астрахань	1	1	1	0	3719
Волгоградская область	МУЗ «Клиническая больница № 5»	г. Волгоград	1	1	1	1	2244
Волгоградская область	МУЗ «Родильный дом № 1»	г. Волгоград	1	1	1	1	2686
Волгоградская область	МУЗ «Клинический родильный дом № 2»	г. Волгоград	1	1	1	1	2677
Волгоградская область	МУЗ «Родильный дом № 3»	г. Волгоград	1	1	1	1	1331
Волгоградская область	МУЗ «Родильный дом № 4»	г. Волгоград	1	1	1	1	2059
Волгоградская область	МУЗ «Горбольница № 3»	г. Волжский	1	1	1	1	2313
Волгоградская область	ГУЗ «ОКПЦ»	г. Волжский	1	1	1	0	3036
Вологодская область	МУЗ «Родильный дом № 1»	г. Вологда	1	1	1	1	1953
Вологодская область	МУЗ Медико-санитарная часть «Северсталь»	г. Череповец	1	1	1	1	1948
Вологодская область	МУЗ «Городской роддом»	г. Череповец	1	1	1	1	2527

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
0	34	0	34	8	0	311	644	9	0	35	6	41
0	10	6	16	15	14	291	191	3	0	48	0	1495
1	10	4	14	1	1	131	164	8	0	7	104	1884
0	8	2	10	14	7	164	326	0	0	38	51	89
0	5	2	7	9	2	124	107	231	0	6	39	45
0	2	0	2	4	0	164	216	0	0	16	40	56
1	7	1	8	7	0	335	181	6	0	37	25	67
0	18	3	21	9	0	437	306	4	0	13	48	61
0	0	0	18	13	0	410	0	0	0	43	48	91
0	0	0	11	11	0	347	0	0	0	0	58	58
1	0	0	12	2	0	480	0	0	0	0	51	51

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Вологодская область	ГУЗ «Вологодская областная больница № 1»	г. Вологда	1	1	1	1	2617
Ивановская область	МУЗ «Родильный дом № 4»	Иваново	0	0	1	1	1610
Ивановская область	ИНИИ материнства и детства	г. Иваново	1	1	1	1	3305
Иркутская область	МУЗ «Городской перинатальный центр»	г. Иркутск	1	1	1	1	4861
Иркутская область	ГУЗ ИОКБ	г. Иркутск	1	1	1	1	4490
Иркутская область	МУЗ Медсанчасть ИАПО г. Иркутска	г. Иркутск	1	1	1	1	1832
Иркутская область	МУЗ «Ангарский городской перинатальный центр»	г. Ангарск	1	1	1	1	3158
Иркутская область	МЛПУ «Родильный дом»	г. Усолье-Сибирское	1	0	1	1	1486
Иркутская область	МУЗ «Перинатальный центр»	г. Братск	1	1	1	1	3383
Калининградская область	ГУЗ «Перинатальный центр»	г. Калининград	1	1	1	0	2378
Калининградская область	МУЗ «Гусевская ЦРБ»	г. Гусев	1	1	1	1	635

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	агенитальная	интраитальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	0	0	18	12	0	678	0	2	0	5	64	69
0	7	1	8	1	0	91	177	0	2	7	109	810
0	21	4	25	20	2	441	663	3	0	0	111	111
0	30	3	33	12	22	186	502	3	2	96	4	10
0	19	5	24	13	215	498	614	0	0	25	168	193
0	7	0	7	1	0	118	191	2	0	35	38	73
0	16	0	16	5	0	190	519	6	0	22	94	116
0	11	4	15	2	16	118	233	3	0	0	22	22
2	1	13	14	10	23	293	379	8	0	85	112	2571
0	4	2	6	4	0	247	421	0	0	0	0	0
0	6	0	6	5	0	52	112	0	0	1	6	7

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Калужская область	МУЗ «Кировская центральная районная больница»	г. Киров	1	1	1	1	494
Калужская область	ФГУЗ ЦМСЧ № 8 ФМБА России	г. Обнинск	1	1	1	1	1024
Калужская область	МУЗ «Городской роддом»	г. Калуга	1	1	1	0	2534
Калужская область	ГУЗ «Калужская областная больница»	г. Калуга	1	1	1	0	3151
Кировская область	Перинатальный центр	г. Киров	1	1	1	0	3821
Костромская область	МУЗ Родильный дом № 1 г. Костромы	г. Кострома	1	1	1	1	2379
Костромская область	ГУЗ «Костромская областная больница»	г. Кострома	1	0	1	0	2114
Костромская область	МУЗ «Мантуровская городская больница»	г. Мантурово	1	0	1	1	277
Курганская область	МУ «Родильный дом № 1»	г. Курган	1	1	1	1	2087
Ленинградская область	МУЗ «Всеволожская ЦРБ»	г. Всеволожск	1	1	1	1	707

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	1	2	3	3	0	15	48	2	0	1	13	14
0	5	3	8	2	0	80	104	0	0	5	38	482
0	15	5	20	4	0	250	399	8	0	5	152	1602
2	13	10	23	1	0	800	161	10	0	2	303	1569
0	27	2	29	9	41	394	613	32	0	4	114	118
0	6	0	6	8	11	134	280	12	1	0	77	217
2	13	3	16	6	6	182	225	0	1	4	90	99
0	4	1	5	1	4	22	22	0	0	0	4	17
0	4	2	6	14	0	100	239	9	0	37	80	117
0	7	0	7	3	0	71	129	0	0	3	0	226

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Ленинградская область	МУЗ «Родильный дом г. Выборга»	г. Выборг	1	1	1	1	1576
Магаданская область	МУЗ «Магаданский родильный дом»	г. Магадан	1	1	1	1	1395
Московская область	ГУЗ «Московский областной перинатальный центр»	г. Балашиха	1	1	1	1	3796
Московская область	ЭЦГБ	г. Электро-сталь	1	1	1	1	1467
Московская область	МУЗ «Рузская районная больница»	г. Руза	1	0	1	1	511
Московская область	МУЗ «Можайская ЦРБ»	г. Можайск	1	0	1	1	804
Московская область	МУ «ЦГБ г. Реутова»	г. Реутов	1	1	1	1	430
Московская область	Муниципальное учреждение здравоохранения Люберецкий родильный дом	г. Люберцы	1	1	1	1	3239
Московская область	Министерство финансов МО НИИ АиГ	г. Москва	1	0	0	0	1817

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственныхников	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	10	1	11	3	2	142	114	2	0	0	32	362
0	8	2	10	5	4	159	227	3	4	17	37	54
1	23	4	27	8	20	377	422	4	0	0	178	2689
1	2	2	4	5	6	126	192	0	0	5	60	502
0	7	1	8	4	2	19	68	0	0	4	5	99
0	7	3	10	4	0	80	37	1	0	19	48	221
0	1	0	1	1	0	29	75	0	0	2	17	251
2	8	3	11	15	22	245	551	4	2	6	176	1891
0	7	1	8	2	0	167	251	0	0	36	64	720

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Московская область	Мытищинская городская клиническая больница (МУ)	г. Мытищи	1	1	1	0	2060
Московская область	Ступинская центральная районная клиническая больница	г. Ступино	1	1	1	1	1019
Московская область	МУЗ «Районная больница № 1»	Наро-Фоминск	1	1	1	1	1250
Московская область	Городская клиническая больница	г. Жуковский	1	1	1	1	896
Московская область	Раменская ЦРБ	г. Раменское	1	0	1	1	1552
Московская область	МУЗ «Воскресенская районная больница № 1»	г. Воскресенск	1	1	1	0	1032
Московская область	МУЗ «Центральная городская больница» г. Долгопрудный	г. Долгопрудный	1	1	1	1	933
Московская область	МЛПУ «Протвинская городская больница»	г. Протвино	1	1	1	1	512

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родовспоможения	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
1	8	0	8	6	3	124	164	0	0	51	49	1172
0	2	2	4	5	9	86	64	2	1	3	62	479
1	7	1	8	3	0	36	124	0	1	4	75	498
1	6	1	7	5	14	109	75	6	0	7	36	258
0	9	3	12	5	0	145	198	0	0	12	86	525
1	4	1	5	5	2	93	68	3	0	2	31	431
0	5	3	8	0	2	39	93	1	0	4	45	655
0	3	0	3	1	0	31	90	0	0	2	19	194

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Московская область	МУЗ «Солнечногорская ЦРБ»	г. Солнечногорск	1	0	1	1	966
Московская область	МУ «Зарайская ЦРБ»	г. Зарайск	1	1	1	1	528
Московская область	ХЦГБ	г. Химки	1	1	1	1	607
Московская область	МУЗ СП МО «Районная больница»	г. Сергиев Посад	1	1	1	1	1671
Московская область	МУЗ «Ореховский родильный дом»	г. Орехово-Зуево	1	1	1	0	2338
Московская область	МУЗ «Подольская городская клиническая больница»	г. Подольск	1	1	1	1	2415
Московская область	МУЗ «Рошальская горбольница»	г. Рошаль	1	1	1	1	170
Московская область	МУЗ «Бронницкая городская муниципальная больница»	г. Бронницы	1	0	1	1	309
Московская область	МУЗ «Видновский родильный дом»	г. Видное	1	1	1	1	3157
Московская область	Дмитровская городская больница	г. Дмитров	1	1	1	1	1167

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	агенитальная	интраитальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	5	1	6	1	1	40	63	0	0	1	69	401
0	2	0	2	3	0	47	50	0	0	0	11	186
0	8	1	9	3	0	42	88	6	0	5	20	320
0	13	1	14	7	0	65	95	0	0	2	83	516
0	7	3	10	5	0	222	288	0	0	7	134	884
0	16	5	21	12	0	176	259	1	0	0	156	1685
0	2	0	2	2	0	20	18	0	0	0	2	39
0	3	0	3	0	0	9	59	0	0	0	19	153
0	7	6	13	6	15	167	444	3	0	4	87	1087
0	6	2	8	6	1	79	92	0	2	1	82	813

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Московская область	Дубнинская центральная городская больница	г. Дубна	1	1	1	1	849
Московская область	МУ «Луховицкая ЦРБ»	г. Луховицы	1	1	1	1	514
Московская область	МЛПУ «Королевский Родильный дом»	г. Королёв	1	1	1	1	1357
Московская область	МУЗ Клинская городская больница	г. Клин	1	1	1	1	1115
Московская область	МУЗ «КЦРБ»	г. Коломна	1	1	1	1	1945
Московская область	«Ивантеевская ЦГБ» (МУЗ)	г. Ивантеевка	1	1	1	1	1201
Московская область	МУЗ «Центральная городская больница им. М.В. Гольца»	г. Фрязино	1	1	1	1	867
Московская область	Больница № 2	г. Щелково	1	0	1	1	985
Московская область	МУЗ «Волоколамская ЦРБ»	г. Волоколамск	1	1	1	1	370
Московская область	МЛПУ «Дедовская городская больница»	г. Дедовск	1	1	1	1	788

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при родстве	родовая травма	всего
0	0	0	0	4	9	79	52	0	2	5	52	556
1	2	0	2	2	3	40	74	0	2	8	18	231
0	7	2	9	4	0	92	170	0	0	5	43	576
0	4	2	6	6	0	102	67	0	0	3	33	388
0	6	1	7	7	8	250	218	15	0	30	58	664
0	6	2	8	7	0	130	62	3	0	2	99	654
1	3	1	4	0	4	37	102	2	2	10	37	575
1	3	1	4	5	0	71	64	2	0	18	36	363
0	1	0	1	1	1	22	29	0	0	3	24	122
0	3	0	3	3	0	80	45	0	0	0	3	422

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Московская область	МЛПУ «Егорьевская ЦРБ»	г. Егорьевск	1	1	1	1	1186
Московская область	МУЗ «Озерская ЦРБ»	г. Озеры	1	1	1	1	346
Московская область	МУЗ «Чеховская районная больница № 1»	г. Чехов	1	1	1	1	862
Московская область	МУЗ «Одинцовский родильный дом»	г. Одинцово	1	1	1	1	1814
Московская область	МУЗ «Шатурская центральная районная больница»	г. Шатура	1	1	1	1	532
Московская область	Каширская Центральная районная больница	г. Кашира	1	1	1	1	331
Московская область	МУЗ «СРД»	г. Серпухов	1	0	1	1	1583
Московская область	МУЗ «Серебряно-Прудская ЦРБ»	г. Серебряные Пруды	1	1	1	1	178
Московская область	МЛПУ КГБ № 3	г. Красногорск	1	1	1	1	1545

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибрюшной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	агенитальная	интраитальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	2	6	8	5	0	70	89	2	0	10	80	795
0	0	0	0	1	0	9	31	4	0	3	0	231
0	6	0	6	3	0	42	170	3	0	27	18	490
1	10	1	11	6	9	124	230	0	1	21	106	813
0	2	0	2	2	0	58	23	0	0	10	24	372
0	3	1	4	3	0	23	16	0	0	3	25	234
1	16	2	18	5	0	155	91	1	0	21	85	283
0	1	0	1	0	0	8	43	0	0	3	14	50
0	3	1	4	7	5	107	95	0	0	39	55	874

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Московская область	«Пушкинская районная больница им. проф. В.Н. Розанова» (МЛПУ)	г. Пушкино	1	1	1	1	1297
Московская область	Ногинская ЦРБ	г. Ногинск	1	1	1	1	1872
Нижегородская область	МЛПУ «Уренская центральная районная больница»	г. Урень	1	0	1	1	334
Новгородская область	МУЗ ОЦРБ	г. Окуловка	1	1	1	1	238
Новгородская область	ММУ «Пестовская ЦРБ»	г. Пестово	1	1	1	1	268
Новгородская область	ММУ «Клинический родильный дом № 1»	г. Великий Новгород	1	1	1	1	2241
Новгородская область	ММУ «Клинический роддом № 2»	г. Великий Новгород	1	1	1	1	1916
Новгородская область	ММУ «Старорусская ЦРБ»	г. Старая Русса	1	1	1	1	631
Омская область	МУЗ «Горьковская ЦРБ»	п. Горьковское	1	0	0	0	149

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	9	1	10	2	1	107	103	1	0	1	65	518
1	4	1	5	11	0	100	238	3	0	39	72	1106
0	3	0	3	3	0	66	24	0	2	0	18	18
0	1	0	1	2	0	11	21	0	0	0	8	8
0	5	0	5	0	0	29	23	0	0	3	17	20
0	12	1	13	3	4	203	265	1	0	21	48	69
0	8	2	10	2	11	245	133	7	2	0	63	444
0	0	2	2	3	0	80	41	0	0	1	3	4
0	0	0	0	3	3	0	12	0	0	1	2	3

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Омская область	ГУЗОО «Областная клиническая больница»	г. Омск	1	0	0	0	2469
Пензенская область	МУЗ «Кузнецкая городская детская больница»	г. Кузнецк	1	1	1	1	9
Пензенская область	ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова	г. Пенза	1	1	1	1	12
Пермский край	ГКУЗ «Коми-Пермяцкая окружная больница»	г. Кудымкар	1	1	1	1	1130
Пермский край	МЛПУ «ГГБ»	г. Губаха	1	1	1	0	444
Пермский край	ММУ ПЦ	г. Соликамск	1	1	1	1	1786
Пермский край	ОЦРБ	г. Оса	1	1	1	1	414
Пермский край	Большесосновское ММУ «Больница»	с. Большая Соснова	1	1	1	1	150
Пермский край	МУЗ «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье»	г. Пермь	1	1	1	1	3139

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при родстве	родовая травма	всего
0	15	6	21	4	24	499	443	0	1	0	61	62
0	0	0	0	0	0	1	1	17	160	0	0	0
0	1	0	1	0	0	10	20	62	337	1	12	1
2680	4	4	8	0	0	0	153	0	0	0	0	0
0	3	1	4	2	0	18	61	0	0	0	3	3
1	13	5	18	2	16	1770	1680	4	0	0	0	0
1	1	0	1	1	0	64	41	0	0	0	8	8
0	1	1	2	0	0	4	17	0	0	0	0	0
1	34	5	39	15	13	668	459	1	0	3	94	97

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Пермский край	МУЗ «Городская клиническая больница № 2»	г. Пермь	1	1	1	1	2469
Пермский край	МЛПУ «Красновишерская РБ»	г. Красновишерск	1	1	1	1	244
Пермский край	ГУЗ «Пермская краевая клиническая больница»	г. Пермь	0	1	1	1	1749
Пермский край	МУЗ ГКБ № 7	г. Пермь	1	1	1	1	23
Пермский край	МУЗ ЧГБ	г. Чусовой	1	1	1	1	849
Псковская область	МУЗ «ЦГБ»	г. Великие Луки	1	1	1	1	1565
Псковская область	МУЗ «Псковский перинатальный центр»	г. Псков	1	1	1	1	3195
Самарская область	ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»	г. Самара	1	1	1	0	2783
Самарская область	МУЗ «Горбольница № 2»	г. Тольятти	1	1	1	0	3745

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	7	2	9	9	18	122	202	1	0	5	0	5
0	1	1	2	1	0	20	24	0	2	0	0	0
0	8	2	10	7	18	417	216	4	1	2	13	15
0	5	2	7	2	19	66	293	12	0	6	18	24
0	0	0	0	4	8	79	102	6	0	0	45	45
0	6	2	8	0	0	84	218	0	2	0	0	0
0	15	2	17	7	0	264	395	0	1	0	0	0
1	22	1	23	8	1	513	644	0	0	0	65	65
0	0	0	0	22	0	292	395	11	1	35	4	39

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Самарская область	МУЗ «Клиническая больница № 5»	г. Тольятти	1	1	1	0	5100
Самарская область	ММУ ГБ № 10	г. Самара	1	1	1	1	1620
Самарская область	ГУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»	г. Самара	1	1	1	0	2701
Самарская область	МУ «Похвистневская ЦРБГР»	г. Похвистнево	1	1	1	1	693
Саратовская область	ГУЗ «Перинатальный центр»	г. Саратов	1	1	1	1	4055
Саратовская область	МУЗ «Городская клиническая больница № 8 КЗА»	г. Саратов	1	1	1	0	0
Саратовская область	МУЗ «Родильный дом»	г. Балаково	1	1	1	1	2360
Саратовская область	МУЗ «Вольский родильный дом»	г. Вольск	1	0	1	1	882
Саратовская область	МУЗ «ЦРБ ОМО Дергачевского района»	р/п Дергачи	1	1	1	1	262

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при родстве	родовая травма	всего
0	22	0	2204	801	1	456	534	3	0	92	0	92
0	6	0	6	3	0	307	90	0	0	0	60	394
0	4	1	5	2	1	375	356	1	0	1	75	76
0	1	0	1	3	0	90	18	0	0	0	0	0
0	27	4	31	7	5	887	336	3	1	12	131	1316
0	25	4	29	11	9	739	430	0	0	1	118	119
0	9	0	9	11	8	244	129	0	0	92	13	169
0	4	0	4	1	4	58	42	0	0	1	21	22
1	0	0	0	1	0	0	12	0	0	0	5	29

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Саратовская область	ММУ «Питерская ЦРБ»	с. Питерка	0	0	1	1	90
Саратовская область	МУЗ «Перинатальный центр»	г. Энгельс	1	1	1	1	4648
Сахалинская область	ОГУЗ «Сахалинская областная больница»	г. Южно-Сахалинск	1	1	1	0	1787
Сахалинская область	МУЗ «Родильный дом»	г. Южно-Сахалинск	1	1	1	1	1503
Свердловская область	ФГУ «УНИИ-ОММ» Росмедтехнологий	г. Екатеринбург	1	1	1	1	2156
Свердловская область	МУЗ «Тавдинская ЦРБ»	г. Тавда	1	1	1	0	506
Свердловская область	МУЗ «Городская больница № 1»	г. Асбест	1	1	1	1	1310
Свердловская область	МУ «Артинская центральная районная больница»	п.г.т. Арти	1	1	1	1	303
Свердловская область	МУ «Городская больница № 1»	г. Первоуральск	1	1	1	1	2361
Свердловская область	МУ «Ачитская центральная районная больница»	р.п. Ачит	1	0	1	1	270

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родовспоможения	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	19
1	27	5	32	12	6	838	451	3	0	0	2	2
0	9	1	10	2	9	192	325	5	0	2	112	2066
2	7	4	11	2	6	231	163	28	2	1	63	1119
0	4	1	5	5	12	438	437	18	1	4	93	97
0	1	5	6	1	4	30	33	0	0	0	32	32
0	7	1	8	3	39	85	90	4	0	1	14	15
0	2	0	2	1	6	49	0	1	0	0	17	277
0	8	4	12	3	15	258	86	2	2	1	102	103
0	0	0	2	2	2	5	7	0	0	0	0	0

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Свердловская область	МУЗ «Верхнесалдинская центральная городская больница»	г. Верхняя Салда	1	0	1	1	617
Свердловская область	МУ ГКБ № 14	г. Екатеринбург	1	1	1	0	4026
Свердловская область	МУЗ «Городская больница № 7»	г. Каменск-Уральский	1	1	1	0	2638
Свердловская область	МУЗ «Красноуфимская центральная районная больница»	г. Красноуфимск	1	0	1	1	726
Тамбовская область	МУЗ «Инжавинская центральная районная больница»	р.п. Инжавино	1	1	1	1	64
Тверская область	МУЗ «Родильный дом № 2»	г. Тверь	1	1	1	1	1798
Тверская область	МУ «Вышневолоцкая центральная районная больница»	г. Вышний Волочек	1	1	1	1	918
Тверская область	МУЗ «Ржевский родильный дом»	г. Ржев	1	1	1	1	704

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родственных родов	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
0	2	1	3	1	28	65	31	1	0	0	35	267
0	13	0	13	0	54	580	248	9	0	0	141	141
0	12	0	12	3	30	418	262	1	0	18	19	43
0	7	1	8	1	5	37	88	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	1
0	5	3	8	1	4	106	161	0	0	2	132	134
0	4	3	7	2	0	85	102	0	1	0	24	24
1	7	1	8	0	0	30	75	0	0	1	32	33

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Тульская область	Тульский областной роддом	г. Тула	1	1	1	1	5756
Тюменская область	ГЛПУ ТО «Перинатальный центр»	г. Тюмень	1	1	1	1	4638
Тюменская область	ГЛПУ ТО «Перинатальный центр»	г. Тобольск	1	1	1	1	2265
Тюменская область	ГЛПУ ТО «Областная больница № 4»	г. Ишим	1	1	1	1	1612
Ульяновская область	МУЗ «Городская клиническая больница № 1» (Перинатальный центр)	г. Ульяновск	1	1	1	1	4219
Челябинская область	МУЗ «ГКБ № 9»	г. Челябинск	1	1	1	1	1499
Челябинская область	МУЗ «ГКБ № 10»	г. Челябинск	1	1	1	1	0
Челябинская область	ГУЗ «ОПЦ»	г. Челябинск	1	0	1	1	0
Челябинская область	ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава	г. Челябинск	1	1	1	1	0
Челябинская область	МУЗ «ГКБ № 3»	г. Челябинск	1	1	1	1	2502

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибрюшной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие ЖК при роддоме	родовая травма	всего
0	13	6	19	12	2	822	771	0	5	12	290	302
1	46	2	48	15	218	1099	0	0	0	300	155	455
0	10	2	12	2	7	368	0	0	0	10	34	44
0	9	0	9	4	5	222	0	0	0	0	82	82
0	13	2	15	7	7	286	414	0	0	13	108	121
0	7	0	7	0	7	185	184	1	0	0	38	38
0	15	0	15	7	0	386	272	0	0	0	45	45
0	7	1	8	9	1	413	314	1	0	0	104	104
0	6	1	7	3	10	395	326	0	0	2	15	17
0	3	0	3	2	0	372	270	0	0	0	0	0

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
Челябинская область	МУЗ ГКБ № 5	г. Челябинск	1	1	1	0	1462
Челябинская область	МУЗ ГКБ № 6	г. Челябинск	1	1	1	1	2427
Челябинская область	МУЗ ГКБ № 8	г. Челябинск	1	1	1	1	1761
Челябинская область	МУЗ «Родильный дом № 2»	г. Магнитогорск	1	1	1	1	2359
Челябинская область	МУЗ ЦМСЧ «Магnezит»	г. Сатка	1	1	1	1	1054
Челябинская область	МУЗ «Городская больница № 2»	г. Миасс	1	1	1	1	0
Челябинская область	ММЛПУ КЦГБ им. А.П. Силева	г. Кыштым	1	1	1	1	560
Читинская область	ГУЗ «Областная детская клиническая больница»	г. Чита	1	0	0	1	1107
Читинская область	МУЗ «Городской родильный дом № 1»	г. Чита	1	1	1	1	2418
Читинская область	ГУЗ «Областная клиническая больница»	г. Чита	1	1	1	0	1729
Ярославская область	МКУЗ МСЧ НЯ НПЗ	г. Ярославль	1	1	1	1	1583

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при родстве	родовая травма	всего
0	6	0	6	1	0	203	129	2	0	0	0	0
0	5	1	6	5	0	388	384	0	0	0	42	42
0	11	0	11	0	0	259	247	0	0	0	0	0
0	7	4	11	2	0	305	247	0	0	11	16	27
0	9	1	10	5	3	136	96	0	0	0	7	0
0	7	1	8	7	6	409	243	1	3	1	68	1122
0	3	0	3	1	3	45	54	4	0	3	34	37
0	5	6	11	2	0	130	129	0	0	44	75	0
0	7	2	9	1	0	326	217	0	0	6	138	0
0	1	0	1	0	0	413	276	0	0	24	262	0
2	5	6	11	0	1	74	122	21	0	7	62	69

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
г. Москва	НЦАГиП РАМН	г. Москва	1	1	1	1	2029
г. Санкт-Петербург	Городская инфекционная больница № 30 им. Боткина	г. Санкт-Петербург	1	0	0	0	473
г. Санкт-Петербург	ГУЗ «Городская больница 33»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	1111
г. Санкт-Петербург	ГУЗ «Родильный дом № 16»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	1	4113
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Городская больница № 36»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	165
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 1 (специализированный)»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	3316
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» (женская консультация)	г. Санкт-Петербург	1	1	1	1	3022
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	1310

Продолжение табл.

Материнская смертность	Мертво-рождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при рождении	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	агенитальная	интраитальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	2,81	0,94	3	0	7	377	662	13	1	11	5	16
0	5	0	5	0	0	98	0	0	0	2	15	876
0	4	0	4	0	0	235	0	0	0	0	47	346
1	34	6	40	0	0	262	0	0	5	41	256	2587
0	1	0	1	0	0	29	0	0	0	0	2	41
1	7	5	12	2	0	691	0	0	0	2	101	430
0	14	5	19	1	0	823	0	0	0	3	93	589
0	2	0	2	0	0	175	0	0	0	9	45	265

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование учреждения родовспоможения	Наименование населенного пункта	Показатели, характеризующие структуру ЛПУ и ее кадровый состав				Общее число родов за год
			лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка	присутствие родственников	наличие жк при роддоме	
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 18»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	1	5166
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 13»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	2464
г. Санкт-Петербург	НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	2058
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 10»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	4763
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 9»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	1	6241
г. Санкт-Петербург	ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	693
г. Санкт-Петербург	ГОУ ВПО СПбГМУ им. И.П. Павлова	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	1898
г. Санкт-Петербург	СПб ГУЗ «Родильный дом № 17»	г. Санкт-Петербург	1	1	1	0	7085

Окончание табл.

Материнская смертность	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность	Количество случаев внутрибольничной инфекции	Операции кесарева сечения			Количество случаев разрывов промежности III—IV степени тяжести при отсутствии родовспоможения	Количество осложнений у новорожденных без учета летальных случаев		
	антенатальная	интранатальная	всего			количество плановых	лаборатория	совместное пребывание матери и ребенка		наличие жк при роддоме	родовая травма	всего
0	8	3	11	6	0	620	0	0	0	5	136	814
0	2	4	6	0	0	507	0	0	0	0	91	669
0	6	0	6	6	0	511	0	0	0	32	81	912
0	17	4	21	2	0	627	0	0	0	17	284	1206
0	16	3	19	2	0	1258	0	0	0	13	121	845
1	1	0	1	2	0	110	0	0	0	0	33	219
0	7	2	9	1	0	406	0	0	0	1	54	336
0	56	0	56	11	0	1022	0	0	0	7	231	2673

Справочное издание

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Саверский Александр Владимирович
Саверская Светлана Александровна
Никонов Евгений Леонидович

Как безопасно родить в России

Директор редакции *И.Е. Федосова*
Ответственный редактор *О.Л. Шестова*
Художественный редактор *С.В. Лебедева*
Технический редактор *Л.А. Зотова*
Компьютерная верстка *А.И. Попов*
Корректор *Н.В. Друх*

ООО «Издательство «Эксмо»
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел. 411-68-86, 956-39-21.
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Оптовая торговля книгами «Эксмо»:
ООО «ТД «Эксмо». 142702, Московская обл., Ленинский р-н, г. Видное,
Белокаменное ш., д. 1, многоканальный тел. 411-50-74.
E-mail: reception@eksmo-sale.ru

По вопросам приобретения книг «Эксмо» зарубежными оптовыми покупателями обращаться в ООО «Дип pocket» E-mail: foreignseller@eksmo-sale.ru
International Sales: International wholesale customers should contact «Deep Pocket» Pvt. Ltd. for their orders. foreignseller@eksmo-sale.ru

По вопросам заказа книг корпоративным клиентам, в том числе в специальном оформлении, обращаться по тел. 411-68-59 доб. 2115, 2117, 2118.
E-mail: vipzakaz@eksmo.ru

Оптовая торговля бумажно-беловыми и канцелярскими товарами для школы и офиса «Канц-Эксмо»: Компания «Канц-Эксмо»: 142700, Московская обл., Ленинский р-н, г. Видное-2, Белокаменное ш., д. 1, а/я 5. Тел./факс +7 (495) 745-28-87 (многоканальный). e-mail: kanc@eksmo-sale.ru, сайт: www.kanc-eksmo.ru

Полный ассортимент книг издательства «Эксмо» для оптовых покупателей:

В Санкт-Петербурге: ООО СЗКО, пр-т Обуховской Обороны, д. 84Е.
Тел. (812) 365-46-03/04. **В Нижнем Новгороде:** ООО ТД «Эксмо НН», ул. Маршала Воронова, д. 3. Тел. (8312) 72-36-70. **В Казани:** Филиал ООО «РДЦ-Самара», ул. Фрезерная, д. 5. Тел. (843) 570-40-45/46. **В Самаре:** ООО «РДЦ-Самара», пр-т Кирова, д. 75/1, литера «Е». Тел. (846) 269-66-70.
В Ростове-на-Дону: ООО «РДЦ-Ростов», пр. Стачки, 243А. Тел. (863) 220-19-34.
В Екатеринбурге: ООО «РДЦ-Екатеринбург», ул. Прибалтийская, д. 24а.
Тел. (343) 378-49-45. **В Киеве:** ООО «РДЦ-Эксмо-Украина», Московский пр-т, д. 9.
Тел./факс (044) 495-79-80/81. **Во Львове:** ТП ООО «Эксмо-Запад», ул. Бузкова, д. 2.
Тел./факс: (032) 245-00-19. **В Симферополе:** ООО «Эксмо-Крым», ул. Киевская, д. 153. Тел./факс (0652) 22-90-03, 54-32-99. **В Казахстане:** ТОО «РДЦ-Алматы», ул. Домбровского, д. 3а. Тел./факс (727) 251-59-90/91. gm.eksmo_almaty@arna.kz

Подписано в печать 19.03.2009.

Формат 84×108^{1/32}. Гарнитура «Ньютон». Печать офсетная.

Бумага писчая. Усл. печ. л. 19,32.

Тираж экз. Заказ №