

Динамика объёма госпитализаций по экстренным показаниям в стационары Российской Федерации и Ставропольского края по отдельным нозологиям в целом совпадает: отмечен значительный рост количества экстренных госпитализаций по поводу острой непроходимости кишечника, острого холецистита и острого панкреатита; значительное снижение числа экстренных госпитализаций по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и менее значительное — по поводу ущемлённой грыжи и острого аппендицита. Это может быть обусловлено улучшением профилактики и лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ущемлённых грыж и других состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.С. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения. — М.: Медицина, 2002. — 424 с.
2. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Клинический менеджмент. — М.: Медицина, 2006. — 304 с.
3. Лукомский Г.И. Синдром абдоминальных болей // Мед. помощь. — 1999. — №6. — С. 21–23.
4. Мартынов А.А., Березаева Е.А. Диагностика и терапия неотложных состояний. — Петрозаводск: Интел-Тек, 2000. — 372 с.
5. Шулуток А.М., Овчинников А.В., Ветшев П.С. «Рабочий диагноз» в трудных хирургических ситуациях. — М.: Медицина, 2003. — 256 с.

УДК 614.2: 618: 616-082.6-083-053.3 (470.41)

Н4

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖРАЙОННОГО ЦЕНТРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Лилия Сайдашовна Аберхаева, Анас Анварович Гильманов*

Казанский государственный медицинский университет

Реферат.

Цель. Оценка эффективности внедрения организационной модели оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым на межрайонном уровне.

Методы. В процессе организационного эксперимента оценивали количественные и качественные показатели службы родовспоможения в районах Закамского региона Республики Татарстан за период 2005–2010 гг. Для оценки медико-социальной эффективности применяли социологический, статистический методы и метод экспертных оценок.

Результаты. Межрайонный центр перинатальной медицины позволяет сконцентрировать в одном месте значительное количество беременных и новорождённых групп «среднего риска» с экономически оправданным кадровым и материально-техническим комплектованием этого центра. Немаловажным показателем медико-социальной эффективности работы центра после модернизации за период 2006–2010 гг. стало статистически достоверное увеличение доли женщин, завершивших беременность родами, с 756 до 972, родами в срок — с 89,3 до 96,4%, уменьшение доли преждевременных родов с 4,7 до 3,2%. Новые медико-организационные технологии, внедрённые в практику центра, позволили уменьшить количество заболевших новорождённых, направленных на второй этап лечения в детскую больницу, за обследуемый период на 15,6%. Доля удовлетворительных оценок организации наблюдения и лечения, данных пациентками Чистопольского межрайонного центра перинатальной медицины, возросла с 68,8 до 87,7%.

Вывод. Реорганизация работы родовспомогательного учреждения по типу межрайонного перинатального центра и внедрение новых технологий способствуют улучшению качественных показателей работы лечебно-профилактического учреждения, а также повышению удовлетворённости пациенток качеством оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, новорождённые, беременные, служба родовспоможения, медико-организационные технологии, качество медицинской помощи.

SCIENTIFIC METHODOLOGICAL JUSTIFICATION OF ORGANIZATION OF AN INTER-DISTRICT CENTER OF PERINATAL MEDICINE

L.S. Aberhaeva, A.A. Gilmanov. Kazan State Medical University. Aim. To evaluate the effectiveness of the implementation of an organizational model of providing medical care for pregnant women, women in labor, new mothers and newborns care at an inter-district level. **Methods.** In the process of an organizational experiment evaluated were the quantitative and qualitative indices of the obstetrical services in the districts of the Zakamskiy region of the Republic of Tatarstan for the period 2005–2010. In order to assess the medical and social effectiveness used were the sociological, statistical methods and the method of expert evaluations. **Results.** The inter-district center of perinatal medicine makes it possible to concentrate in one place a significant number of pregnant women and newborns from a group of «moderate risk», with an economically justified staffing and logistical stocking of this center. An important indicator of the medico-social effectiveness of work of the Centre after the modernization during the period 2006–2010 was a statistically significant increase in the proportion of women who completed pregnancy with childbirth, from 756 to 972, births in due period — from 89.3 to 96.4%, a decrease in the proportion of preterm births from 4.7 to 3.2%. The new medical organizational technologies, which were implemented in the Center, have reduced the number of diseased newborns, which were sent for the second stage of treatment to the Pediatric hospital, to 15.6% during the surveyed period. The proportion of satisfactory evaluations of the organization of observation and treatment, which were given by the female patients of the Chistopol inter-district Center of perinatal medicine, has increased from 68.8 to 87.7%. **Conclusion.** Reorganization of the work of the obstetrical

institutions into the type of an inter-regional perinatal center and the introduction of new technologies contributes to the improvement of qualitative parameters of the work of the prevention and treatment facility, as well as to the increase in patient satisfaction with the quality of care. **Keywords:** medical care, newborns, pregnant women, maternity services, medical and organizational technologies, quality of medical care.

В последние годы усилия Правительства Российской Федерации и Республики Татарстан направлены на реструктуризацию и модернизацию здравоохранения [1, 6, 8]. В Российской Федерации действует трёхуровневая система оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым, предусматривающая функционирование акушерских стационаров трёх уровней, однако не во всех регионах она функционирует эффективно, не все родовспомогательные учреждения полностью соответствуют современным требованиям [3, 4, 7]. Это диктует необходимость внедрения новых эффективных организационно-управленческих и медико-организационных технологий с учётом территориальных особенностей медико-социальной и репродуктивной ситуации [2, 5, 9].

С целью повышения доступности и качества акушерской и перинатальной помощи в Закамском регионе Республики Татарстан была осуществлена реструктуризация и модернизация акушерской службы: приведение её мощности и структуры в соответствие с обоснованной потребностью населения в медицинской помощи; рациональное перепрофилирование коечного фонда и интенсификация работы акушерской койки; реорганизация Чистопольского родильного дома по типу межрайонного родовспомогательного центра. Чистопольский межрайонный центр перинатальной медицины (МЦПМ) оказывает квалифицированную и специализированную медицинскую помощь женщинам с физиологическим течением беременности, с умеренным и средним риском акушерской и перинатальной патологии, а также с угрозой преждевременных родов при сроке гестации более 22 нед из Чистопольского, Алексеевского, Алькеевского, Спаского, Новшешминского районов Закамского региона. Основные задачи МЦПМ: 1) оказание круглосуточной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде с физиологическим течением беременности, а также с низкой и средней степенью риска по перинатальной и материнской заболеваемости и смертности; 2) проведение мероприятий по профилактике, распознаванию и прогнозированию угрожающих новорождённому состояний; 3) оказание комплекса первичной и реанимационной помощи в момент рождения или при остром возникновении неотложных состояний в периоде новорождённости; 4) выхаживание недоношенных детей со стабильными функциями дыхания и кровообращения до их перевода на второй этап выхаживания; 5) своевременное направление и перевод пациенток и новорождённых по показаниям в родовспомогательные учреждения третьего уровня оказания медицинской помощи; 6) внедрение эффектив-

ных лечебно-диагностических мероприятий по рациональному ведению беременности и родоразрешению; 7) организация консультативной и организационно-методической работы, проведение анализа состояния службы родовспоможения в закреплённых районах.

Чистопольский МЦПМ, являясь головным учреждением данной территориальной зоны Закамского региона, имеет соответствующую структуру со своими особенностями, характерными для сельского региона с низкой плотностью населения. МЦПМ позволяет сконцентрировать в одном месте значительное количество беременных и новорождённых групп «среднего риска» с экономически оправданным кадровым и материально-техническим комплектованием этого центра. Организация медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам основана на соблюдении преемственности всех её этапов и обеспечении ответственности всех специалистов, участвующих в ведении женщины: женской консультации, соматического стационара Чистопольской центральной районной больницы, Чистопольского межрайонного родовспомогательного учреждения. Обеспечение преемственности и этапности оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым на обслуживаемой территории основано на чётком распределении учреждений по уровню и диапазону медицинской помощи в соответствии с порядком оказания акушерско-гинекологической помощи, утверждённым приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н. МЦПМ состоит из следующих структурных подразделений: амбулаторно-поликлинический блок (женская консультация); стационарный блок [родильное отделение, операционный блок, послеродовое отделение и палаты совместного пребывания матери и ребёнка, отделение патологии беременности, акушерское наблюдательное отделение (боксовые палаты), гинекологическое отделение, палата интенсивной терапии (3 койки для реанимации и интенсивной терапии новорождённых первого этапа выхаживания)]; административно-служебные помещения, хозяйственные службы, дезинфекционное отделение, пищеблок, служба сбора и утилизации медицинских отходов, прачечная. Изменение структуры МЦПМ привело к увеличению штата, что связано с введением новых структурных подразделений и возрастающей нагрузкой на персонал. Так, дополнительно введён пост акушерки на этапе. До этого беременные в отделении оставались без контроля акушерки, если она уходила принимать роды. Территориально разделили отделение патологии беременных и акушерско-физиологическое отделение. Ввели дополнительный круглосуточ-

ный пост санитарки, чтобы разгрузить в ночные дежурства медицинскую сестру. В результате реорганизации родильного дома на обслуживаемой территории повысился показатель обеспеченности врачами акушерами-гинекологами на 13,9% по сравнению с 2006 г. и составил в 2010 г. 3,6 на 10 тыс. (по Закамскому региону аналогичный показатель составил 2,5 на 10 тыс. постоянной численности женщин). Показатель обеспеченности врачами неонатологами в 2010 г. составил 2,1 на 10 тыс. детского населения, до реорганизации родильного дома специалистов данного профиля не было. Коечный фонд МЦПМ составляют 18 коек для беременных и рожениц (в том числе 5 коек совместного пребывания матери и ребёнка), 17 коек для отделения патологии беременности, 30 гинекологических коек. Анализ эффективности использования коечного фонда за период с 2006 по 2010 гг. (до и после реструктуризации) указывает на тенденции повышения интенсивности его функционирования, например средняя длительность пребывания на акушерской койке снизилась с 6,6 до 5,5 дней за обследуемый период. Снижение продолжительности пребывания в стационаре позволило не только увеличить оборот родильной койки (на 18,2%) и снизить экономические затраты, но и является доказанным эффективным методом профилактики внутрибольничных инфекций. Количество родов, принятых в МЦПМ в 2010 г., выросло по сравнению с 2006 г. на 28,6% (с 756 до 972), доля преждевременных родов снизилась с 4,7 до 3,2%, доля нормальных родов снизилась с 40,8 до 32,2% за счёт увеличения числа беременных группы риска из прикрепленных к МЦПМ районов.

С целью повышения качества акушерской и неонатальной помощи разработаны и внедрены: программа электронного мониторинга беременности у женщин прикрепленной территории, обеспечивающая своевременный перевод пациенток из групп риска в стационар соответствующего уровня; технология этапной специализированной помощи беременным (плодам) групп риска; индивидуальные планы ведения родов; ежедневный мониторинг состояния пациенток; послеродовой патронаж, начиная с первого дня после выписки; современные алгоритмы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, новорожденным; технология обеспечения репродуктивного здоровья женщины; ранняя выписка родильниц из родильного дома и т.д. Новые медико-организационные технологии, внедренные в практику центра, позволили уменьшить количество заболевших новорожденных, направленных на второй этап лечения в детскую больницу, за обследуемый период на 15,6%. На базе Центральной районной больницы организованы круглосуточная реанимационно-анестезиологическая бригада, обслуживающая экстренные вызовы к беременным, и отделение для лечения беременных с экстрагенитальной патологией на сроке до 22 нед. В отличие от

родовспомогательных учреждений первого уровня в МЦПМ организован круглосуточный пост врачей акушеров-гинекологов и неонатологов со специализацией по реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Первичная помощь и реанимация новорожденных работает по единой схеме в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июня 2010 г. №409-н «Об утверждении порядка оказания неонатологической медицинской помощи». Для раннего оказания квалифицированной реанимационной и интенсивной помощи новорожденным организована палата интенсивной терапии для новорожденных (на 3 койки) с возможностью проведения пролонгированной искусственной вентиляции лёгких и интенсивной терапии до 2 сут. Оснащение родильного дома современным оборудованием позволило повысить качество оказания неотложной помощи женщинам и детям раннего возраста, снизить младенческую и перинатальную смертность. Анализ позволяет говорить о благоприятных тенденциях в динамике перинатальной смертности и её составляющих в обследуемых районах Закамского региона. Более низкий уровень перинатальной смертности в 2010 г. по сравнению с 2005 г. достигнут благодаря включению современных методов в систему динамического наблюдения беременных и деятельность акушерского стационара МЦПМ. На обслуживаемой территории для беременных внедрена скрининг-программа 3-кратного ультразвукового исследования. В 2010 г. такое исследование прошли 99,7% женщин, завершивших беременность родами. В Алексеевском районе снижение показателя перинатальной смертности произошло на 57,1% (с 12,6 до 5,4‰), в Алькеевском — на 25,7% (с 14,0 до 10,4‰), в Новошешминском — на 63,8% (с 24,6 до 8,9‰), в Спасском — на 63,8% (с 27,4 до 9,9‰), в Чистопольском — на 73,6% (с 18,6 до 4,9‰). Причём показатели смертности практически во всех обследуемых районах Закамского региона ниже среднереспубликанских, за исключением Алькеевского района, что, вероятно, было обусловлено более низкой обеспеченностью врачами акушерами-гинекологами постоянного женского населения.

С целью коррекции патологических состояний, подготовки к родам, определения метода родоразрешения в центре осуществляют дородовую госпитализацию беременных группы риска в специально развернутое отделение на базе Чистопольской ЦРБ. Немаловажным фактором медико-социальной эффективности работы центра после внедрения медико-организационных технологий стало статистически достоверное увеличение доли женщин, завершивших беременность родами в срок, за период 2006–2010 гг. с 756 (89,3%) до 972 (96,4%). При поступлении каждой женщине составляют индивидуальный план ведения родов. Доля женщин, поступивших под диспансерное наблюдение на сроке до 12 нед, в Закамском регионе за период 2006–2010 гг. увели-

чилась с 81,2 до 94,0%. Данная тенденция отмечена во всех обследуемых районах региона: в Алексеевском — с 78,7 до 98,1%, в Алькеевском — с 89,4 до 99,9%, в Новошешминском — с 81,0 до 91,0%, в Спасском — с 81,5 до 91,6%, в Чистопольском — с 87,5 до 89,0%. Показательно, что за обследуемый период в этих районах произошло увеличение доли женщин, осмотренных терапевтом на сроке до 12 нед беременности: в Алькеевском — с 98,4 до 100%, в Спасском — с 86,1 до 90,0%, в Чистопольском — с 96,95 до 100%, в Алексеевском — с 76,6 до 97,6%, в Новошешминском — с 86,7 до 88,9%. Послеродовой патронаж каждой выписанной родильницы или гинекологической больной проводится уже на следующий день. Это позволило снизить смертность и заболеваемость на дому среди женщин. На основании результатов интегрированной оценки и мониторинга качества оказания медицинской помощи в 2008–2010 гг. можно говорить об улучшении результатов экспертизы: число случаев некачественного сбора анамнеза сократилось с 22 до 12%, неполной оценки факторов риска акушерской патологии — с 28 до 14%, удлинения сроков амбулаторного наблюдения — с 10 до 8%, недостаточно качественного ведения документации — с 34 до 24%.

Результаты анкетирования врачебного персонала и пациенток по вопросам организации деятельности данного родовспомогательного учреждения за 2008–2010 гг. демонстрируют положительные тенденции. Доля удовлетворительных оценок пациентками организации наблюдения и лечения в Чистопольском МЦПМ возросла с 68,8 до 87,7%. Большинство (91,7%) опрошенных врачей считают, что реструктуризация чистопольского родильного дома привела к повышению результативности работы учреждений службы родовспоможения в районах Закамского региона. Значительно возросла доля респондентов, считающих, что новые медико-организационные и управленческие технологии способствовали улучшению показателей работы как самого центра, так и их непосредственной

работы (с 44,7 до 87,5%).

Таким образом, результаты организационного эксперимента по созданию родовспомогательного учреждения нового типа показали, что в настоящее время организация межрайонного центра перинатальной медицины при существующей кадровой и материально-технической обеспеченности позволяет динамично повышать показатели здоровья населения и качество оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбиков Д.Р., Баклаенко Н.Г., Шаранова О.В. О деятельности учреждения родовспоможения в современных условиях // *Здравоохранение*. — 2010. — №10. — С. 25–36.
2. Варпанетова Н.В., Швабский О.Р. Внедрение новых перинатальных технологий в практику учреждений родовспоможения // *Здравоохранение*. — 2011. — №7. — С.17–21.
3. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Оценка эффективности организационной модели акушерской помощи в Российской Федерации // *Акуш., гинек., репрод.* — 2010. — Т. 4, №2. — С. 16–20.
4. Комличенко Э.В., Петрова Н.Г. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. — СПб.: СПбГУПС. — 2010. — 150 с.
5. Кузнецова Т.В., Склад М.С., Суханова Л.П. Медико-организационные факторы в обеспечении репродуктивного процесса в России // *Проблемы репродукции*. 2008. Специальный выпуск. Технологии XXI века в гинекологии. — М., 2008. — С. 22–23.
6. Склад М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. — М.: ЦНИИОИЗ, 2008. — 192 с.
7. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // *Современ. мед. технол.* — 2009. — №2. — С. 11–16.
8. Филиппов О.С., Гусева Е.В., Тютюник И.Ф. Состояние и перспективы развития службы родовспоможения в Российской Федерации // *Росс. вест. акуш.-гинек.* — 2010. — №2. — С. 4–6.
9. Яковлева Т.В., Сорокина З.Х. Проблемы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации // *Обществен. здоров. и здравоохран.* — 2011. — №2. — С. 14–19.