

Гусарова Г.И., Антимонова М.Ю., Павлов В.В., Вдовенко С.А., Цуркан С.В.

Инновационные профилактические технологии в акушерско-гинекологической службе Самарской области

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области

Система здравоохранения Самарской области находится на переднем крае реформирования отрасли. Выбор управленческих технологий осуществляется на прочной теоретической базе, с учетом рационального использования ресурсов (1, 8). Внедрение принципов управления качеством медицинской помощи через новации является основой дальнейшего развития самарского здравоохранения (2).

Доминирующее влияние образа жизни человека на формирование уровня его здоровья с одной стороны, определенная исчерпанность резервов и возможностей чисто лечебной, госпитальной медицины в сохранении общественного здоровья с другой стороны, определяют необходимость совершенствования профилактического направления работы в системе здравоохранения (6,9). Важным компонентом такой работы является профилактика патологии репродуктивной патологии у женщин, поскольку здоровье женщин определяет реалии и перспективы общества в аспекте демографического развития (3,5,7).

Профилактика всегда была приоритетным направлением отечественной медицины. Еще в XIX веке Н.И. Пирогов писал: «Будущее принадлежит медицине предупредительной». Глобальная цель проводимой работы – сделать профилактическое направление не просто лозунгом, очередной кампанией, а приоритетным направлением работы акушерско-гинекологической службы области.

Совместно с учеными Самарского государственного медицинского университета, специалистами министерства здравоохранения и социального развития определена концепция развития профилактики и охраны женского здоровья, разработана методология с позиций холистического подхода, определены практические технологии (4). Организационная модель профилактики репродуктивной патологии у женщин построена с учетом приоритетности оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, основана на принципах междисциплинарного взаимодействия и межведомственного сотрудничества.

Технология первая: Создание кабинетов

профилактической работы в женских консультациях.

Особого внимания заслуживает такая инновационная форма работы, как кабинет профилактической работы в женской консультации. В 2001 г. было принято принципиальное решение о создании новых структурных подразделений (приказ Департамента здравоохранения Администрации Самарской области от 25.09.2001 г. №306). Их создание преследовало две цели: объединение усилий специалистов по профилактике гестационных осложнений, гинекологической и онкологической патологии, а также финансирование данного раздела работы в рамках программы обязательного медицинского страхования. Создание этих кабинетов стало организационной технологией, разработанной и внедренной в Самарской области впервые в России.

Какие же задачи решаются специалистами кабинета профилактической работы? В первую очередь, поводится работа по догестационной подготовке супружеской пары, включающая в себя деконтаминацию, проспективное медико-генетическое консультирование, планирование зачатия и периконцепционную профилактику. В период беременности большое значение имеет проведение семейно-ориентированной подготовки к родам. После родов в кабинете подбираются эффективные средства предохранения, чтобы выдержать необходимый интергенетический интервал и подготовиться к следующей беременности. Особым направлением является работа с семейными парами с нарушенной репродуктивной функцией – создание регистра и диспансерное наблюдение. Решение поставленных задач осуществляется при тесном сотрудничестве со специалистами общей лечебной сети и службой социальной поддержки семьи. Отражением междисциплинарного взаимодействия в вопросах охраны здоровья семьи является увеличение доли пациентов, направленных в кабинет профилактической работы врачами общей практики с 8% – в 2001 году до 23% – в 2005 году.

Профилактические кабинеты созданы путем слияния существовавших кабинетов планирования семьи и позитивного матери-

нства, в ряде учреждений они выполняют функции специализированных приемов по бесплодию и невынашиванию беременности. На базе кабинетов работают школы здоровья и школы обучения пациентов. К работе привлекаются специалисты различных профилей: онкологи, терапевты, эндокринологи и др. Разработаны протоколы ведения женщины в кабинете профилактической работы и протокол догестационной подготовки, специально для работающей в кабинете акушерки.

В настоящее время в области работают 74 кабинета, 3/4 работающих в них – акушерки. Ежегодно профилактические кабинеты области посещает более 200000 пациентов, больше половины посещений – по контрацепции, 5–7% – догестационная подготовка, по 10% составляют беременные женщины и женщины с гинекологической патологией.

Особенно наглядно результативность работы можно продемонстрировать на примере женской консультации городской поликлиники №1 г. Самара: охват догестационной подготовкой вырос до 51%, частота экстрагенитальной патологии у беременных снизилась на 15%, распространенность гестозов – в 1,8 раза, частота регистрации ВПР у плода – с 50 до 19 на 1000, перинатальная смертность составила 1,8‰, младенческая – 3,5‰.

Перенос центра тяжести в работе с диспансерными больными с участка в специальные школы привел к ряду позитивных перемен. Диспансерная группа больных с бесплодием выросла в 14,8 раза, с привычной потерей беременности – в 12,8 раз. Одновременно в 1,5 раза сократилась длительность обследования данной категории пациентов, на 56% сократилось число госпитализаций беременных с привычным невынашиванием. Как итог, 19% супружеских пар получили беременность, в группе с привычным невынашиванием все беременности завершились родами.

В результате реализации данного направления в целом по области удалось достичь охвата догестационной подготовкой 37,1% беременных. Впервые в последние 2 года отмечено повышение уровня здоровья беременных (снижение частоты экстрагени-

тальных заболеваний на 5,8%). Как следствие, снизилась смертность новорожденных от врожденных пороков развития (с 8 до 6 на 10000 родившихся – на 25%), внутриутробных инфекций (с 16 до 14 на 10000 – на 12,5%). В итоге перинатальная смертность с 10,3 в 2000 г. достигла значения 6,6% (9 месяцев 2006 г.).

Технология вторая: медико-социальное сопровождение семьи

В Самарской области осуществляется комплексный межведомственный подход к реализации семейной политики. Медико-социальное сопровождение семьи реализуют учреждения службы семьи, в том числе 48 территориальных центров, открыты 4 социальные гостиницы для женщин с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, реадaptационный стационар для женщин и детей, подвергшихся насилию. Деятельность центров строится по принципу социальной поликлиники. Взаимодействие разных ветвей единой системы охраны семьи осуществляется на основании нормативных актов регионального уровня. Отработаны алгоритмы взаимодействия специалистов медицинского и медико-социального сопровождения семей с детьми, женщин и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию или социально-опасное положение. Осуществляются социальные патронажи. Вместе со службой семьи комплексно решаются вопросы профилактической работы с семьями социального риска, в том числе и вопросы социального сиротства.

Технология третья: Самостоятельное ведение беременных акушеркой

В течение 2005–2006 годов в Самарской области успешно развивается новое направление дородового наблюдения – самостоятельный прием беременных акушеркой. Новая форма работы внедрена в Новокуйбышевской центральной городской больнице и городской поликлинике №1 Промышленного района г. Самары. За прошедший период 375 беременных женщин, не имеющих тяжелой соматической и гинекологической патологии, поступили под наблюдение акушерок, имеющих большой практический опыт и хорошую теоретическую подготовку. В настоящее время у 95% женщин беременность закончилась рождением в срок здоровых детей. Удельный вес оперативных родов у беременных данной группы в 3 раза ниже, чем в общей популяции области. Проведенное анкетирование показало высокую удовлетворенность пациенток и их родственников качеством работы акушерок, в том числе особый психологический комфорт при общении с медицинским ра-

ботником. Снизилась нагрузка на врача на приеме, что позволяет акушеру-гинекологу уделять больше внимания пациенткам с осложненным течением беременности.

Утверждено информационное письмо по ведению беременных акушерками самостоятельного приема.

Технология четвертая: Семейно-ориентированные технологии

1. Институт врача общей практики

В регионе успешно развивается принципиально новая система организации первичной медико-санитарной помощи, ориентированная на действительный приоритет ее профилактической направленности на уровне семьи, институт врача общей практики. В настоящее время в области работает около 600 специалистов. В целях повышения качества и обеспечения доступности медицинской помощи для жителей сельской местности за счет реализации целевой программы «Мероприятия по развитию скорой и неотложной медицинской помощи населению в сельских районах Самарской области на 2006–2010 годы) в структуре этапности появилось новое звено – отделения врача общей практики (офисы) центральной районной больницы. К концу 2007 г. в сельских районах области будет построено и оснащено медицинским оборудованием 154 офиса. Учитывая важную роль врача общей практики в оказании медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным, проводится тематическое обучение специалистов на кафедрах акушерства и гинекологии Самарского государственного медицинского университета. Разработаны и внедрены методические руководства, регламентирующие работу врача общей практики по программе ведения беременных женщин в системе единых региональных стандартов, а также позволяющие решать задачи по охране репродуктивного здоровья семьи. Заслуживает особого внимания подходы к оценке деятельности врача общей практики. Размер ежемесячного материального поощрения (доплата) напрямую зависит от качества проводимой профилактической работы с женским населением: распространенности абортов, полноты и своевременности обследования беременных, уровня здоровья детей первого года жизни, удельного веса случаев запущенных форм рака визуальной локализации. Таким образом, врач общей практики экономически заинтересован проводить профилактическую работу на популяционном уровне – среди всего закрепленного населения.

2. Внедрение принципов эффективной перинатальной помощи

В основе – отказ от неэффективных технологий, от рутинного применения лекарственных средств.

В регионе разрабатываются следующие формы нормативных документов: медико-экономические критерии, формуляр, технологические протоколы, региональные требования.

Эффективность внедрения клинических протоколов демонстрируется позитивной динамикой ряда важнейших показателей деятельности акушерско-гинекологической службы:

– Протокол ведения переносимой беременности – увеличение частоты родов через естественные родовые пути с 53 до 81%, снижение частоты экстренных кесаревых сечений с 89 до 43%;

– Протокол по акушерским кровотечениям – снизилось число родов с кровотечениями на 25%, с массивным кровотечением – в 2 раза (частота кровотечений в последовом и послеродовом периоде в Самарской области – 8,31 на 1000 родов, в РФ – 15,68);

– Протокол ведения беременных с гестозом – уменьшение частоты тяжелых форм в 3,2 раза (Самарская область – 0,93 на 1000 родов, РФ – 38,1);

– Протоколы по ведению женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и с кровотечениями в перименопаузе позволили снизить уровень госпитализации в круглосуточный стационар, соответственно, в 1,4 и 8,7 раза, а также в 2 раза – долю экстренной госпитализации с указанными нозологическими формами;

– Применение сурфактанта с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных в родильных отделениях позволило снизить смертность от этого заболевания с 13 до 4 на 10 000 детей.

– Развитие принципов движения «Больница доброжелательного отношения к ребенку» (БДОР)

– Совместное пребывание матери и новорожденного достигло 91% (2001 г. – 11%), партнерские роды – 22,7% от общего числа родов (2001 г. – 0,1 %). 94,2 % детей выписываются из родильного отделения на исключительно грудном вскармливании (2001 г. – 67 %). Начата подготовка к аттестации женских консультаций на присвоение статуса «БДОР».

Технология пятая: Информационное сопровождение

С 2005 года в области внедрена программа «Мониторинг репродуктивного здоровья населения», позволяющая проводить

многомерный анализ состояния здоровья беременных женщин и значимость влияния тех или иных причин на исход беременности и родов. Реализуется возможность проводить оперативную оценку качества медицинской помощи и реально управлять ситуацией.

Эффективность реализации разработанных профилактических организационных технологий подвергается постоянной комплексной оценке (по модели конечных результатов) как в ходе ежегодного анализа параметров годовых статистических показателей, так и при проведении аудита.

Реформирование системы здравоохранения, внедрение инновационных технологий позволяют решать основные проблемы повышения социальной защищенности граждан, обеспечения государственных га-

рантий. Только здоровое население способно активно работать, создавая национальное богатство, только здоровое поколение будет уверенно смотреть в будущее.

Литература

1. Виттих В.А. Гусарова Г.И. Кузнецов С.И. и др. Сетевая мультиагентная модель для поддержки процессов принятия решений в управлении здравоохранением региона// Врач и информационные технологии. – 2004. – №11. – С. 28–33.
2. Гусарова Г.И., Павлов В.В., Кузнецов С.И. Значение новаций в развитии здравоохранения Самарского региона. Материалы XXV межрегионального съезда врачей. – Самара-Тольятти, 2005. – С. 4–5.
3. Кулаков В.И. Роль охраны репродуктивного здоровья населения России в решении демографических проблем//Врач. – 2006 – № 9. – С. 3–4.
4. Линева О.И., Павлов В.В. Женщина: Акушерские и гинекологические проблемы. – Самара: «Перспектива», 1998. – 416с.
5. Серов В.Н. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада X, 2001. – 568с.
6. Стародубов В.И., Сковердяк Л.А., Соболева Н.П.. Проблемы нормативного обеспечения медицинской профилактики//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – №5. – С.4–23.
7. Суханова Л.П. Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период.– М.: «Канон+», 2006. – 272 с.
8. Хуторской М.А. Актуальные проблемы управления муниципальным здравоохранением. – Тольятти, 2001. – 310 с.
9. Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Меры по профилактике и снижению числа абортот и материнской смертности в Российской Федерации// Здравоохранение. – 2004. – №7. – С. 13–24.