

Акушерско-гинекологическая помощь в крупном промышленном городе: взаимодействие науки и практики

Т. А. Обоскалова

Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга

Резюме

В крупном промышленном городе Екатеринбурге внедрена комплексная система охраны репродуктивного здоровья населения, объединившая под эгидой муниципального органа управления здравоохранением ряд лечебно-профилактических учреждений, взаимодействующих с научными и образовательными учреждениями и экспертными структурами.

Рациональная организация оказания акушерско-гинекологической помощи населению привела к достоверному улучшению ключевых показателей репродуктивного здоровья: материнской, перинатальной и младенческой смертности, снижению уровня абортот. В практику здравоохранения города внедрены современные методы консервативного и оперативного лечения акушерской и гинекологической патологии.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, профилактика, смертность, аборты, гинекологические операции

Введение

Экономическая и социально-политическая ситуация последних десятилетий привели к ухудшению уровня жизни населения, а также негативно повлияли на функционирование такого важного социального института, как здравоохранение [1, 6]. Наряду с охраной общего здоровья населения, весьма актуальными являются вопросы профилактики, охраны и восстановления репродуктивного здоровья людей [2, 3, 4]. В крупных городах ситуация усугубляется пагубным влиянием экологических воздействий и социальных пороков. Требуется рациональное использование имеющихся материальных и кадровых ресурсов, планирование перспективного развития отрасли, внедрение научных достижений, мониторинг происходящих процессов и прогнозирование будущих [5, 8, 9].

Образовательные и научно-исследовательские медицинские учреждения активно участвуют в разработке и реализации национальных и региональных проектов в области охраны репродуктивного здоровья, таких как «Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на 2001-2005 гг.», федеральные программы «Дети России», «Безопасное материнство», «Планирование семьи», Программа губернатора Свердловской области «Мать и дитя», а также в крупнейшем за пос-

ледние годы государственным начинании в этой области — в национальном проекте «Здравоохранение» [7, 8, 9].

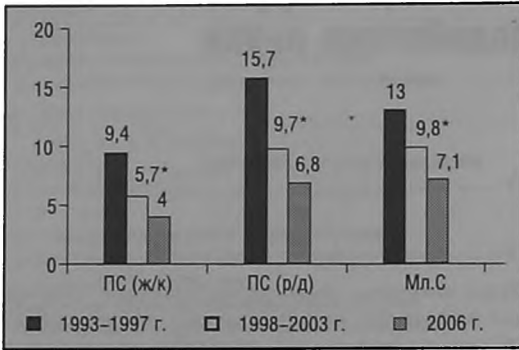
В течение последнего десятилетия наметились положительные тенденции в показателях деятельности акушерско-гинекологической службы города, но внедрение современных лечебно-диагностических технологий и методических разработок для обеспечения дальнейших позитивных изменений в репродуктивном здоровье населения остается актуальным [4, 7, 8].

Целью данного исследования явилось изучение влияния научных разработок кафедры акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии (УГМА) в практику акушерско-гинекологической службы города на основании анализа динамики ключевых показателей репродуктивного здоровья, таких, как материнская (МС) и перинатальная смертность (ПС), частота прерывания незапланируемой беременности, использование современных методов контрацепции.

До 1995 г. целостной системы охраны репродуктивного здоровья в Екатеринбурге не существовало. Система помощи по планированию семьи и контрацепции только начала формироваться. Но родильные дома уже работали по принципу индивидуальных родовых палат и совместного пребывания матери и ребенка. Эффективные методы диагностики фето-плацентарного комплекса применялись ограниченно. Частота кесарева сечения составляла за 1992-

Обоскалова Татьяна Анатольевна — гл. акушер-гинеколог Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга, д. м. н.

Рисунок 1. Динамика перинатальной и младенческой смертности в Екатеринбурге, 1993–2003 гг. и 2006 г., %



Примечание. * — $p < 0,05$.

1993 г. $10,1 \pm 0,8\%$. Показатель мертворождаемости в Екатеринбурге ($9,4 \pm 0,49\%$) был выше, чем в Российской Федерации ($7,8 \pm 0,1\%$, $p < 0,01$). Высокий процент экстрагенитальных заболеваний, приведших к интранатальной гибели плодов, свидетельствовал о неправильном планировании родоразрешения этих беременных. Причины ранней неонатальной смертности объединяли факторы, представляющие значимость и для антенатальной и для интранатальной мертворождаемости: плацентарную недостаточность, ante-, intra- или постнатальное инфицирование, пороки развития, острую гипоксию, перенесенную в родах вследствие патологии плаценты, аномалий родовой деятельности, ятрогенных воздействий. Показатель ранней неонатальной смертности (РНС) в Екатеринбурге составлял $7,7 \pm 0,4\%$, в Москве $8,1 \pm 0,4\%$ ($p > 0,05$), в Российской Федерации $9,3 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$). Высокий показатель интранатальных потерь и наличие родовой травмы в структуре причин ранней неонатальной смертности указывал на то, что тактика родоразрешения при акушерской патологии не всегда была верной, но какие именно факторы следует считать неблагоприятными и как часто они встречались, не исследовалось.

Материнская смертность (МС), являясь интегральным показателем качества медицинской и социальной помощи женщинам на определенной административной территории, в начале 90-х годов XX века имела тенденцию к возрастанию, что было весьма тревожным явлением.

Екатеринбург не отличался от других территорий России в отношении населения и медицинских работников к проблеме аборт и профилактики нежелательной беременности. Среди причин материнской смертности в 1993–1995 гг. аборты составили 17,6%. До 1995 г. из методов контрацепции преимущественно применялись только три — внутриматочные средства (ВМС),

комбинированные оральные контрацептивы (КОК), презервативы. Их использовали 235,6 из 1000 женщин фертильного возраста (ж.ф.в.). Из них подавляющее большинство — 73,0% — использовали внутриматочную контрацепцию и только 27,0% — оральные контрацептивы.

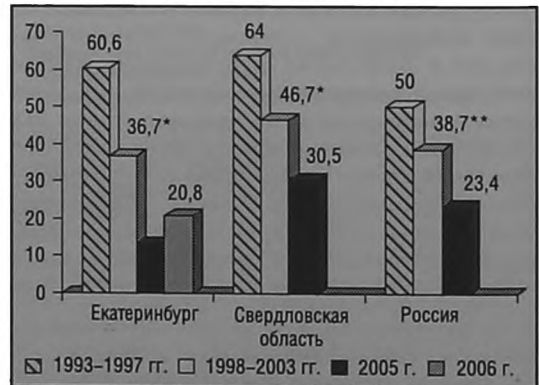
Таким образом, к началу последнего пятилетия XX века в Екатеринбурге были получены определенные положительные сдвиги в сфере охраны репродуктивного здоровья, однако, эти результаты не соответствовали реальным возможностям научного и кадрового потенциала акушерско-гинекологической службы полуторамиллионного города. Поэтому назрела необходимость изменения существующего положения дел путем совершенствования организации медицинской помощи женщинам, базисом которой явились данные научных исследований и методические разработки образовательных и научно-исследовательских учреждений города.

Для более рационального использования акушерской койки и повышения экономической эффективности службы была проведена реорганизация коечного фонда и материальной базы. Закрыты маломощные родильные дома, располагавшиеся в ветхих зданиях, проведено укрупнение женских консультаций.

В связи с недостаточной оснащенностью территориальных женских консультаций современными средствами функциональной и лабораторной диагностики представлялось целесообразным выделить беременных в группу высокого риска и ее концентрация в высококвалифицированном лечебном учреждении при наличии в нем оборудования и кадров, способных оказать медицинскую помощь любой сложности.

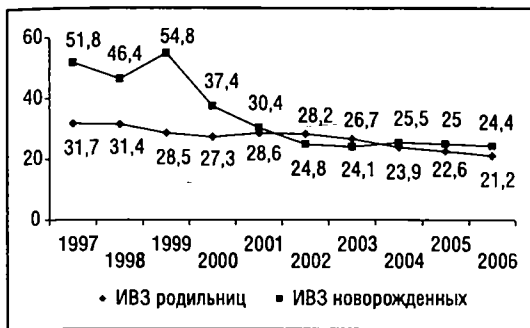
Инфекционно-воспалительная заболеваемость родильниц и новорожденных, в том числе внутрибольничная, оставалась на достаточ-

Рисунок 2. Материнская смертность в Екатеринбурге и Российской Федерации, 1993–2003 гг. и в 2006 г.



Примечание. * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,0005$.

Рисунок 3. Инфекционно-воспалительная заболеваемость родильниц и новорожденных в Екатеринбурге



но высоком уровне. Был необходим мониторинг эпидемической ситуации в роддомах с целью предотвращения вспышечной заболеваемости. Актуальной оказалась проблема дифференциальной диагностики госпитальной и внутриутробной инфекции, что требовало организации обследования беременных на факторы, способствующие внутриутробному инфицированию плода, и обеспечения микробиологического мониторинга среды родильных домов. Необходимы были принципиально единые мероприятия по осуществлению противэпидемического режима, но требовалась детальная проработка их реализации на каждом рабочем месте.

На основании анализа показателей репродуктивного здоровья в крупном промышленном центре в середине 90-х годов XX века приоритетами в дальнейшей деятельности акушерско-гинекологической службы определены следующие направления:

- 1) планирование беременности;
- 2) сортировка беременных по степени риска возникновения перинатальной патологии;
- 3) разработка диагностических и тактических алгоритмов с акцентом на выявление и лечение у беременных инфекций половых путей и внутриутробных инфекций, плацентарной недостаточности, аномалий развития плода (АРП);
- 4) своевременная элиминация плодов с пороками развития, несовместимыми с жизнью;
- 5) оптимальное по срокам и методам родоразрешение;
- 6) рациональная реанимация и интенсивная терапия новорожденных;
- 7) реабилитация в раннем возрасте. Реализация этих перспективных задач была возможна лишь при условии объединения усилий многих лечебно-профилактических и научных учреждений, что предполагало создание комплексной системы медицинской помощи семье в целом и женщинам в частности, то есть системы охраны репродуктивного здоровья (СОРЗ)

с организационно-методическим центром в Управлении здравоохранения города.

Созданная модель организации помощи по охране репродуктивного здоровья в крупном промышленном городе, основывается на принципе обеспечения прямых и обратных функциональных связей между руководящими органами и всеми звеньями системы, а также горизонтальных взаимоотношений между ними.

С начала функционирования СОРЗ произошло достоверное снижение перинатальной смертности (ПС) у женщин, наблюдавшихся в ж/к с $9,4 \pm 0,8\%$ в 1993-1997 гг. до $4,0\%$ в 2006 г., и, в целом, среди родивших на территории, с $15,7 \pm 1,3\%$ до $6,8\%$ в 2006 г., что положительно отразилось на показателе младенческой смертности, который снизился соответственно с $13,0 \pm 1,1\%$ до $7,1\%$ (рис. 1). Снижение перинатальной смертности достигнуто сокращением числа недоношенных, особенно маловесных, предупреждением рождения детей с АРП, предотвращением родовых травм.

На фоне действующей системы перинатальных технологий удалось добиться снижения частоты невынашивания беременности с $7,4 \pm 0,08\%$ до $5,9 \pm 0,5\%$ ($p < 0,005$) и преждевременных родов с $4,3 \pm 0,3\%$ до $3,4 \pm 0,2\%$ ($p < 0,001$) по данным женских консультаций с $7,8 \pm 0,3\%$ до $6,4 \pm 0,2\%$ ($p < 0,005$) по данным родильных домов. Стратегия профилактики и лечения невынашивания беременности строится на 3-х принципах:

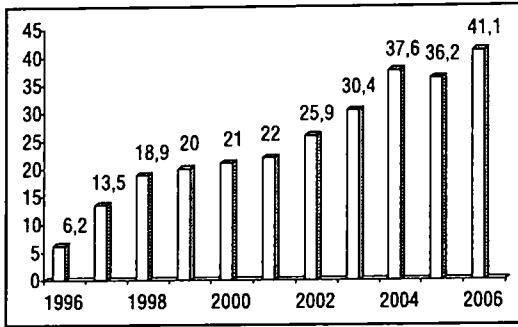
- 1) прерывание беременности на ранних стадиях гестации при выявлении патологии плодного яйца, длительном кровотечении;
- 2) прерывание беременности по медицинским показаниям при тяжелой экстрагенитальной патологии, раннем гестозе, неэффективной коррекции истмико-цервикальной недостаточности до 22-27 недель;
- 3) максимальное пролонгирование беременности в сроках свыше 28 недель до состояния жизнеспособного плода.

Медицинским фактором, способствующим снижению ПС, является рациональное родо-

Рисунок 4. Аборты на 1000 ж.ф.в. г. Екатеринбург



Рисунок 5. Лапароскопические вмешательства в гинекологических отделениях Екатеринбургского (% от всех операций на половых органах)



разрешение, в частности своевременное выполнение операции кесарева сечения. Возрастное оперативное родоразрешение с 12,2% в 1993 г. до 21,0% в 2006 г. положительно повлияло на ПС как доношенных, так и недоношенных новорожденных. Преимущественно это коснулось такой патологии, как тазовые предлежания, многоплодие, макросомия плода, аномалии родовой деятельности.

Важным звеном в предотвращении ПС является профилактика инфекционного фактора. Инфекционно-воспалительная заболеваемость (ИВЗ) новорожденных достоверно снизилась с 54,8% в 1995 г. до 23,0% в 2006 г. (рис. 3.). Произошло изменение ее структуры: при неизменной доле внутриутробного инфицирования (ВУИ), сократилась, благодаря технологиям работы родоводов, доля кишечных инфекций и генерализованных форм, что крайне важно для профилактики ПС.

Использованные организационные и лечебные технологии повлияли на структуру ПС: со стороны матери сократилась доля гестоза, преждевременных родов, инфекций различных локализаций у матери, аномалий родовой деятельности. Среди плодовых причин исчезли родовые травмы, сократился синдром дыхательных расстройств и гипоксия, но возросла доля АРП.

В целом, снижение перинатальной смертности было достигнуто тем, что в лечебные учреждения была внедрена единая стратегия и тактика предотвращения ПС:

1) прегравидарная подготовка в виде санации очагов инфекции, коррекции фолликулярной и лютеиновой недостаточности;

2) 1-2 триместр: коррекция гормональных, иммунных, органических факторов невынашивания беременности, ликвидация дефицита железа, йода, магния, диагностика АРП, прерывание беременности, имеющей неблагоприятный прогноз;

3) 3 триместр: лабораторная и аппаратная оценка ФПК;

4) родоразрешение: на стадии жизнеспособного плода, мониторинг функции фето-плацентарного комплекса в родах, своевременное кесарево сечение;

5) профилактика ИВЗ.

Материнская смертность — 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 женщин репродуктивного возраста, а также экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов, в комплексе влияющих на него.

Осуществленные мероприятия привели к достоверному снижению показателя у жительниц города с $60,6 \pm 16,9$ на 100 тыс. родившихся живыми в 1993-1997 гг. до $36,8 \pm 5,3$ в 1998-2003 г., а с учетом всех иногородних пациентов с $80,3 \pm 10,2$ до $55,3 \pm 12,5$ на 100 тыс., в 2006 г. показатель составил 20,8 на 100 тыс. (рис. 2.).

Снижение материнской смертности обусловлено минимизацией акушерских причин, актуальность проблемы поддерживается экстрагенитальной патологией и абортми. Сократилась значимость таких факторов риска, как тяжелый гестоз, отслойка плаценты, но появились социальные болезни и связанная с ними крайне тяжелая патология. Стратегическими и тактическими задачами для профилактики МС являются:

1) прегравидарная подготовка: планирование беременности, санация очагов инфекции, выявление и коррекция экстрагенитальной патологии;

2) 1-2-триместр: диагностика и лечение гестоза и ФПН, выявление и коррекция ЭГП, прерывание малоперспективной или «опасной» беременности;

3) 3 триместр: родоразрешение на стадии компенсированного состояния матери, независимо от вида патологии на фоне адекватной анестезии и реанимации;

4) после родов или абортов — радикальное удаление очага инфекции.

Снижение частоты абортов необходимо не только для влияния на показатель МС, но и для сохранения репродуктивной функции женщин. Анализ абортов в период 1993-1997 гг. показал, что, несмотря на некоторое снижение, был велик не только их уровень ($74,3 \pm 8,0\%$), но неблагоприятна и возрастная структура со значительной частотой прерывания беременности у подростков. В структуре материнской смертности наряду с внебольничными вмешательствами были летальные исходы после артифициальных

абортов. Проведенная работа, направленная на обучение врачей и среднего персонала, привела к снижению всех видов абортов в 2006 г. до 35,4%, а у подростков до 19 лет снижение произошло с $67,5 \pm 5,2$ в 1993–1997 гг. до 21,7% в 2006 г. (рис. 4.). Положительная динамика частоты абортов обеспечена внедрением рациональной, индивидуализированной контрацепции. Выбор контрацепции крайне важен, так как только широкое использование гормональных методов наиболее эффективно способствует снижению показателя. Использование гормональной оральной контрацепции увеличивается у молодых женщин. Обучение методам контрацепции кафедра осуществляет с 1993 г., ежегодно проводя, в том числе, семинар по отработке мануального навыка для выполнения добровольной хирургической стерилизации.

Основополагающими моментами для снижения частоты абортов явились:

- 1) мотивация населения на использование эффективной контрацепции;
- 2) обучение медицинских работников современным контрацептивным технологиям;
- 3) индивидуальный подбор контрацепции;
- 4) мотивация женщин на отказ от аборта в пользу родов;
- 5) обеспечение безопасности аборта.

Важным фактором сохранения репродуктивного здоровья является рационализация использования инвазивных, в том числе, хирургических методов лечения гинекологической патологии. В гинекологических отделениях города осуществляется активная хирургическая деятельность: ежегодно выполняется свыше 20 тысяч вмешательств на органах малого таза.

Операций, исключая аборт, в 2006 г. сделано 10619 (40,4%) от всех больных, ежегодно наблюдается увеличение их числа, так в 2001 г. было выполнено только 7048 операций. Но число «истинных» операций (без абортов и лечебно-диагностических выскабливаний эндометрия) имеет тенденцию к снижению, что указывает на расширение консервативных методов лечения больных, а значит и формирование органосберегающих направлений в гинекологии. Операции на брюшной полости в 2005 г. составили 4196 (98,2%) от «истинных» операций. В то же время, стало больше выполняться традиционных лапаротомий: в 2006 г. 2212 (60,2%) от операций на брюшной полости, в 1999 г. 1901 (57,4%), но абсолютное число операций с удалением органов сократилось с 1897 в 2000 г. до 1445 в 2006 г. Для радикальных операций чаще стал использоваться влагалитный доступ. В 1998 г. сделано всего 22 операции, в 2000 г. — 38 (0,9%), в 2006 г. 123 (2,1%). Расширение этой технологии требует только соответствующего мануального навыка без до-

полнительного оборудования. Но эти операции также легче переносятся больными.

Количество органосохраняющих операций при лапаротомиях сократилось за 5 лет в 2 раза с 1073 (33,4%) в 2000 г. до 511 (25,5%) в 2006 г.

Прогрессивно развиваются эндоскопические методы диагностики и лечения. Органосохраняющие операции в настоящее время преимущественно выполняются лапароскопическим путем. Лапароскопий в 2005 г. сделано 1722, что составило 36,6% от операций на брюшной полости, в 2006 г. — 41,1%, в 1996 г. было выполнено только 352 операции — 6,4%.

Гистероскопия стала рутинным методом диагностики внутриматочной патологии. Внедрение внутриматочной хирургии также способствует поддержанию органосохраняющих тенденций. Наряду с электрическим воздействием на эндометрий, внедрена баллонная термическая абляция.

Следовательно, структура хирургической деятельности гинекологических отделений улучшается, она получает истинно лечебную направленность. Гинекологи все больше начинают выполнять благородную миссию лечения больных, а не делать калечащие женщины аборт, что и отражается в увеличении процента хирургической активности. Сформировалось четкое понимание необходимости органосберегающей тактики.

Таким образом, идею сохранения репродуктивного потенциала женщины, красной нитью проходившую в трудах кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии во времена руководства ею профессора И. И. Бенедиктова, продолжают его ученики и последователи. Современные медицинские технологии придали новое звучание и результативность традиционным тактическим подходам в лечении акушерской и гинекологической патологии.

Рациональная организация службы охраны репродуктивного здоровья, дополненная современными научными достижениями в области акушерства и гинекологии, реаниматологии, неонатологии, позволила достоверно позитивно повлиять на основные параметры оценки деятельности службы и положить основу улучшения демографической ситуации на территории крупного промышленного города.

Литература

1. Виенонен М. Реформы здравоохранения в Европе: как они повлияли на охрану репродуктивного здоровья? План семьи 2000; 1: 2-3.
2. Гаврилова Л. В. Состояние и проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. Здравоохранение 2000; 6:17-29.

Полный список литературы см. на сайте www.urtm.ru