

ISSN 2077-6594

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

2-3(22-23)/2012



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

<i>Наумов І.А., Тищенко Е.М., Новицкая В.С.</i> Новая методика оценки эффективности организации перинатальной помощи	107	<i>Шіфріс І.М.</i> Визначення факторів, що впливають на коморбідність пацієнтів, які отримують лікування замісною нирковою терапією: особливості назального носійства умовно-патогенних мікроорганізмів у гемодіалізних пацієнтів	132
<i>Лобас В.М., Вовк С.М., Кравець О.А.</i> Організація підготовки керівників охорони здоров'я в умовах реформування галузі	112	<i>Чепелевська Л.А., Любінець О.В., Орда О.М., Риков С.О.</i> Регіональна диференціація смертності населення України за типом поселення, статтю та причинами смерті.	139
<i>Кризина Н.П., Слабкий В.Г., Пархоменко Г.Я.</i> Стан та перспективи модернізації мережі закладів охорони здоров'я України.	115	<i>Жилка Н.Я., Чепурнова Н.В.</i> Проблеми дискордантних пар у середовищі високих темпів поширення ВІЛ-інфекції.	145
<i>Риков С.О., Медведовська Н.В., Троянов Д.П.</i> Сучасний стан та динаміка поширеності глаукоми серед дорослого населення України	119	<i>Збітнева С.В.</i> Захворюваність населення України на специфічні хвороби органа зору та очний травматизм.	153
<i>Ринда Ф.П., Ситенко О.Р., Аксенова В.І., Смірнова Т.М., Олексієнко О.В.</i> Реалізація глобальної стратегії зменшення споживання алкоголю ВООЗ в Україні	122	<i>Белікова І.В.</i> Сучасні підходи до інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я	160
<i>Фуртак І.І., Бурий І.В., Гавчак І.Ю., Гринаш В.М.</i> Управління антикризовими заходами в системі охорони здоров'я України.	128	<i>Рутівський Я.А., Качмарська М.О.</i> Метаболічний синдром, цукровий діабет: епідеміологія і наслідки для здоров'я.	163
№3			
<i>Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Журавель В.І., Ткачук Т.Ю.</i> Актуальні напрями вдосконалення законодавства про охорону здоров'я	168	<i>Семенів І.П., Котуза А.С., Строкань А.М.</i> Алгоритм впровадження системи менеджменту якості в медичних організаціях на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000	196
<i>Лехан В.М., Максименко О.П., Венгер Н.О.</i> Порівняльна оцінка задоволеності керівників системи охорони здоров'я і випускників вищих медичних навчальних закладів I–II рівня акредитації якістю практичної підготовки молодих спеціалістів – акушерок та фельдшерів.	171	<i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О.</i> Регіональна група високого ризику інфікування ВІЛ у Закарпатті – заробітчани.	201
<i>Слабкий Г.О., Яценко Ю.Б., Яценко Л.В., Кнут Р.П., Знаменська М.А.</i> Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування	176	<i>Пірникоза А.В.</i> Методологічний підхід до вивчення летальності внаслідок екстреної патології на основі дизайну «випадок – контроль» зі змінними серіями	206
<i>Диденко Л.О.</i> Фактори якості і доступності медичної допомоги сільському населенню	182	<i>Ринда Ф.П., Григоренко А.А.</i> Нагальні питання формування здорового способу життя в Україні	213
		<i>Сміянов В.А., Костенко А.М.</i> Оцінка якості медичної допомоги населенню Сумської області	218

8639

И.А. Наумов, Е.М. Тищенко, В.С. Новицкая (Гродно, Республика Беларусь)

НОВАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

На основе данных государственной статистической отчетности и разработанных карт экспертной оценки (215 параметров) создана соответствующая статистическому эталону Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) методика анализа перинатальной смертности (ПС), с применением которой изучена медико-социальная эффективность перинатальной помощи в Гродненской области в 2004–2008 гг. Показано, что медико-организационные мероприятия, внедренные в деятельность акушерско-гинекологической службы (АГС), имеют высокую степень эффективности: показатель ПС уменьшился более чем в 2 раза и составил 4,1‰; в структуре ПС доля врожденных пороков развития (ВПР) нервной трубки уменьшилась до 6,3% – последнее рейтинговое место.

Ключевые слова: перинатальная помощь, акушерско-гинекологическая служба, медико-организационные мероприятия, Гродно.

Перинатальная смертность (ПС) – один из важнейших медико-демографических показателей, наиболее объективно отражающих состояние здоровья населения страны и уровень развития здравоохранения [2;9].

Несмотря на снижение ПС вследствие развития технологий выхаживания новорожденных, среди основных причин смерти сохраняется классическая триада: недоношенность, врожденные пороки развития, гипоксически-травматические энцефалопатии [1].

Практически в 80% случаев беременность сопровождаются различными видами патологии: анемия, хронический пиелонефрит, сердечно-сосудистые заболевания. За последнее десятилетие число родов, осложненных указанными заболеваниями, возросло в 2–3 раза. Текущая ситуация и прогнозы специалистов не дают оснований ожидать в ближайшей перспективе улучшения здоровья беременных женщин и новорожденных [3]. По данным профилактических осмотров, заболеваемость девушек-подростков за последние 20 лет увеличилась более чем вдвое. Частота гинекологических заболеваний у них составляет 10–12%, а у женщин фертильного возраста она повышается до 40–60% [4;7].

Современное состояние и тенденции в заболеваемости женщин и новорожденных порождают замкнутый цикл: больной плод – больной ребенок – больной подросток – больные родители. Продолжительность этого цикла составляет 20–25 лет, и с каждым

новым циклом патологическая поражаемость плодов и новорожденных возрастает [10].

Принимая во внимание сложную социально-экономическую ситуацию, особого внимания заслуживает сбор более детальной информации с целью понимания текущей ситуации и разработки адекватных программ для решения насущных проблем в сфере репродуктивного здоровья (РЗ) и дальнейшего снижения ПС. К сожалению, официальная статистика, как на международном, так и на национальном уровнях, предоставляет только обобщенную информацию, что не позволяет проанализировать взаимосвязь между показателями РЗ и факторами, определяющими эти показатели, что является необходимым для принятия правильных организационных решений для совершенствования деятельности АГС [11].

Несмотря на достаточно большое количество классификаций причин ПС, ни одна из них не может считаться комплексной, так как не охватывает прегравидарный этап оказания акушерско-гинекологической помощи не учитывает анамнестические и социально-демографические факторы, существенно влияющие на исход беременности и родов [8].

В связи с этим проблема создания новой методики комплексного анализа ПС с охватом прегравидарного этапа оказания акушерско-гинекологической помощи и учитывающей анамнестические и социально-демографические факторы является актуальной. Кроме того, внедрение методики будет соответствовать стати-

стическому эталону ВОЗ, согласно которому, информация о новорожденном должна сопровождаться детальным перинатальным анализом [6].

Цель работы — создать методику комплексного анализа ПС для оценки эффективности организационно-управленческих мер по ее снижению.

Материалы и методы

Для разработки методики анализа ПС использованы следующие материалы:

- формы государственной статистической отчетности 1-помощь беременным «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и 1-дети «Отчет о медицинской помощи детям», утвержденные Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 г. № 382;
- амбулаторная карта больной; индивидуальная карта беременной и родильницы; история родов; история развития новорожденного (история болезни стационарного больного) — в случае ранней неонатальной смертности;
- протокол разбора случая ПС в организации здравоохранения (ОЗ);
- рецензия сотрудника кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии (на случай ранней неонатальной смертности);
- протокол патолого-анатомического вскрытия;
- решение клинико-анатомической конференции по разбору случая ПС;
- копия приказа главного врача ОЗ (при его издании);
- разработанная нами форма анкеты на умершего (мертворожденного) ребенка [4].

Методика анализа ПС основана на статистическом эталоне ВОЗ и учитывает анамнестические и социально-демографические факторы.

С использованием разработанной методики и информационных технологий комплексно изучены 759 случаев ПС в Гродненской области в 1999–2008 гг.; оценена динамика показателя и его составляющих; проанализирована структура причин ПС на административных территориях; определены 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. Статистическая обработка проведена с применением пакета статистических программ Statistika 6.0.

На основе комплексного анализа всех этапов оказания медицинской помощи и выявленных отрицательных отклонений разработаны и приняты организационно-управленческие решения, направленные на

дальнейшее снижение уровня ПС, а также выработаны научно-обоснованные мероприятия по управлению службой охраны материнства и детства.

Результаты исследования и их обсуждение

Методика проведения анализа ПС апробирована в 1998–2008 гг. в управлении здравоохранения Гродненского облисполкома и включает следующие этапы.

1. Все случаи ПС подлежат патолого-анатомическому исследованию. В течение 10 дней патолого-анатомической службой выдается в ОЗ оформленная документация.

2. В территориальных ОЗ в течение 20 дней с момента возникновения случая ПС проводится разбор каждого случая на всех этапах оказания медицинской помощи беременной, роженице, родильнице и ребенку.

В областном перинатальном центре под руководством главного специалиста управлений здравоохранения облисполкома проводятся клинико-анатомические конференции по разбору всех случаев ПС. По результатам разбора оформляется решение (заключение), формулировку которого предлагает председатель конференции, его заместитель или один из сопредседателей. Решение клинико-анатомической конференции подписывается председателем конференции, патологоанатомом и секретарем.

В решении клинико-анатомической конференции отражаются:

- краткий клинико-анатомический эпикриз;
- ОЗ, в которой наступил случай ПС, и причина наступления тяжелого состояния (естественное течение заболевания, позднее обращение за медицинской помощью, запоздалое оказание медицинской помощи, запоздалая диагностика, неправильный диагноз, неадекватное (неправильное) лечение, отказ в госпитализации, объективные трудности диагностики и др.);
- в случаях расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов указывается его категория (I, II или III) и причина (недообследование, трудность диагностики, неправильное оформление, редкость патологии, кратковременность пребывания в стационаре, тяжесть состояния больного и др.); в случаях совпадения диагнозов — своевременность установления клинического диагноза;
- основные отрицательные отклонения в наблюдении, обследовании и лечении ребенка (матери), а также дефекты ведения медицинской документации;
- рекомендации и выводы по разбираемому случаю.

Решение клинико-анатомической конференции по разбору случаев ПС в 7-дневный срок высылается в адрес главного врача каждой ОЗ, в которой оказывалась медицинская помощь беременной, роженице,

родильниці і ребенку для сведения і прийняття управлінського рішення. Один екземпляр рішення конференції передається в патолого-анатомічне бюро (відділення) і зберігається в протоколі патолого-анатомічного вскрыття.

По результатам проведених розборів кожного випадку ПС в територіальній ОЗ з урахування рішення клініко-анатомічної конференції заповнюються розроблені нами Карти експертної оцінки випадку ПС (включають 215 оцінюваних параметрів) [4].

3. Не пізніше 20-денного строку з моменту виникнення випадку ПС в організаційно-методичне відділення обласного перинатального центру передається наступна медична документація: амбулаторна карта пацієнтки; індивідуальна карта вагітної і родильниці, історія родов, карта стаціонарного хворого (в разі ранньої неонатальної смертності); протокол розбору випадку ПС в кожній ОЗ, в якій надавалася медична допомога вагітній, рожениці, родильниці і новонародженому; протокол патолого-анатомічного вскрыття; рішення клініко-анатомічної конференції по розбору випадку ПС; копія наказу головного лікаря ОЗ (при його наявності); Карта експертної оцінки випадку ПС.

4. Отриману документацію співробітники організаційно-методичного відділення передають для рецензування на кафедри акушерства, гінекології і педіатрії медичного університету. В випадках ПС від вроджених пороків розвитку (ВПР) рецензування також здійснюється співробітниками відділення медико-генетичного консультування.

Рецензування повинно бути завершено в термін 7 днів з моменту отримання. Рецензія включає: аналіз медичної документації; обсяг і якість лікування; недоліки в спостереженні і лікуванні; оцінку якості розбору випадку в ОЗ (лікувально-контрольної комісії, клініко-анатомічна конференція, анкета і т.д.); висновки і пропозиції.

5. По завершенні рецензування вся вищезгадана медична документація надходить в організаційно-методичне відділення обласного перинатального центру, співробітниками якого проводиться комплексний аналіз ПС в регіоні, складається комп'ютерна база даних на всі випадки ПС і щомісячно з наростаючим підсумком визначається рівень показателя в територіальних ОЗ. При цьому аналізується динаміка показателя ПС і його складових; структура причин; обсяг і якість медичного спостереження на преекстремальному етапі, в час вагітності, в родах і післяродовому періоді з виявленням негативних відхилень в спостереженні і лікуванні по кожному випадку; аналіз соціально-демографічних характеристик родильниць і матерів, у яких зареєстровані випадки ПС; аналіз якості розбору кожного випадку ПС в ОЗ з виявленням негативних

відхилень по кожному випадку; формуються висновки і пропозиції.

6. Комплексний аналіз ПС щомісячно (в строк до 25 числа місяця, наступного за звітним) передається в управління здоров'я обласного виконавчого комітету з метою подальшого прийняття управлінських рішень по удосконаленню існуючої в регіоні системи перинатального спостереження.

З використанням розробленої методики аналізу ПС нами оцінена медико-соціальна ефективність заходів по удосконаленню діяльності АГС в Гродненській області в 2004–2008 гг.

Встановлено, що в 2004–2008 гг. в порівнянні з попереднім п'ятиліттям рівень ПС в області значно – на 42,3% – знизився ($p < 0,05$). К 2008 г. зменшилася різниця показників ПС між міськими і сільськими населеними пунктами до 0,1%, що свідчить про підвищення якості медичної допомоги сільським жителям. В 2008 г. досягнуто мінімальний рівень показателя ПС за десятиліття, становивший 4,1%, який був значно нижче середньореспубліканського (5,0%), ($p < 0,05$).

В 2004–2008 гг. в порівнянні з 1999–2003 гг. змінилася структура ПС: провідне місце зайняла асфіксія плода на початку порушення маточно-плацентарно-пуповинного кровообігу – $52,16 \pm 14,37\%$. Друге рейтингове місце зайняли ВПР у плодів – $26,90 \pm 4,32\%$. На третьому місці опинилися внутрішньоматочні інфекції – $7,80 \pm 2,13\%$. Синдром дихальних розладів займає четверте рейтингове місце – $4,64 \pm 2,67\%$.

В 2004–2008 гг. зареєстровано значне зменшення смертності від синдрому дихальних розладів ($p < 0,05$), а в 2008 г. таких випадків не було.

Зміна структури ПС пов'язана з зменшенням частоти патологічних змін запального характеру в плаценті і пуповині со $100,0 \pm 0,0\%$ в 1999–2003 гг. до $46,41 \pm 2,87\%$ в 2004–2008 гг. ($p < 0,05$), являючись наслідком асоційованого (одночасного або послідовного) інфікування різними збудителями в різні строки вагітності ($r = 0,8479$). Це привело до зменшення середнього показника смертності (на 16) мертворожень і ранньої неонатальної смертності.

Так, в результаті удосконалення системи організації преекстремального оздоровлення, в т.ч. медико-генетичної допомоги на преекстремальному етапі і в час вагітності, зросла ефективність пренатальної діагностики: в 2004–2008 гг. в строк до 22 тижнів вагітності виявлялися до 90% летальних і сублетальних ВПР, а після 22 тижнів – не більше 10% (табл.).

Встановлено, що, незважаючи на збережений в час десятиліття відсоток переривань по

Таблиця

Виявляемость врожденных пороков развития в Гродненской области в 1999–2008 гг. (% к общему числу)

Показатель	M±m		P
	1999–2003	2004–2008	
Ежегодно выявленных ВПР	84,23±4,45	69,57±4,42	<0,05
Ежегодно выявленных ВПР после 22 недель беременности	14,36±2,34	7,27±1,32	<0,05



Рис. 1. Динамика охвата прегравидарной подготовкой (%) и частоты дефектов нервной трубки (%) (плоды+новорожденные) в 1999–2008 гг.

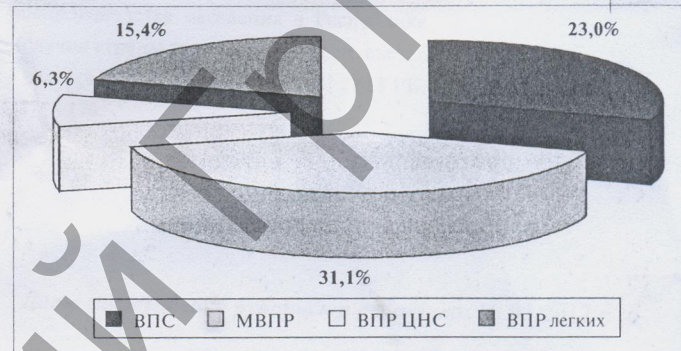


Рис. 2. Структура перинатальной смертности от врожденных пороков развития в Гродненской области в 2008 г.

медико-генетическим показаниям в структуре закончивших беременность (0,4–0,7%), в период 2004–2008 гг. доля женщин, у которых 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 – $r = -0,9512$ (рис. 1).

Кроме того, зарегистрирована четкая динамика уменьшения случаев выявления ВПР нервной трубки в сроках более 12 недель беременности, что дополнительно свидетельствует о повышении качества медицинской помощи пациенткам. Это, в свою очередь, привело к достоверному ($p < 0,05$) уменьшению доли ВПР нервной трубки в структуре ПС в 2004–2008 гг.

по сравнению с 1999–2003 гг., которые в 2008 г. заняли последнее рейтинговое место, а их удельный вес составил 6,3% (рис. 2).

Выводы

Таким образом, на основе разработанной методики анализа ПС показано, что медико-организационные мероприятия, внедренные в 2004–2008 гг. в деятельность АГС Гродненской области, имеют высокую степень эффективности.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в усовершенствовании разработанной методики анализа ПС для оценки эффективности организационно-управленческих мер по ее снижению.

Список литературы

1. *Акушерско-гинекологическая помощь на Гродненщине: история и современность: монография* / В. А. Лискович [и др.]. – Гродно : ГрГМУ, 2005. – 624 с.
2. *Занько С. Н. Экономический ущерб репродуктивных потерь* / С. Н. Занько, С. Д. Шилова // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь : матер. Респ. научн.-практ. конф., Минск, 28 июня 2007 г. / редкол.: В.И. Жарко [и др.]; МЗ РБ, Бел. общ. объедин. организаторов здравоохран.; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2007. – С. 192–195.
3. *Международные показатели материнского здоровья и страны со средним доходом населения: Россия* / Дж. О. Паркхурст [и др.] // Рус. мед. журн. – 2009. – № 9. – С. 651–654.

4. Наумов И. А. Воспалительные заболевания женских половых органов. Современные перинатальные технологии в укреплении репродуктивного здоровья пациенток : монография / И. А. Наумов. — LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH and Co. KG. Dudweiler Landstr. 99, 66123 Saarbrücken, Deutschland, 2011. — 406 с.
5. Николаева Е. И. Исходы прерывания беременности в 22–27 недель / Е. И. Николаева, О. Г. Фролова, В. А. Голубев // *Акушер. и гинекол.*. — 2007. — № 2. — С. 59–60.
6. *Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: монография* / А. Н. Косинец [и др.] ; под ред. А. Н. Косинца, В. С. Глушанко. — Витебск : ВГМУ, 2006. — 328 с.
7. *Пересада О. А. Современная концепция невынашивания беременности: этиопатогенез, диагностика, профилактика и лечение : учеб.-метод. пос.* / О. А. Пересада, И. Л. Дусь, А. М. Камлюк ; Бел. мед. акад. последиплом. образования. — Минск : ДокторДизайн, 2006. — 84 с.
8. *Причины и технология анализа репродуктивных потерь* / О. Г. Фролова [и др.] ; под ред. Г. М. Бурдули, О. Г. Фроловой / НЦАГиП Росмедтехнологий им. В. И. Кулакова. — М. : Триада-Х, 2008. — 128 с.
9. *Современные тенденции и прогноз демографической ситуации и воспроизводства населения в Республике Беларусь* / Л. Н. Ломать [и др.] // *Здоровье населения — основа благополучия страны : материалы V Респ. съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 11–12 мая 2006 г.* / ред. совет : В.П. Руденко [и др.] ; МЗ РБ, Бел. ассоц. соц.-гиг. и организаторов здравоохранения. — Минск, 2006. — С. 174–176.
10. *Станишевская Л. С. Теоретические основы демографической безопасности* / Л. С. Станишевская // *Бел. экономика: анализ, прогноз, регулирование.* — 2005. — № 5. — С. 36–42.
11. *World health statistics. 2007.* — Geneva: WHO, 2007. — 86 p.

Дата поступления рукописи в редакцию: 16.05.2012 г.

Нова методика оцінки ефективності організації перинатальної допомоги

New method of evaluating the effectiveness of perinatal care organization

I.O. Naumov, E.M. Tischenko, V.S. Nowicka
(Гродно, Республіка Білорусь)

I.O. Naumov, E.M. Tischenko, V.S. Nowicka
(Grodno, Belarus)

На основі даних державної статистичної звітності та розроблених карт експертної оцінки (215 параметрів) створено відповідно до статистичного еталону Всесвітньої організації охорони здоров'я методику аналізу перинатальної смертності, із застосуванням якої вивчено медико-соціальну ефективність надання перинатальної допомоги в Гродненській області в 2004–2008 рр. Показано, що медико-організаційні заходи, впроваджені в діяльність акушерсько-гінекологічної служби, мають високий рівень ефективності: показник перинатальної смертності зменшився більш ніж у 2 рази і склав 4,1‰; у структурі перинатальної смертності частка вроджених від розвитку нейральної трубки зменшилася до 6,3% — останнє рейтингове місце.

Based on statistical reporting and Maps developed expertise (215 parameters) established under the statistical standard World Health Organization method of analysis of perinatal mortality with the use of a learned medical and social effectiveness of perinatal care in the Grodno region in 2004–2008 shown that medical and organizational measures implemented in the activities of obstetric and gynecological services with high efficiency: perinatal mortality rate dropped more than 2 times and amounted to 4,1‰; in the structure of perinatal mortality portion of the development of congenital neural tube decreased to 6,3% — the last place rating.

Ключові слова: перинатальна допомога, акушерсько-гінекологічна служба, медико-організаційні заходи, Гродно.

Key words: perinatal care, obstetric and gynecological services, medical and organizational activities, Grodno.

Рецензент: д.мед.н. Н.Я. Жилка.