

Москвичева М.Г.¹, Сахарова В.В.², Семенов Ю.А.³

Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным и роженицам в Челябинской области

1 – ГБОУ ВПО «Южно-Уральский Государственный Университет», г. Челябинск; 2 – Министерство здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск; 3 – ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск

Moskvicheva M.G. , Sakharova V.V. , Semenov Y.A.

Organization three-tier system of care pregnant women and mothers in the Chelyabinsk region

Резюме

Цель исследования: провести анализ эффективности организационных мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде на основании создания трехуровневой системы. Организация исследования: объектом исследования послужила разработанная нами трехуровневая схема маршрутизации женщин в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории Челябинской области, на основании которой был подготовлен приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 03.07.2013 № 1030 «Об оказании медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории Челябинской области». Анализ эффективности проводился на основе данных Росстата за 2009 – 2013 г.г., оценки годовых отчетов медицинских организаций, в структуре которых организованы межрайонные, городские и областные акушерско-гинекологические подразделения за 2009-2013 г.г. Результаты исследования: В результате проведенной реорганизации акушерско – гинекологической службы в Челябинской области наметилась положительная динамика основных показателей работы акушерско-гинекологической службы: снизились показатели материнской и младенческой смертности. Заключение: Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности внедрения на региональном уровне трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, что свидетельствует о необходимости продолжения работы в данном направлении, отработки и усовершенствования организационных документов по маршрутизации беременных, родильниц и рожениц на региональном уровне. **Ключевые слова:** приказ, трехуровневая система акушерских стационаров

Summary

Objective: To analyze the effectiveness of organizational activities to improve health care for women during pregnancy, childbirth and the postpartum period on the basis of the creation of a three-tier system. STUDY DESIGN: The study served as we have developed a three-level routing scheme for women during pregnancy, childbirth and the postpartum period in the Chelyabinsk region, on the basis of which been prepared the order of Ministry of Health of the Chelyabinsk region from 03.07.2013 № 1030 "On health care during pregnancy, childbirth and the postpartum period in the Chelyabinsk region". Analysis of the effectiveness was based on Rosstat data for 2009 - 2013, evaluation of annual reports of medical organizations, in structure of which organized interdistrict, city and regional obstetric and gynecological departments for 2009-2013. Results: As a result of the reorganization of obstetric - gynecological service in the Chelyabinsk region there was a positive dynamics of the main indicators of obstetric services: reduce maternal and infant mortality. Conclusion: The obtained results allow us to conclude about the effectiveness of the implementation at the regional level the three-tier system of care for pregnant women, women in labor and childbirth, which indicates about necessity of continuation work in this direction, processing and improving organizational documents about routing pregnant, postpartum women and women in labor at the regional level.

Keywords: order, three-tier system of obstetric hospitals

Введение

Защита материнства и детства является одним из стратегических направлений социальной политики Российской Федерации. В стране создана государственная

система охраны материнства и детства, включающая комплекс медико-социальных мероприятий по улучшению положения и здоровья женщин и детей. Основные положения политики в этой области закреплены Указами

Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства РФ. Разработан национальный план действий по улучшению положения женщин и детей (3).

По определению специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Частью общего здоровья является здоровье репродуктивное. Здоровье репродуктивное включает право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового ребенка.

В последнее десятилетие многими авторами отмечается, что в стране большое внимание уделяется перинатальной помощи, проводится реструктуризация учреждений родовспоможения и детства, внедряются современные перинатальные технологии (2, 4, 5).

Наряду с оптимизацией организационной структуры медицинских организаций акушерского профиля, стабилизацией количественного и совершенствования качественного потенциала акушерских и неонатальных кадров, важным аспектом является выработка единого организационного и клинического подхода к пациентам на разных этапах оказания помощи на стыке специальностей.

Ключевыми показателями репродуктивного здоровья являются: материнская смертность и заболеваемость, число небезопасных аборт, частота бесплодия, показатели неонатальной и перинатальной смертности, число преждевременных родов и количество новорожденных с низкой массой тела.

Показатель материнской смертности — не только один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений и эффективности внедрения достижений науки в практику здравоохранения, но и показатель общего здоровья женщины репродуктивного возраста, а также экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов, в комплексе влияющих на него.

Стратегия службы родовспоможения должна строиться на двух принципах: выделение групп высокого риска и обеспечение преемственности в оказании помощи. По мнению экспертов ВОЗ мерами по профилактике и снижению материнской смертности являются: улучшение родовспоможения, повышение квалификации медперсонала, улучшение материально-технической базы родовспомогательных учреждений, службы крови, организация правильной транспортировки беременных, обеспечение средствами коммуникации (4).

Таким образом, беременности, завершившиеся потерей плода или матери, относятся к репродуктивным потерям. Репродуктивные потери рассматриваются многими авторами как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на беременную, плод и новорожденного. Такой комплексный

подход позволяет оценить не только плодовые и материнские потери в целом, но и их структуру, что важно для управления системой материнства и детства, выделения приоритетов, распределения ресурсов и создания организационных моделей, оптимизирующих медицинскую помощь женщинам и детям (6).

С целью профилактики и снижения материнской смертности в субъектах Российской Федерации необходимо внедрение современных организационных технологий, включающих соблюдение этапности, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам на основе организации трехуровневой системы, ведущая роль в которой принадлежит перинатальным центрам (1).

Цель исследования — провести анализ эффективности организационных мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде на основе создания трехуровневой системы.

Задачи:

1. Провести анализ результатов работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов.
2. Оценить эффективность разработанной модели организации медицинской помощи.

Материалы и методы

Анализ эффективности проводился на основе данных Росстата за 2009 – 2013 г.г., оценки годовых отчетов медицинских организаций, в структуре которых организованы межрайонные, городские и областные акушерско-гинекологические подразделения за 2009-2013 г.г.

Результаты и обсуждение

С целью профилактики материнской и младенческой смертности, совершенствования качества и обеспечения доступности медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам в Челябинской области нами была разработана схема маршрутизации женщин в период беременности, родов и послеродовом периоде, на основании которой был подготовлен приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 03.07.2013 № 1030 «Об оказании медицинской помощи в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории Челябинской области».

В соответствии с данным приказом вопросы маршрутизации пациентки решаются врачом акушером-гинекологом, осуществляющим диспансерное наблюдение беременной женщины в зависимости от группы материнского и перинатального риска, определяемого на сроках 10-14, 18-21 и 35-36 недель беременности.

При неосложненном акушерско-гинекологическом анамнезе и физиологическом течении беременности наблюдение беременных осуществляется по месту жительства. На сроке 35-36 недель беременности врачом акушером-гинекологом формируется заключительный клинический диагноз с учетом соматической патологии беременной и перинатальное заключение, содержащее

данные акушерско-гинекологического анамнеза, перинатально значимых факторов риска при вынашивании данной беременности с указанием срока их возникновения и определяется место родоразрешения.

При осложненном течении беременности, при наличии экстрагенитальной патологии или при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе маршрутизация беременных определяется при заполнении первого перинатального заключения (на сроке 10-14 недель беременности) и пересматривается при заполнении второго перинатального заключения (на сроке 18-21 неделя беременности) или по показаниям.

При отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе, соматической патологии или осложненном течении беременности коррекция маршрутизации пациентки осуществляется на заседании районного, городского или областного перинатального консилиума.

Районный, городской или областной перинатальный консилиум в соответствии со схемой прикрепления территорий осуществляет плановый консультативный прием на амбулаторно-поликлиническом этапе у женщин с осложненным течением беременности, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время беременности и на этапе прегравидарной подготовки. На областной перинатальный консилиум женщины направляются только по направлению районного или городского перинатального консилиума в соответствии с показаниями, определенными приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 20 мая 2014 г. № 763 «О совершенствовании работы областного перинатального консилиума».

Оказание помощи беременным, родильницам и роженицам на этапе стационара организовано в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Первый уровень оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам представлен 21 учреждением (подразделением) родовспоможения области, в которых не обеспечено круглосуточное наблюдение врача акушера-гинеколога, с общим коечным фондом 332 койки. Количество родов в данных учреждениях за 2013 год составило 4745 – 10,1% от общего количества родов в Челябинской области.

Вторая группа – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам в акушерских стационарах (родильные дома, родильные отделения, в том числе профилизируемые по видам соматической патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для

новорожденных. К числу этих учреждений относятся 3 межрайонных родильных дома, 3 межрайонных перинатальных центра и 15 учреждений родовспоможения, в том числе два специализированных родильных дома – по патологии сердечно – сосудистой системы и сахарному диабету, общий коечный фонд данных учреждений – 2530 коек, количество родов за 2013 год составило 36340 – 75,1% от общего количества родов в области.

Показаниями к госпитализации в Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №6» являются наличие у беременной заболеваний сердечно – сосудистой системы, не требующих хирургического лечения, в Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 5» – сахарный диабет независимо от тяжести и состояния, в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» – заболевания нервной системы (рассеянный склероз в стадии декомпенсации, нарушения мозгового кровообращения, состояние после ишемических и геморрагических инсультов, сосудистые мальформации, аневризмы сосудов, пороки сердца у беременной после хирургической коррекции, потребность в оказании нейрохирургической помощи, либо состояние после оперативного лечения головного мозга, тромбозы боли и тромбозы при настоящей беременности.

Третья группа А – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр», имеющий в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, акушерский дистанционный консультативный центр, развернут на 200 коек с числом родов 3500 за 2013 год – 7,5% (от общего количества родов по области).

Третья группа Б – Клиника Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно - Уральский государственный медицинский университет», где оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь новорожденным и женщинам в период беременности, родов, послеродовый период, разрабатываются и тиражируются новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществляются мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации. Родильный дом развернут на 120 коек с числом родов 3460 за 2013 год (7,3%) (рис. 1).

Показания для госпитализации в акушерские стационары определены в соответствии с утвержденным порядком оказания акушерско – гинекологической помощи. Показаниями для госпитализации в ГБУЗ «Областной перинатальный центр» являются наличие у беременной несостоятельного рубца на матке, преэклампсии средней и тяжелой степени, а также преждевременные роды на сроках 22 – 32 недели, предлежание плаценты, плацентарная недостаточность 2 – 3 степени, врожденные пороки плода, требующие хирургического лечения, водянка



Рис. 1. Схема трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным и роженицам в Челябинской области

плода, фето – фетальный синдром, тяжелые заболевания печени и почек, прочие состояния, угрожающие жизни женщины, при условии отсутствия противопоказаний для транспортировки.

Показаниями к госпитализации в Клинику «Южно - Уральский государственный медицинский университет» является наличие у беременной тромбозов, тромбозов и тромбофлебитов в анамнезе; заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром; заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени); холестаза, гепатоз беременных; заболевания крови: гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови.

Медицинская помощь беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно - сосудистыми за-

болеваниями, требующими хирургической помощи, оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 09.12.2010 года № 1623 «Об отборе и направлении граждан Челябинской области, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в ФГБУ «ФЦССХ» Минздравсоцразвития России».

В результате проведенной реорганизации акушерско – гинекологической службы в Челябинской области наметилась положительная динамика основных показателей работы службы: показатель материнской смертности снизился за 5 лет на 21,8% с 37,1 на 100 тысяч новорожденных в 2009 году до 8,1 на 100 тысяч новорожденных в 2013 году (рисунок 2).

Показатель младенческой смертности в 2009г. составил 8,4 на 1000 новорожденных, в 2010г. 7,8 на 1000 новорожденных, в 2011г. 7,5 на 1000 новорожденных, в 2012г. - 8,8 (отмеченный рост связан с переходом на новые медицинские критерии рождения, в соответствии с

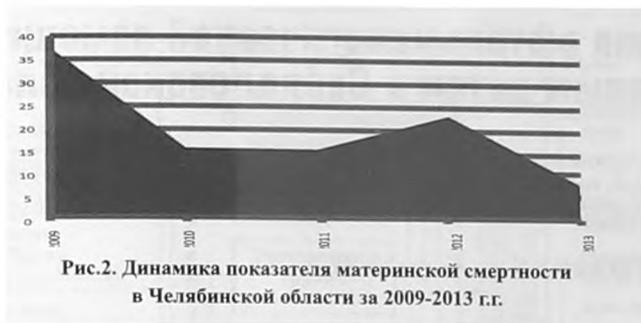


Рис.2. Динамика показателя материнской смертности в Челябинской области за 2009-2013 г.г.

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.01. 2013 года № 7н «О внесении изменений в приложения № 1 и № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи». В 2013г отмечена положительная динамика показателя младенческой смертности – снижение до 8,4 на 1000 новорожденных. За I квартал 2014г. данный показатель составил 6,4.

Заключение

Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности внедрения на региональном уровне трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, что свидетельствует о необходимости продолжения работы

в данном направлении, отработки и усовершенствования организационных документов по маршрутизации беременных, родильниц и рожениц на региональном уровне. ■

Москвичева М.Г., д.м.н., проректор по дополнительному профессиональному образованию и взаимодействию с учебно-производственными базами, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного образования ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск.; Сахарова В.В., к.м.н., заместитель министра здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск; Семенов Ю.А., к.м.н., главный врач ГБУЗ ОПЦ, главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку - Семенов Ю.А., 454091, г. Челябинск, ул. Тимирязева, 17, тел. (351)2633272, e-mail: guzchelopc@mail.ru

Литература:

1. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Оценка эффективности организационной модели акушерской помощи в Российской Федерации / О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Журн. Акушерство, гинекология, репродукция. – 2010. – Том 4. – С. 16-20.
2. Баранов, В.С. Экологические и генетические причины нарушения репродуктивного здоровья / В.С. Баранов, Э.К. Айламазян // Журн. акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LVI, Вып. 1. – С. 4-10.
3. Кулаков, В.И. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации / В.И. Кулаков, О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. – 2004. – ч 2. – С. 3-5.
4. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2002. – ч 2. – С. 4-7.
5. Mantel, G.D. Can a developed country's maternal mortality review be used as the «gold standart» for a developing country? / G.D. Mantel, J. Moodley // Europ. Journ. Of Obst. &Gynec. And Reprod. Biol. – 2002. – Vol. 100. – P. 189-195.
6. Murphy, D.J. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome / D.J. Murphy, P. Charlett // Europ. Journ. Of Obst. & Gynec. And Reprod. Biol. – 2002. – Vol. 102. – P. 173-178.