

ОЦЕНКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕР СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

В.В. УЙБА, С.Ф. ТОРУБАРОВ

Федеральное медико-биологическое агентство федеральное государственное бюджетное учреждение государственный научный центр Российской Федерации федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна, ул. Маршала Новикова, д. 23, г. Москва, Россия, 123098

Аннотация. В статье дана оценка предложенных и внедрённых в рамках системы ФМБА России система мероприятий совершенствования службы родовспоможения в системе ФМБА, проведен сравнительный анализ полученных результатов предложенных мероприятий и даны рекомендации по их дальнейшему использованию.

Ключевые слова: мероприятия, система, медицинская помощь, родовспоможение, перспективы, совершенствование.

ASSESSMENT ON THE IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF ORGANIZATION OF OBSTETRIC AID ON THE REDUCTION OF PERINATAL LOSSES

V.V. UIBA, S.F. TORUBAROV

*Federal Medical-Biological Agency of the Federal State Budget Institution
State Scientific Center of the Russian Federation Federal Medical Biophysical Center. AI Burnazyan str. Marshal Novikova, 23, Moscow, Russia, 123098*

Abstract. In article the estimation proposed and implemented in the framework of the Federal Russian system of measures of improvement of obstetric services in the FMBA system, a comparative analysis of the results of the proposed measures and recommendations for their further use.

Key words: event system, medical care, obstetrics, prospects, improvement.

Введение. Несмотря на то, что уровень рождаемости в России за последние десять лет вырос (с 10,2 на 1000 населения в 2003 г. до 12,7 на 1000 населения в 2012 г.), уровень смертности остаётся пока одним из самых высоких в Европе, несмотря на стабильное его снижение (16,4 на 1000 населения в 2003г. до 13,3 на 1000 населения в 2012 г.) (Росстат, 2012 г.). Наиболее важным показателем экономического благополучия страны является показатель предстоящей жизни, который на сегодняшний день составляет в России 66,1 лет для всего населения, занимая тем самым 129 место в мире при сравнении продолжительности жизни. Если в начале XX века средняя продолжительность жизни женщин равнялась 50-ти годам, то сейчас в большинстве развитых стран она приближается к 80-ти, в развивающихся странах колеблется от 65 до 70 лет, а в России составляет приблизительно 72 года.

Снижение *перинатальной смертности* (ПС) в мире за последние годы произошло благодаря внедрению высокоэффективных организационных мероприятий и лечебно-диагностических технологий: создание перинатальных центров, оснащение баз новым оборудованием, развитие пренатальной диагностики, расширение показаний для кесарева сечения в интересах плода, широкое применение глюкокортикоидов и препаратов сурфактанта при преждевременных родах, усовершенствование реанимационной и интенсивной помощи новорожденным, улучшение методов неонатального ухода, внедрение современных перинатальных технологий, а также регионализация перинатальной помощи [1-3, 5, 6].

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на период до 2020 года определено, что ключевым направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является развитие *первичной медико-санитарной помощи* (ПМСП) женщинам и новорожденным. В соответствии с этапами проводимых реформ в учреждениях акушерско-гинекологической службы статус врачей акушеров-гинекологов претерпевает изменения, обеспечивающие повышение их квалификации и профессиональной грамотности в вопросах оказания помощи беременным и роженицам, а также в определении факторов риска развития перинатальной патологии.

Цель исследования – разработка направлений по формированию потоков женщин для оказания медицинской помощи в период беременности и родов.

Результаты и их обсуждение. На основании предложенных мероприятий по формированию потоков беременных женщин наиболее целесообразным решением должна стать организация комплексного подхода в оказании медицинской помощи женщинам и детям путём создания *акушерско-педиатрического комплекса* (АПК) на базе учреждений системы охраны материнства и детства и учреждений акушерско-гинекологического профиля в рамках ФМБА России.

Организация АПК на основе функционального соподчинения различных акушерско-

гинекологических учреждений системы ФМБА, имеющих общую территорию обслуживания, безусловно, способствовало охране репродуктивного здоровья населения и снижению перинатальных потерь.

Функционирование разработанного комплекса предлагается осуществлять с помощью *консультативно-экспертных комиссий* (КЭК) АПК, имеющих двухуровневую систему.

КЭК I уровня функционируют для повышения эффективности диспансеризации беременных с факторами риска перинатальных потерь; КЭК II уровня специализируется на диспансеризации новорожденных.

Несмотря на то, что диспансеризация беременных и женщин с экстрагенитальной патологией осуществляется в АПК при женских консультациях, сами женские консультации сохранили статус структурных подразделений поликлиник, родильных домов или являются самостоятельными структурами. Они осуществляют организационно-методическую работу и обеспечивают оказание специализированных видов акушерско-гинекологической помощи:

- предродовую подготовку;
- профилактику факторов риска перинатальной патологии, приводящей к перинатальным потерям;
- проведение скрининга беременных в дневном стационаре и кабинете пренатальной диагностики.

В созданных АПК, акушерско-гинекологических отделениях ЛПУ и женских консультациях организовано 5 кабинетов профилактической работы, где работает 6 врачей и 5 акушерок.

Направления работы созданных АПК включали следующие мероприятия.

I направление – включает санпросветработу с использованием информационно-методической литературы, рекламных стендов, индивидуальных и групповых (до 6 человек) бесед с врачом акушером-гинекологом и беседы с супружескими парами, имеющими риск перинатальных потерь (невынашиваемая беременность в анамнезе, вторичное бесплодие у обоих супругов, применение ЭКО).

Известно, что в основе благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики перинатальных потерь лежит правильная организация медицинской помощи, включающая внедрение современных перинатальных технологий. В этой связи в рамках эксперимента в учреждениях акушерско-гинекологической службы ФМБА на базе организованных АПК были созданы кабинеты «Профилактической работы среди беременных с факторами риска перинатальных потерь». Такие же кабинеты были организованы в структуре женских консультаций амбулаторно-поликлинических учреждений в соответствии с внутренними Приказами ЛПУ с расширением функциональных обязанностей и освобождением штатов кабинета от участковой работы. Важным дополнением к функции ранее существующих приёмов являются профилактика развития перинатальной патологии и снижение риска перинатальных потерь.

Основной задачей кабинета профилактики является первичная профилактика патологических состояний, приводящих к перинатальным потерям, которая включала в себя:

- ограничение ночных, сменных работ, сопровождающихся изменением фотопериодизации и предрасполагающих к смещению овуляции и внутрифолликулярному старению яйцеклетки;
- исключение бытовых негативных факторов риска (курения, алкоголя, недоброкачественных продуктов питания), вредных физических факторов (шума, вибрации, электромагнитных полей и пр.) за 2 месяца до зачатия;
- исключение чрезмерных стрессовых состояний;
- нормализацию менструального цикла и секреторных преобразований в эндометрии (по показаниям);
- привлечение клинического психолога к профилактической работе с беременными.

В задачи психолога входит: предупреждение негативных моментов беременности и родов, оказание психологической помощи, поддержки и коррекции эмоционального состояния женщин в период подготовки к родам и после них.

В ходе работы проведён анализ работы кабинета профилактики. Всего за 2010-2012 гг. в кабинет профилактической работы обратились с целью получения рекомендаций по планированию зачатия 275 женщин (семейных пар), из них прошли занятия в кабинете профилактики с комплексом мероприятий по первичной профилактике риска развития перинатальной патологии – 232 женщины. За анализируемый период в группе исследования наступило 181 беременность, из них завершились к концу 2012 года без перинатальных потерь – 170. В группу контроля вошли все 154 женщины, наблюдавшиеся по беременности в территориальной поликлинике, не посещавшие кабинеты профилактики и разрешившиеся родами в 2012 году. Частота невынашивания в исследуемой группе женщин, посещавших кабинеты профилактики составила 5,6%, в контроле 10,5%. Преэклампсия 12,6% женщин, прошедших курс в кабинете профилактики, а в контроле – 24,7%. Анемия беременных встречалась у 30,3% основной группы, в контроле – у 41,3% женщин. Все различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таким образом, создание кабинетов профилактики для беременных женщин с факторами риска перинатальных потерь имеет положительный медико-социальный эффект и требует дальнейшего активного внедрения в учреждения акушерско-гинекологической службы.

II направление – проведение пренатальной диагностики *врождённых пороков развития* (ВПР).

По данным мониторинга в 2008-2010 гг. в учреждениях системы ФМБА было зарегистрировано 260 случаев рождения детей с ВПР, что составило 2,2% от родившихся живыми и мёртвыми. В структуре ВПР на I месте – пороки сердца (40,7%), на II месте – пороки ЦНС (18,1%) и на III месте – расщелина губы и/или нёба (8,1% случаев), на IV месте стабильно стоит синдром Дауна – 7,8% случаев, прочие пороки составили 25,3%.

Анализ случаев перинатальной смертности от ВПР выявил следующие причины: пропуск патологии обусловлен несоблюдением стандарта обследования и некачественной ультразвуковой аппаратурой, сложностью диагностики пороков (атрезия пищевода с низким трахеопищеводным свищем, общий артериальный ствол и транспозиция магистральных сосудов), поздней постановкой беременной на учёт в женскую консультацию (срок более 28 недель).

Таким образом, только внедрение эффективных средств профилактики и коррекции наследственной патологии представляет резерв снижения перинатальной смертности.

Пренатальная диагностика ВПР осуществляется в учреждениях ФМБА России в соответствии с Приказами №457 от 28.12.2000 г, №808 от 2009 г, №572н от 12.11.2012 г. В соответствии с вышеперечисленными приказами в акушерско-гинекологических учреждениях ФМБА организована функциональная система диагностики ВПР, входящая в структуру перинатальной службы, определены 3 уровня учреждений для осуществления перинатального ультразвукового скрининга на ВПР и определены сроки его проведения.

I уровень – учреждения, осуществляющие диспансерное наблюдение за беременными.

II уровень – кабинеты пренатальной диагностики акушерских стационаров.

III уровень – КЭК Перинатального центра.

Цель организованной функциональной системы диагностики ВПР – решение вопроса о целесообразности пролонгирования беременности при выявленном пороке, определение тактики ведения беременности, выбор способа родоразрешения и дальнейшей тактики лечения плода и новорожденного.

Организационная система пренатальной диагностики позволяет осуществлять выявление визуализируемых пороков развития и маркёров хромосомных аномалий (ультразвуковых и биохимических). Инвазивный этап диагностики является перспективой развития перинатальной службы.

В ходе исследования проведена оценка эффективности данного направления по оценке качества оказанной медицинской помощи на антенатальном этапе. Так из 156 случаев выявления патологии у матери и плода на ранних сроках (до 12 и до 20 недели беременности), являющейся факторами риска развития перинатальной патологии, способствовали своевременному взятию на учёт данных беременных. В результате чего из 156 наблюдаемых беременных лишь у 2,1% обследованных родились дети с ВПР, при этом не наблюдалось снижения летальных исходов, вошедших в перинатальную смертность.

III направление предложенных и внедрённых мероприятий включало алгоритм рационального ведения родов.

В исследуемых учреждениях полностью отказались от применения эстрогенно-глюкозо-кальциевого фона, амниотомии при «недостаточно зрелой» шейке матки, программированных родов, от выполнения пособия Крестеллера. Отказ от полипрагмазии, снижение медикаментозной нагрузки успешно применяется для лечения преэклампсии, фетоплацентарной недостаточности и угрозы прерывания беременности.

Эпидуральная анестезия для обезболивания родов используется в 83,7% случаев и осуществляется по показаниям. Обезболивание и создание лечебно-охранительного режима при преэклампсии считается одним из компонентов его интенсивной терапии. Эпидуральная анальгезия была применена у 150 пациенток с преэклампсией средней тяжести. Из них в 15 случаях роды были завершены операцией кесарева сечения под эпидуральной анестезией с послеоперационной эпидуральной анальгезией.

Для профилактики послеродовых осложнений также постоянно идёт совершенствование методов операции кесарева сечения. Оптимизация техники кесарева сечения способствовала благоприятному исходу беременности после 2 и 3 повторных операций. Сочетание абдоминального родоразрешения в модификации М. Stark и спинномозговой анестезии способствует сокращению времени от начала операции до извлечения плода в среднем до 3-4 мин., лучшей оценке плода при рождении, уменьшению кровопотери (до 500 мл. у 74,3% родоразрешенных), раннему вставанию пациенток (через 6-8 часов) и ходьбе (через 12 часов).

Результатом рациональных подходов к родоразрешению стало изменение динамики показателей, характеризующих частоту осложнений в родах в сторону их уменьшения (с 18,6% в 2008 г. до 10,2% в 2012 г.).

IV направление – профилактика и лечение экстрагенитальной патологии и невынашивания беременности. Наряду с акушерами-гинекологами, в оказании этого вида помощи участвуют и терапевты на всех этапах жизни женщины, особенно в репродуктивный период.

Тактика ведения женщин с невынашиванием беременности складывается из трёх основных компонентов:

1. Оценка состояния репродуктивной системы и устранение возможных нарушений до и в процессе беременности (генитальный инфантилизм, истмико-цервикальная недостаточность, хронические воспалительные процессы гениталий и т.д.).

2. Выявление патогенетических факторов гибели эмбриона/плода (инфекция, иммунные нарушения, эндокринопатии, гемостазиологические нарушения) и устранение или ослабление действия этих факторов вне и во время беременности:

- разработка плана реабилитационных мероприятий;
- рациональное трудоустройство.

3. Нормализация психоэмоционального статуса.

Организационная модель терапевтической помощи беременным, роженицам и родильницам с целью своевременного выявления экстрагенитальной патологии предусматривает соблюдение преемственности всех её этапов: акушерско-педиатрических комплексов (АПК), участкового врача-терапевта, женских консультаций, дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений, соматических стационаров и родильных домов.

Алгоритм терапевтической помощи начинается с мероприятий, направленных на подготовку женщин с экстрагенитальной патологией к возможности зачатия: санация очагов хронической инфекции, достижение стойкой ремиссии экстрагенитальной патологии, формирование здорового образа жизни, включая сбалансированное питание и витаминотерапию, рациональное трудоустройство при наличии вредных факторов производства. Подготовка женщин с экстрагенитальной патологией к беременности является задачей АПК и кабинета «Профилактической работы среди беременных с факторами риска перинатальных потерь», входящего в структуру женской консультации.

С целью повышения эффективности диспансеризации беременных и родильниц на базе амбулаторно-поликлинических учреждений в структуре

АПК функционируют КЭК по диспансеризации беременных и родильниц. Задачами КЭК на данном этапе являются: уточнение диагноза экстрагенитальной патологии и определение тактики ведения беременной в сложных случаях, решение вопроса о целесообразности пролонгирования беременности (совместно с перинатальным консилиумом), выборе места и метода родоразрешения, составление программы послеродовой реабилитации, анализ причин неблагоприятных исходов беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, являющейся фактором риска перинатальных потерь.

КЭК выдаёт лечащему врачу заключение с рекомендациями по ведению беременной с экстрагенитальной патологией по единому протоколу.

Кроме того, КЭК выполняет функцию организационно-методического центра оказания терапевтической помощи беременным, роженицам и родильницам и организует проведение врачебных конференций по актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики патологии, являющейся фактором риска перинатальных потерь, у беременных для терапевтов и участковых врачей-терапевтов поликлиник и женских консультаций, прикреплённой к родильному дому территории.

При необходимости, в соответствии с критериями госпитализации, беременная женщина госпитализируется в соматический стационар по профилю экстрагенитальной патологии независимо от срока беременности. Все беременные, находящиеся на лечении в соматических отделениях, обеспечены квалифицированной консультативной помощью акушера-гинеколога. Организация неотложной помощи беременным в условиях соматического стационара строится по принципу вызова консультанта на себя, в любое время суток, в соответствии со схемой закрепления муниципальных учреждений здравоохранения за родильными стационарами. В акушерском стационаре терапевтом осматриваются все беременные с экстрагенитальной патологией или подозрением на неё. В случае обострения хронических и возникновение острых соматических заболеваний у беременных и родильниц, их ведение осуществляется совместно акушером-гинекологом и терапевтом роддома.

Заключение. Представленная система оказания терапевтической помощи беременным, роженицам и родильницам обеспечивает первичную профилактику и своевременное лечение обострений хронической соматической патологии, что способствует снижению частоты осложнений беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией и снижению риска перинатальных потерь. Так при внедрении данного подхода к обследованию беременной своевременно была выявлена преэклампсия в 35,5% в 2012 г. В сравнении с 2008 г. (17,6%), внутриутробная гипоксия плода установлена в 18,2% в 2012 г. (в сравнении с 2008 г. – 10,4%), синдром задержки внутриутробного развития плода в 9,9% (в 2008 г. – 7,8%).

Внедрение нового алгоритма организации терапевтической помощи беременным позволяет достоверно улучшить исходы беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией, являющейся фактором риска развития перинатальных потерь.

Литература

1. Андреев Е.М., Кваша Е.А. Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги. *Демоскоп.ру* [Электронный журнал] 2013. №541-542.

URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php>.

2. Байбарина Е.Н. Основные направления деятельности Минздрава России в области детского здравоохранения // *Заместитель главного врача*. 2013. №5. С.11-16.

3. Баранов А.А., Игнатъева Р.К. Проблема недоучета перинатальных потерь. В кн.: Баранов АА, Альбицкий ВЮ. «Смертность детского населения России». Серия «Социальная педиатрия». Вып. 1. М.: Литтера, 2007.

4. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: Методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-0/10/2-11336 от 16.12.2011 г. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/213>.

5. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Эффективность современных организационных технологий в профилактике и снижении материнской смертности в Российской Федерации // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2009. Т.3. С. 4-8.

6. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. М.: «ЭКСМО», 2009. 285 с.

References

1. Andreev EM, Kvasha EA. Novyy schet mladencheskoy smertnosti: predvaritel'nye itogi. Demoskop.ru (Elektronnyy zhurnal) [Internet]. [cited 2013 fed 4-17]; 541-542: [about 4 p.]. Russian. Available from: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php>.

2. Baybarina EN. Osnovnye napravleniya deyatel'nosti Minzdrava Rossii v oblasti detskogo zdravookhraneniya. Zamestitel' glavnogo vracha. 2013;5:11-6. Russian.

3. Baranov AA, Ignat'eva RK. Problema nedoucheta perinatal'nykh poter'. V kn.: Baranov AA, Al'bitskiy VYu. «Smertnost' detskogo naseleniya Rossii». Seriya «Sotsial'naya pediatriya». Vyp. 1. Moscow: Littera; 2007. Russian.

4. [Intensivnaya terapiya i printsipy vykhazhivaniya detey s ekstremal'no nizkoy i ochen' nizkoy massoy tela pri rozhdenii]. Russian Federation Ministry of Health and Social Development method. Letter 15-0/10/2-11336. 2011. Russian.

5. Guseva EV, Filippov OS. Effektivnost' sovremennykh organizatsionnykh tekhnologiy v profilaktike i snizhenii materinskoy smertnosti v Rossiyskoy Federatsii. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2009;3:4-8. Russian.

6. Radzinskiy VE, Knyazev SA, Kostin IN. Akusherskiy risk. Moscow: «EKSMO»; 2009. Russian.