

УДК 614.21:618]:347.1

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10063

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

О.В. Медведева, Т.В. Большова, Ю.Е. Попов

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Рязань*

Введение. В настоящее время действует значительное количество нормативно-правовых актов, регулирующих практическую деятельность врача. При этом достаточно часто встречаются случаи, когда правовые акты, регулирующие одни и те же отношения, противоречат или значительно отличаются друг от друга.

Цель исследования. Анализ возможности исполнения положений Приказа Минздрава России № 203н в сопоставлении с действующими нормативно-правовыми актами в части применения критериев оценки качества медицинской помощи, оказываемой по профилю «акушерство и гинекология».

Материалы и методы. В работе применены формализованный и неформализованный методы оценки официальных документов.

Результаты и обсуждение. С точки зрения теории права, по сравнению с письмами Минздрава России, большей юридической силой обладают приказы Министерства здравоохранения. В то же время, письма приказом Минздрава России № 203н не отменены, что позволяет прийти к заключению о правомерности их использования. Очевидно, что практическое применение Критериев будет иметь положительный результат. Однако могут возникнуть определенные трудности при совмещении Критериев с другими нормативно-правовыми актами.

Заключение. Наличие значительного количества нормативно-правовых актов, регулирующих процессы оказания медицинской помощи при преждевременных родах, затрудняют оценку качества медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Ключевые слова: нормативно-правовые акты, процессы оказания медицинской помощи при преждевременных родах, оценка качества оказания медицинской помощи.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF INDIVIDUAL LEGAL ACTS THAT ARE USED TO EVALUATE THE QUALITY OF THE WORK OF THE GYNECOLOGIST

Medvedeva O.V., Bol'shova T.V., Popov Y.E.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Introduction. Currently, there are a significant number of legal acts regulating the practical activities of the physician. At the same time, quite often there are cases when legal acts regulating the same relations contradict or differ significantly from each other.

The purpose. Analysis of the possibility of fulfilling the provisions of the Order of the Ministry of Health of Russia No 203n in comparison with the current legal acts regarding the application of criteria for assessing the quality of medical care provided in the profile of «obstetrics and gynecology».

Materials and methods. In article the formalized and non-formalized methods of assessment of official documents are used.

Results and discussion. From the point of view of the theory of law, compared with the letters of the Ministry of Health of Russia, the orders of the Ministry of Health have more legal force. At the same time, letters by order of the Ministry of Health of Russia No 203n have not been canceled, which makes it possible to reach a conclusion about the legality of their use. It is obvious that the practical application of the Criteria will have a positive result. However, there may be some difficulties at combination of Criteria with other normative legal acts.

Conclusion. The presence of a significant number of legal acts regulating the process of providing medical care for preterm labor makes it difficult to assess the quality of medical care in the profile of «obstetrics and gynecology».

Key words: normative-legal acts, processes of care, prematurity, score the quality of medical care.

Введение. В настоящее время действует значительное количество нормативно-правовых актов, регулирующих практическую деятельность врача. При этом достаточно часто встречаются случаи, когда правовые акты, регулирующие одни и те же отношения, противоречат или значительно отличаются друг от друга.

В частности, Министерство здравоохранения Российской Федерации своим приказом от 10.05.2017 г. № 203н утвердило критерии оценки качества медицинской помощи (далее – Критерии). Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (п.1.2 Критериев) [3].

Оценка осуществляется по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторные, дневной стационар и стационар) (п.1.3 Критериев) [3]. Группы заболеваний формируются по МКБ–10.

Очевидно, что практическое применение Критериев будет иметь положительный результат. Однако могут возникнуть определенные трудности при совмещении Критериев с другими нормативно–правовыми актами.

Цель исследования. Анализ возможности исполнения положений Приказа Минздрава России № 203н в сопоставлении с действующими нормативно–правовыми актами в части применения критериев оценки качества медицинской помощи, оказываемой по профилю «акушерство и гинекология» на примере раздела 3.15.13 Критериев «Критерии

качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, с учетом действующих нормативно-правовых актов, использованы формализованный и неформализованный методы. Неформализованный анализ предполагал выделение блоков документа по исследуемым позициям, в соответствии с целью анализа. Формализованный анализ документов, включенных в исследование, построен на сопоставлении отдельных количественных характеристик информации, представленной в нормативных актах.

Результаты и обсуждение. В качестве примера, для настоящего исследования мы выбрали раздел 3.15.13 Критериев «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах (коды по МКБ-10: 042 и 060) [3]. Помимо указанного выше документа, оказание медицинской помощи при названных патологиях регламентируется следующими нормативно-правовыми актами:

– Приказ Минздрава России от 17.11.2012 г. № 592н: «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременных родах»;

– Приказ Минздрава России от 01.11.2012 г. № 572н: «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)»;

– Письмо Минздрава России от 02.10.2015 г. №15-4/10/2-5803: Клинические рекомендации (протокол лечения) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах»;

– Письмо Минздрава России от 17.12.2013 г. №15-4/10/2-9480: Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды».

Следует отметить, что, по сравнению с письмами, с точки зрения теории права, большей юридической силой обладают приказы Министерства здравоохранения. Однако, перечисленные выше письма, приказом Минздрава России № 203н не отменены, что позволяет прийти к заключению о правомерности их использования. Кроме того, наличие такого количества нормативных актов серьезно затрудняет работу медицинского персонала.

Таблица 1

Сравнительная характеристика отдельных позиций исследуемых нормативных актов

№	Приказ МЗ РФ №203н (2017) Критерии оценки качества медицинской помощи П.3.15.14	Письмо МЗ РФ №15-4/10/2-5803 (2015) Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах	Письмо МЗ РФ №15-4/10/2-9480 (2013) Клинические рекомендации (протокол лечения)	Приказ МЗ РФ №592н (2012) Стандарт специализированной медицинской помощи при преждевременных родах	Приказ МЗ РФ №572н (2012) Порядки оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (приложение №5 (преждевременные роды (угроза) 060)
1	Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Раздел «Диагностика преждевременных родов» Для транспортировки женщины в стационар 3-й группы или в перинатальный центр осуществляется диагностика преждевременных родов: - регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут); - динамические изменения со стороны шейки матки; - ПСИФР-1 в цервикальном канале	Раздел «Прогнозирование начала наступления преждевременных родов»: - определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ; - тест на определение фосфорилированного протеина-1; - наиболее точный маркер преждевременных родов – выявление фибронектина в шейечно-влагалищном секрете при сроке до 35 недель. Раздел «Диагностика преждевременных родов»: - регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут); - динамические изменения со стороны шейки матки (<i>укорочение и сглаживание</i>)	п.1.1, код медицинской услуги В01.001.001. Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	П.16 В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. П.29.3 и п.29.4 Одним из критериев направления беременных в стационары А и Б 3-ей групп – «преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 32

					недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки»
2	Выполнено УЗИ плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)		При дородовом излитии околоплодных вод: оценка состояния плода – УЗИ	п.1.3 Код медицинской услуги A04.30.001 УЗИ плода	П.6 Скрининговое УЗИ проводится трехкратно при сроках беременности: 11-14 недель; 18-21 неделя; 30-34 недели
3	Выполнение кардиотокографии плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар		Врачебная тактика при дородовом излитии околоплодных вод. <i>Объем лабораторного исследования:</i> КТГ плода регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня	п.1.3 Код медицинской услуги A05.30.001 Кардиотокография плода	Приложение 5. АЗ-обследование в 3 триместре: КТГ плода после 33 недель
4	Выполнен общий (клинический) анализ крови общий		Врачебная тактика при дородовом излитии околоплодных вод. <i>Объем лабораторного исследования:</i> общий анализ крови – лейкоциты формула – 1 раз в 2-3 дня (при отсутствии клинических признаков инфекции)	п.1.2 Код медицинской услуги B03.016.003 Общий (клинический) анализ крови развернутый	Общий (клинический) анализ крови развернутый
5	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при дородовом излитии околоплодных вод)		Врачебная тактика при дородовом излитии околоплодных вод. <i>Объем лабораторного исследования:</i> определение С-реактивного белка в крови, как предиктора хориоамнионита		
6	Выполнено бактериологическое исследование		Врачебная тактика при дородовом излитии околоплодных вод.		

	отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при дородовом излитии околоплодных вод)		<i>Объем лабораторного исследования:</i> посев отделяемого из цервикального канала на гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам (при первом осмотре в зеркалах)		
7	Выполнен токолиз (при раскрытии маточного зева не менее 3 см в срок гестации менее 34 недель (<i>угрожающие преждевременные роды</i>) или при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации 34-37 недель в случае транспортировки в стационар 3-го уровня и при отсутствии медицинских противопоказаний	Показания для проведения токолиза: - регулярные схватки: не менее 4-х за 20 минут (<i>при сроке беременности от 22 до 33 недель+6 дней</i>); - динамические изменения со стороны шейки матки (<i>укорочение и сглаживание, увеличение степени раскрытия шейки матки</i>); - ПСИФР-1 в цервикальном канале (<i>при наличии возможности проведения</i>). Препараты: атосибан; нифедипин; гексопреналин; индометацин;	Токолиз при угрожающих преждевременных родах направлен на подготовку плода к преждевременному рождению. Применяют: - атосибан (трактоцил); - нифедипин; - магния сульфат (<i>для снижения частоты церебрального паралича у недоношенных</i>)	п.3 Код медицинской услуги G02CX атосибан; код C08CA нифедипин;	Токолиз. - нифедипин; препараты магния.

		сульфат магния (для профилактики ДЦП у новорожденных)			
8	Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 37 недель и раскрытие маточного зева менее 3см, при отсутствии медицинских противопоказаний)		Раздел. Профилактика РДС плода. Антенатальная кортикостероидная терапия (АКТ) высокоэффективна в снижении риска развития РДЖ, ВЖК и неонатальной смерти недоношенных новорожденных при сроке беременности 24-34 полные недели. Применяются: 2 дозы бетаметазона, или 4 дозы (3 дозы) дексаметазона	п.3 Код медицинской услуги Н02 АВ (глюкокортикоиды): дексаметазон, преднизолон, бетаметазон	Профилактика РДС: глюкокортикоиды
9	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Профилактика инфекционных осложнений: (ампициллин, цефалоспорины 1-го поколения)	Профилактика инфекционных осложнений: (ампициллин или цефалоспорины 1-го поколения, или (при положительном результате посево на стрептококк группы В (БГС) – пенициллин	п.3 Коды медицинских услуг: G01AA Антибактериальные препараты (натамицин); J01CR Комбинация пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (амоксцилин + клавулановая кислота); Цефалоспорины: 2-го поколения (J01DC), 3-го поколения (J01DD) 4-го поколения (J01DE)	Антибиотикотерапия бактериального вагиноза

Нами предпринята попытка представить сравнительную характеристику отдельных позиций вышеперечисленных нормативных актов. За основу были взяты 10 оценочных позиций Критериев. Заметим, что оценочные позиции отличаются от тех рекомендаций, которые даны в п. 2.2 «Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара», что также затруднит работу практических врачей (табл. 1).

Понятие и основная классификация Преждевременных родов даны в письме Минздрава России от 17.12.2013 г.: «Согласно определению ВОЗ, преждевременными называются роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней (154-259 дней), начиная с 1-го дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.» [4]. Далее рассмотрим оценочные позиции в сравнении с положениями других нормативно-правовых актов.

Позиция № 1. Осмотр врачом–гинекологом в течение 10 минут после поступления в стационар. В письме Минздрава России (2015) в разделе «Диагностика преждевременных родов» прописаны критерии направления женщин с подозрением на преждевременные роды в стационар 3-й группы или перинатальный центр. Регламентировано следующее разделение стационаров 3-й группы: третья А группа – акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (2-й этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной помощи (п.28 Приказа № 572н) [1]. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направление беременных женщин в акушерские стационары третьей А группы (высокая степень риска) являются: преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и др. (п.29.3 Приказа № 572н). Третья Б группа – акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную (в том числе высокотехнологичную) медицинскую помощь в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров

субъектов Российской Федерации (п.28 Приказа № 572н). Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направление беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (высокая степень риска) являются: преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и др. (п.29.4 Приказа № 572н) [1].

В клинических рекомендациях (протоколы лечения - письмо Минздрава России 2013) в разделе «Прогнозирование начала наступления преждевременных родов» приводятся современные маркеры для прогноза преждевременных родов, а в разделе «Диагностика преждевременных родов» - клинические характеристики преждевременных родов [4].

Стандартом оказания медицинской помощи при преждевременных родах предусмотрен обязательный осмотр акушером-гинекологом (п.1.1 приказа № 592н) [2]. В случаях преждевременных родов, в 22 недели беременности и более, женщина направляется в специализированный акушерский стационар (п.16 приказа Минздрава России № 572) [1].

Позиция № 2. УЗИ плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии). В письме Минздрава России 2015 года данная позиция никак не обозначена [5]. В письме 2013 года говорится об оценке состояния плода по материалам УЗИ [4]. Стандартом оказания медицинской помощи (приказ № 592) предусмотрено УЗИ плода (код медицинской услуги А04.30.001). Порядком оказания медицинской помощи (приказ Минздрава России № 572н) предусмотрено скрининговое трехкратное УЗИ (п.6).

Позиция № 3. КТГ плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар. В письме 2015 года данная позиция отсутствует [5]. В письме 2013 года говорится о проведении КТГ плода (при дородовом излитии околоплодных вод не реже 1 раза в 2-3 дня) [4]. Стандартом оказания медицинской помощи (приказ № 592) также предусмотрена КТГ плода (код – А05.30.001). Порядок оказания медицинской помощи (приказ Минздрава России № 572н) предполагает проведение в 3-м триместре (после 33 недель) осуществление КТГ (приложение № 5, рубрика А3 – обследование в 3-м триместре приказа № 572).

Позиция № 4. Выполнен общий анализ крови. В письме 2015 года данная позиция не отмечена [5]. В письме 2013 года предусмотрено проведение общего анализа крови (при дородовом излитии околоплодных вод, но при отсутствии клинических признаков инфекции) [4]. Стандартом оказания медицинской помощи (приказ № 592) предполагает проведение общего анализа крови (код – В03.016.003. – п.1.2). Порядком оказания медицинской помощи

(приказ Минздрава России № 572н, приложение 5, рубрика А-1) также предусмотрено проведение общего (клинического) анализа крови развернутого.

Позиция № 5. Исследование уровня С - реактивного белка в крови (при дородовом излитии околоплодных вод). В письме 2013 года предусмотрено данное исследование как индикатора хориоамнионита [4]. При этом, ни порядком медицинской эвакуации (письмо 2015 г.), ни стандартом оказания медицинской помощи (приказ Минздрава России № 592), ни порядком оказания медицинской помощи (приказ Минздрава России № 572 н), данное исследование не предусмотрено.

Позиция № 6. Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при дородовом излитии околоплодных вод). В письме 2013 года в разделе «Врачебная тактика при дородовом излитии околоплодных вод» при первом осмотре на зеркалах, предусмотрен посев отделяемого из цервикального канала на гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам [4]. В то же время, порядок медицинской эвакуации (письмо 2015 г.), стандарт оказания медицинской помощи (приказ № 592), порядок оказания медицинской помощи (приказ Минздрава России № 572 н), данное исследование не регламентируют.

Позиция № 7. Осуществление токолиза: при раскрытии маточного зева не менее 3-х см. (при сроке беременности менее 34 недель (*угрожающие преждевременные роды*); при раскрытии маточного зева не менее 3-х см. (при сроке беременности менее 34-37 недель (*в случае транспортировки в стационар 3-го уровня, и при отсутствии медицинских показаний*)). Показания для токолиза при осуществлении эвакуации (письмо 2015), в качестве препаратов предлагается: атосибан, нифедипин, гексопреналин, индометацин и сульфат магния. Письмо 2013 г. – препараты: атосибан (трактоцил), нифедипин, магния сульфат [4]. В приказе № 592н озвучены два препарата: атосибан и нифедипин, а в приказе № 572н – нифедипин, гексопреналин и препараты магния. Учитывая имеющиеся несоответствия, сложно говорить об однозначно регламентированной позиции для определения лечебных мероприятий до родов.

Позиция № 8. Антенатальная терапия лекарственными препаратами группы «системные глюкокортикостероиды». В письме 2015 г. данный раздел отсутствует [5]. В письме 2013 г. в разделе «Профилактика РДС плода» обосновывается возможность такой терапии, а в качестве препаратов предлагается бетаметазон и дексаметазон [4]. В приказе №

592н в качестве препаратов предлагаются: дексаметазон, преднизолон и бетаметазон (код медицинской услуги Н02АВ), а приказе № 572н для профилактики РДС предлагается использовать глюкокортикоиды. Таким образом, разночтения в нормативных документах, при анализе данной позиции, не позволяют прийти к единой позиции при определении антенатальной терапии лекарственными препаратами группы «системные глюкокортикостероиды».

Позиция № 9. Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации. В письме 2015 года предлагаются препараты: ампициллин и цефалоспорины 1-го поколения [5]. В письме 2013 года: ампициллин, цефалоспорины 1-го поколения, а при положительном посеве на стрептококк группы В (БГС) дополнительно – пенициллин [4]. Приказом № 592н предусмотрены: натамицин, комбинация пенициллинов, цефалоспорины 2-го, 3-го и 4-го поколений. Приказом № 572н антибиотикотерапия вагиноза предусмотрена, но без обозначения препаратов.

Мы считаем целесообразным, взяв за основу Критерии, добавить стандарты, конкретизируя, что должны сделать медицинские работники для выполнения той или иной позиции, и по каждой позиции прописать порядок оказания медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, можно сделать заключение, что при наличии значительного количества нормативно-правовых актов, регулирующих процессы оказания медицинской помощи при преждевременных родах, оценка качества медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» значительно затруднена и может быть сопряжена с нежелательными отрицательными результатами, поскольку в процессе оценки возникают объективные затруднения в трактовке позиций, представленных в озвученных выше документах. Объединение нескольких разноплановых актов в один понятный для всех значительно облегчит работу практических врачей и работу проверяющих.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. № 572н: «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9154-prikaz-> (дата обращения: 03.04.2019).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.11.2012 г. № 592н: «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при

преждевременных родах» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70338650/> (дата обращения: 03.04.2019).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения: 03.04.2019).

4. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.12.2013 г. №15-4/10/2-9480: Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/71225108/> (дата обращения: 03.04.2019).

5. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2015 г. №15-4/10/2-5803: Клинические рекомендации (протокол лечения) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71137478/> (дата обращения: 03.04.2019).

Reference

1. Prikaz Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 01.11.2012g. № 572n: «Ob utverzhdenii Porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi po profilju «akusherstvo i ginekologija (za iskljucheniem vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij)» //access Mode: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9154-prikaz-> (In Russian).

2. Prikaz Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 17.11.2012 g. № 592n: «Ob utverzhdenii standarta specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pri prezhdevremennyh rodah» //access Mode: <https://base.garant.ru/70338650/> (In Russian).

3. Prikaz Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 10.05.2017 g. № 203n «Ob utverzhdenii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi» //access Mode: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (In Russian).

4. Pis'mo Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 17.12.2013 g. №15-4/10/2-9480: Klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija) «Prezhdevremennye rody» //access Mode: <https://base.garant.ru/71225108/> (In Russian).

5. Pis'mo Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 02.10.2015 g. №15-4/10/2-5803: Klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija) «Organizacija medicinskoj jevakuacii pri prezhdevremennyh rodah» //access Mode: <https://base.garant.ru/71225108/> (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Медведева Ольга Васильевна - доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9, e-mail: o.medvedeva@rzgmu.ru; ORCID: 0000-0002-3637-9062; SPIN-код: 8808-5837

Большова Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9; SPIN-код: 1833-5087

Попов Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9; SPIN-код: 5212-9502

Information about authors

Medvedeva Ol'ga Vasil'evna - MD, Professor, head. Department of public health and healthcare with the course of healthcare organization Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltnaya, 9, e-mail: o.medvedeva@rzgmu.ru; ORCID: 0000-0002-3637-9062; SPIN-code: 8808-5837

Bol'shova Tat'ana Vladimirovna - PhD, associate Professor, of the Department of public health and health with the course of health organization Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltnaya, 9; SPIN- code: 1833-5087

Popov Yuri Evgen'evich - PhD, associate Professor, of the Department of public health and health with the course of health organization Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov of Ministry of Public Health of Russian Federation, Ryazan, 390026 Visokovoltnaya, 9; SPIN- code: 5212-9502

Статья получена: 23.04.2019 г.
Принята в печать: 02.08.2019 г.