

## **РОЛЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АНАЛИЗА АКУШЕРСКО–ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ**

**И.А. Наумов, В.С. Новицкая**

Гродненский государственный медицинский университет

**Введение.** В современных условиях проблема снижения перинатальной смертности (далее – ПС) является социально важной [5, 12, 13]. Наметившийся рост рождаемости и снижение ПС пока не привели к стабилизации сложившейся медико–демографической ситуации [7, 8]. В связи с этим, в условиях низкой рождаемости и высокой заболеваемости беременных дальнейшее улучшение показателей деятельности акушерско–гинекологической службы (далее – АГС) возможно лишь путем внедрения современных и эффективных перинатальных технологий ее анализа с последующей разработкой мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи [1, 4].

Как известно, оценка технологии здравоохранения основывается на изучении конечных результатов, полученных при применении исследуемых методик в медицинской практике [6].

Поскольку конечными критериями эффективности медицинских, организационных и информационных технологий в АГС являются такие социально значимые показатели, как уровни материнских, перинатальных и репродуктивных потерь [2], то и методы их оценки должны носить комплексный медико–социальный характер [9, 10, 11, 14].

**Цель исследования:** оценить эффективность деятельности АГС на основе новой методики анализа ПС.

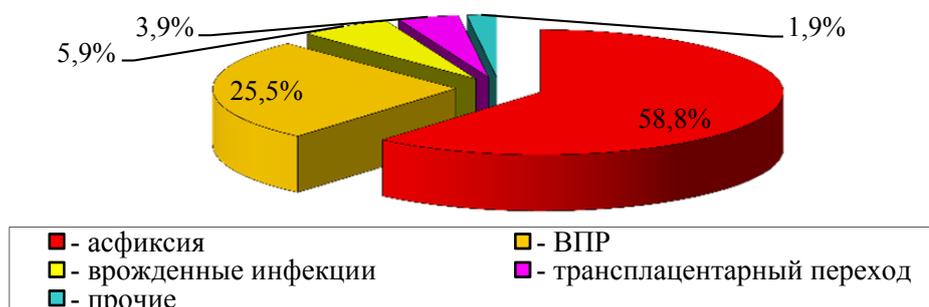
**Материал и методы.** Для оценки уровня и структуры перинатальных потерь разработана и применена Методика анализа ПС, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь [3], основанная на статистическом эталоне Всемирной организации здравоохранения и учитывающая анамнестические и социально-демографические факторы (всего – 215 параметров).

Использование в рамках методики форм государственной статистической отчетности и разработанных стандартизированных и формализованных Карт экспертной оценки и организационного алгоритма позволило с применением информационных технологий комплексно изучить каждый из 759 случаев ПС в Гродненской области в 1999–2008 гг., оценить динамику показателя и его составляющих, провести анализ структуры причин ПС на административных территориях, определить объемы и качество медицинского наблюдения за пациентками на прегравидарном этапе, во время беременности, в родах и послеродовом периоде с выявлением отрицательных отклонений по каждому случаю перинатальных потерь с формулированием общих недостатков в деятельности учреждений АГС. анализа случаев ПС.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что в 2004–2008 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием уровень ПС в области значительно – на 42,3% – уменьшился ( $p < 0,05$ ). К 2008 г. сократилась разница показателей ПС между городскими и сельскими поселениями до 0,1%, что свидетельствует о повышении качества медицинской помощи сельским жительницам. В 2008 г. достигнут минимальный уровень показателя ПС за десятилетие, составивший 4,1%, который был значительно ниже среднереспубликанского (5,0%) ( $p < 0,05$ ).

В 2004–2008 гг. в сравнении с 1999–2003 гг. изменилась структура ПС (рисунок 1): ведущее место заняла асфиксия плода на почве нарушения маточно-плацентарно-пуповинного кровообращения –  $52,16 \pm 14,37\%$ . Второе рейтинговое место принадлежало ВПР у плодов, доля которых составила  $26,90 \pm 4,32\%$ . На третьем месте оказались внутриутробные инфекции –  $7,80 \pm 2,13\%$ . Синдром дыхательных расстройств занял четвертое рейтинговое место –  $4,64 \pm 2,67\%$ .

В 2004–2008 гг. зарегистрировано значительное снижение смертности от синдрома дыхательных расстройств ( $p < 0,05$ ), а в 2008 г. таких случаев не было.



**Рисунок 1 – Структура ПС в 2008 г.**

В 2004–2008 гг. зарегистрировано значительное снижение смертности от синдрома дыхательных расстройств ( $p < 0,05$ ), а в 2008 г. таких случаев не было. Изменение структуры ПС связано с уменьшением доли патологических изменений воспалительного характера в плаценте и пуповине со  $100,0 \pm 0,0\%$  в 1999–2003 гг. до  $46,41 \pm 2,87\%$  в 2004–2008 гг. ( $p < 0,05$ ), являвшихся следствием ассоциированного (одновременного или последовательного) инфицирования различными возбудителями в разные сроки гестации ( $r = 0,8479$ ). Это привело к уменьшению среднегодового числа случаев (на 16) мертворождений и ранней неонатальной смертности. В результате совершенствования системы организации прегравидарного оздоровления, в том числе медико-генетической помощи на прегравидарном этапе и во время беременности, возросла эффективность пренатальной диагностики: в 2004–2008 гг. в сроке до 22 недель беременности выявлялись до 90% летальных и сублетальных ВПР, а после 22 недель – не более 10% (таблица).

**Таблица 1 – Выявляемость ВПР в Гродненской области в 1999–2008 гг. (в % к общему числу)**

Показатели	M±m		p
	1999–2003 гг.	2004–2008 гг.	
Ежегодно выявленных ВПР	$84,23 \pm 4,45$	$69,57 \pm 4,42$	$< 0,05$
Ежегодно выявленных ВПР после 22 недель беременности	$14,36 \pm 2,34$	$7,27 \pm 1,32$	$< 0,05$

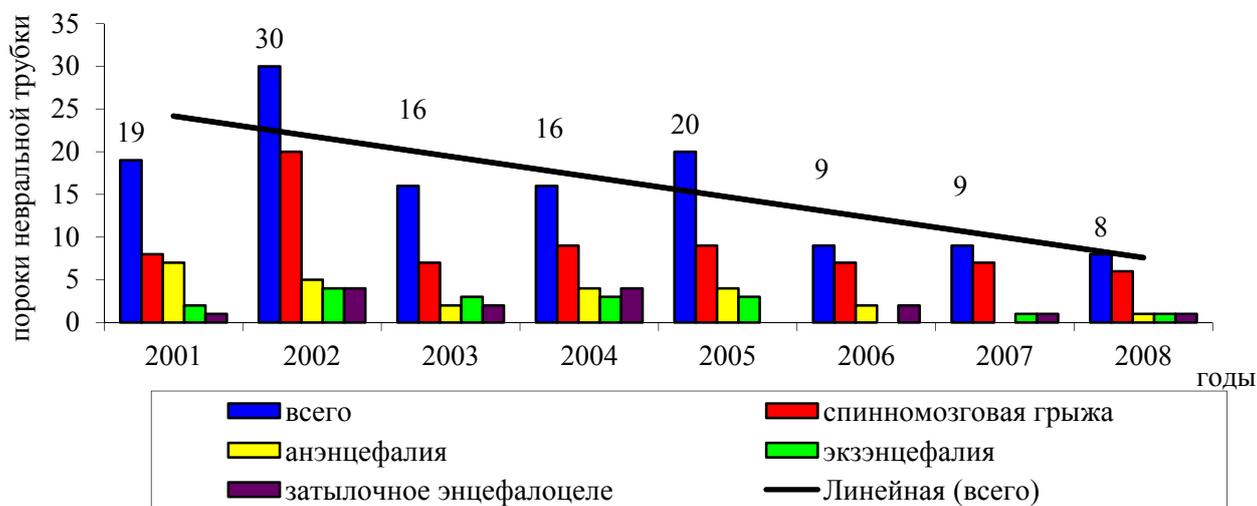
Установлено, что, несмотря на сохраняющийся в течение десятилетия удельный вес прерываний по медико-генетическим показаниям в структуре закончивших беременность (0,4–0,7%), в период 2004–2008 гг. доля женщин группы «резерва родов», которым беременность была прервана в сроке 12–22 недели по медико-генетическим показаниям, сократилась в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Выявлена прямая отрицательная корреляционная связь охвата прегравидарной подготовкой пациенток и частоты дефектов нервной трубки у плодов и новорожденных ( $r = -0,9512$ ) (рисунок 2).



**Рисунок 2 – Динамика охвата прегравидарной подготовкой (%) и частоты дефектов нервной трубки (%) (плоды+новорожденные) в 1999–2008 гг.**

Кроме того, была зарегистрирована четкая динамика уменьшения случаев выявления ВПР нервной трубки в сроках более 12 недель беременности, что дополнительно свидетельствует о повышении качества медицинской помощи пациенткам (рисунок 3).



**Рисунок 3 – Дефекты нервной трубки, выявленные пренатально в 2001–2008 гг., в сроках беременности более 12 недель**

Это, в свою очередь, привело к достоверному ( $p < 0,05$ ) уменьшению доли ВПР нервной трубки в структуре ПС в 2004–2008 гг. в сравнении с 1999–2003 гг., которые в 2008 г. заняли последнее рейтинговое место, а их удельный вес составил 6,3% (рисунок 4).

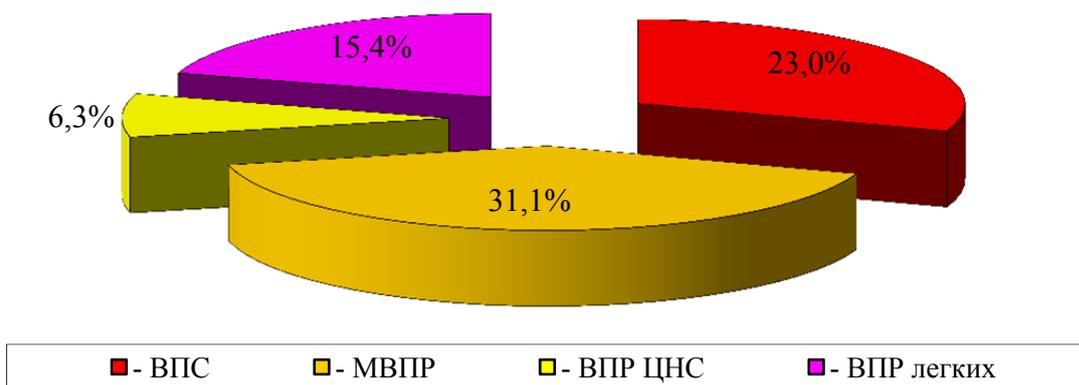


Рисунок 4 – Структура ПС от ВПР в Гродненской области в 2008 г.

Эффективность проведенных мероприятий по прегравидарному оздоровлению выразилась также в уменьшении ПС от ВПР (рисунок 5). В связи с высоким охватом пациенток прегравидарной подготовкой дальнейшее снижение ПС от ВПР возможно при совершенствовании методов пренатальной диагностики.

Установлено, что госпитализация пациенток в значительном большинстве случаев (94,0%) осуществлялась в соответствии с клиническими показаниями в разноуровневые перинатальные центры (далее – ПЦ), что оказало положительное влияние на снижение уровня ПС ( $r=-0,7322$ ).

Качество медицинской помощи в полном объеме обеспечивалось в Гродненском областном клиническом перинатальном центре (далее – ГОКПЦ) при развитой материально-технической базе и высокой технической оснащенности отделений. На этом уровне зарегистрирована и минимальная степень отклонения показателей, составлявших комплексную оценку деятельности учреждений АГС.

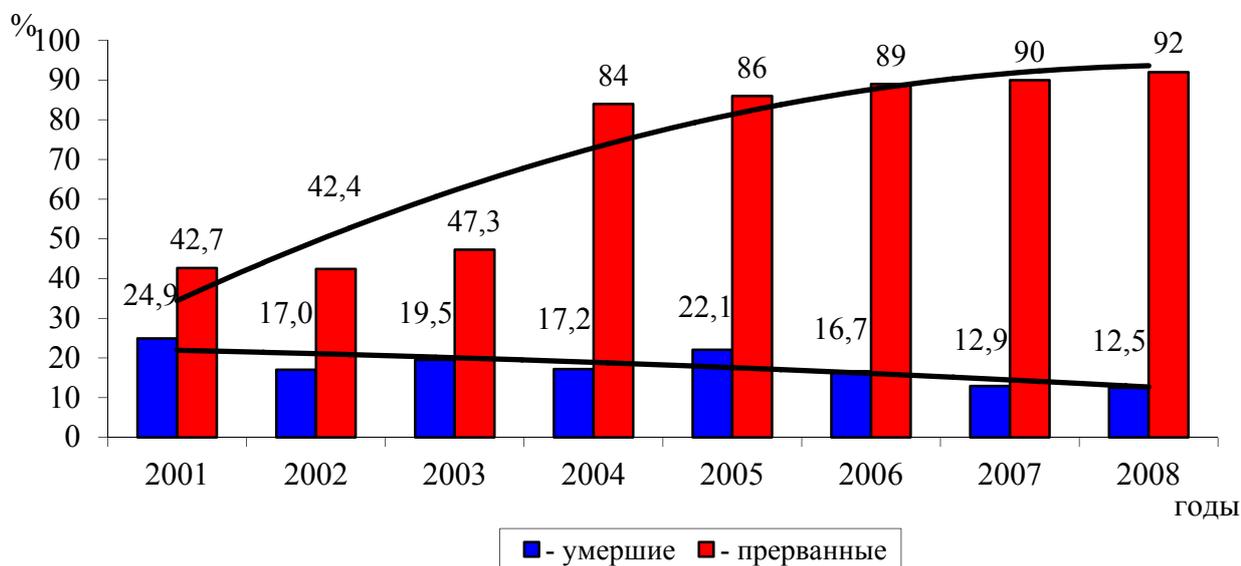


Рисунок 5 – Дородовая элиминация и летальность от ВПР ( $r=-0,6551$ )

При изучении преемственности и взаимодействия ГОКПЦ с нижестоящими ПЦ установлено, что в 2004–2008 гг. его врачи регулярно выезжали в районы области для оказания плановой и экстренной лечебно-консультативной помощи: осуществлено 1057 выездов, консультированы  $14,34 \pm 0,58\%$  пациенток к общему количеству родов в ПЦ I и II уровня. По результатам консультаций 156 пациенток госпитализированы в ГОКПЦ. Среди транспортированных 73,0% составили беременные, 27,0% – роженицы. Показатель ПС в регионе находился в обратной зависимости от консультативной активности ГОКПЦ: установлено наличие обратной корреляционной взаимосвя-

зи между удельным весом консультаций в ПЦ I и II уровней и показателем мертворождаемости ( $r=-0,6666$ ), а также показателем ранней неонатальной смертности ( $r=-0,6982$ ).

Установлено также, что деятельность ГОКПЦ оказала влияние на снижение показателя ПС за счет повышения качества медицинской помощи при беременности и в родах как в самой организации здравоохранения, так и в ПЦ I и II уровня. Так, за период 2004—2008 гг. в ГОКПЦ показатель ранней неонатальной смертности уменьшился почти в 3 раза: с 4,6‰ до 1,6‰ ( $p<0,05$ ), показатель заболеваемости новорожденных уменьшился в 3 раза – с 750‰ до 224‰ ( $p<0,05$ ).

Кроме того, уменьшение уровня перинатальных потерь было обусловлено активным применением разработанных и внедренных методик лечения вагинитов и дисбиотических состояний у беременных на разных уровнях оказания перинатальной помощи ( $r=0,8347$ ), методов антенатальной охраны плода ( $r=0,7749$ ), рациональной медикаментозной терапии беременных, родильниц и новорожденных, в том числе, проведением профилактики развития синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном ( $r=0,7129$ ), а также активным использованием искусственного сурфактанта (куросурфа) для его лечения ( $r=0,6837$ ).

**Выводы.** Таким образом, на основе разработанной методики анализа ПС показано, что мероприятия по совершенствованию оказания акушерско–гинекологической имеют высокую медико–социальную эффективность.

Дальнейшее снижение ПС от ВПР возможно при совершенствовании методов пренатальной диагностики.

### Литература

1. Анализ медико–экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий / С.Ф. Багненко [и др.]. – Эконом. здравоохран. – 2002. – №4. – С. 12–14.
2. Занько, С.Н. Экономический ущерб репродуктивных потерь / С.Н. Занько, С.Д. Шилова // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы Респ. научно–практич. конф., Минск, 28 июня 2007 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. обществ. объединение организаторов здравоохранения; БелМАПО; редкол.: В.И. Жарко [и др.]. – Минск, 2007. – С. 192–195.
3. Лискович, В.А. Методика анализа перинатальной смертности / В.А. Лискович, И.А. Наумов, Е.М. Тищенко // Совр. методы д–ки, леч–я и проф–ки: сб–к инст.–мет. док. – Минск: ГУ «РНМБ», 2009. – Вып. 10. – Т. 6. – С. 25–54.
4. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: монография / под ред. А.Н. Кошинца, В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 328 с.
5. Пересада, О.А. Направления улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности в Республике Беларусь / О.А. Пересада // «Здоровье населения – основа благополучия страны»: материалы V Респ. Съезда организаторов здравоохранения РБ, Минск, 11 – 12 мая 2006 г. / Министерство здравоохранения РБ, Белор. Ассоциация социал–гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. Совет: В.П. Руденко [и др.]. – Минск, 2006. – С. 15–18.
6. Плиш, А.В. Медико–экономическая модель управления ресурсосберегающими технологиями в здравоохранении / А.В. Плиш, В.С. Глушанко / под ред. д.м.н., проф. В.С.Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2005. – 324 с.
7. Полоник, И.С. Здоровье человека – наивысшая социально–экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики / И.С. Полоник // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 2. – С. 11–15.
8. Станишевская, Л.С. Теоретические основы демографической безопасности / Л.С. Станишевская // Белор. экономика: анализ, прогноз, регулирование. – 2005. – № 5. – С. 36–42.
9. Holt, J. Perinatal deaths in Norwegian county 1986–96 classified by the Nordic–Baltic perinatal classification: Geographical contrasts as a basis for quality assessment / J. Holt // Act. Obstet. Gynecol. Scand. – 2000. – Vol. 79. – P. 107–112.
10. Johansen, K.S. Quality development in perinatal care – the OBSQID project. OB Stetrical Quality Indicators and Data / K.S. Johansen, M. Hod // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 1999. – Vol. 64, №2. – P. 167–72.
11. Mogilevkina, I. Using the Nordic–Baltic perinatal death classification to assess perinatal care in Ukraine / I. Mogilevkina // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2002. – Vol. 100, №2. – P. 152–157.
12. Richardus, J.H. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons / J.H. Richardus // Med. Care. – 1998. – Vol. 36, №1. – P. 54–56.
13. Zhyłka, N. The state of reproductive health in Ukraine / N. Zhyłka, T. Irkina, V. Steshenko – Kiev: Ministry of Public Health, National Academy of Science, Institute of Economy (in Ukrainian), 2001. – P. 68.
14. Winbo, I.G. NICE, a new cause of death classification for stillbirths and neonatal deaths. Neonatal and Intrauterine Death Classification according to Etiology / I.G. Winbo // Int. J. Epidemiol. – 1998. – Vol. 27, №3. – P. 499–504.