

# Оцінка ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги жіночому населенню

*В.Г. Сюсюка, О.В. Комарова, О.В. Пейчева, Е.Г. Аверченко, Д.А. Каптюх*

Запорізький державний медичний університет  
Пологовий будинок № 9 м. Запоріжжя

Проведений аналіз ефективності пологової допомоги дозволяє відзначити позитивні результати роботи акушерської клініки протягом 2009–2013 рр. Встановлено зниження кількості патологічних пологів та стабільно низький показник оперативного розродження, а також відсутні випадки інтранатальної загибелі. Відзначено, що одним із шляхів зниження кількості абдомінального розродження і відповідно ускладнених пологів є профілактика першого рубця, що можливо тільки при ретельному відборі показань до операції кесарева розтину. Важливими моментами профілактики акушерських ускладнень є робота з підлітками (учнями шкіл, технікумів та професійно-технічних училищ), жінками фертильного віку, з парами, що вступають до шлюбу, спрямована на формування пріоритетів здорового способу життя, а також організація та проведення підготовки вагітних до пологів із залученням родини до навчання в «Школі підготовки сім'ї до пологів».

**Ключові слова:** вагітність, акушерські ускладнення, передчасні пологи, кесарів розтин, ручне обстеження порожнини матки, перинатальна захворюваність і смертність.

Здоров'я матері та дитини є найважливішим індикатором соціально-економічної ситуації в країні та його охорона – пріоритетне завдання суспільства і держави [1]. Оскільки в акушерсько-гінекологічній практиці кінцевим критерієм ефективності застосовуваних технологій є рівень репродуктивних втрат, саме організаційно-методичні та медичні технології повинні включати в себе оцінку клінічної ефективності, впливати на підвищення якості життя та репродуктивне здоров'я жінок [3].

В умовах зміни демографічної ситуації в Україні, а також різкого зниження народжуваності саме збереження кожної бажаної вагітності та народження здорової дитини є одним з основних завдань медичної служби. Звертає на себе увагу і той факт, що за коефіцієнтом народжуваності, розрахованим за віком матері серед населення України та Запорізької області, засвідчене переважання величини загальноукраїнських коефіцієнтів [2]. Сучасні умови життя в Україні зумовлюють необхідність впровадження заходів, мета яких є максимальне збереження здоров'я нації [4].

**Мета дослідження:** на підставі аналізу частоти і структури акушерських та перинатальних ускладнень дати оцінку ефективності допомоги при пологах протягом 2009–2013 рр.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналіз частоти акушерських та перинатальних ускладнень проводився на базі пологового будинку № 9 м. Запоріжжя. У рамках даного дослідження проведено аналіз роботи лікувального закладу за 5 років (з 2009 по 2013 р.).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пологовий будинок № 9 надає допомогу вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим дітям Хортицького,

Жовтневого, Орджонікідзевського районів міста та мешканкам Запорізького району, а також здійснює прийом гінекологічних хворих Хортицького та Орджонікідзевського районів. Медична допомога у стаціонарі пологового будинку надається цілодобово у повному об'ємі. Робота відділень проводиться відповідно до вимог діючих нормативних документів МОЗ України.

Пологовий будинок у листопаді 2004 р. акредитовано на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини», тричі колектив пологового будинку № 9 підтвердив це звання. Крім того, персоналом проводиться робота відповідно до вимог програми «Здоров'я матері та дитини II».

Пологове відділення розгорнуто на 3 поверхах. У структурі відділення – індивідуальні пологові зали, операційні, післяпологові палати. Розродження проводиться в 6 пологових залах, у кожному з яких є все необхідне для надання невідкладної допомоги жінкам та їх новонародженим дітям, включаючи первинну та розширену реанімаційну допомогу. Усі пологові зали працюють за принципом «безпечний пологовий будинок». Післяпологові палати пологового відділення в 100% призначені для сумісного перебування матері та новонародженого. Створені спеціалізовані палати підвищеної комфортності для перебування породіль в післяпологовому відділенні разом з родиною. Відділення інтенсивної терапії розгорнуто на 6 ліжках і оснащено дихальною та слідкуючою апаратурою. У відділенні анестезіології і інтенсивної терапії (ВАИТ) створені умови для спільного перебування матері і дитини, а також присутності родичів на усіх етапах перебування породіллі та її немовляти. За акушерськими показаннями у ВАИТ найчастіше знаходилися вагітні та породіллі з прееклампсією середнього і тяжкого ступеня.

За останні 5 років значно зросла кількість пологів за даними пологового будинку № 9 (рис. 1).

Із року в рік відносна частина ускладнених пологів залишається практично незмінною. У структурі причин, що збільшили їх частоту, – абдомінальне розродження та передчасні пологи, а також пологи, які ускладнилися ручним обстеженням порожнини матки, вакуум-екстракцією плода.

Щодо анестезіологічного забезпечення пологів слід зауважити, що відсоток регіональної анестезії при абдомінальному розродженні склав 78 %. Загалом знеболення при вагінальних пологах проводилось в 10%.

Слід зазначити, що за останні два роки стабільно збільшується кількість перинатальних втрат (рис. 2). Проте, це є загальноміською тенденцією. Усі випадки мертвонародження настали в результаті антенатальної загибелі плода. Протягом останніх 5 років випадків інтранатальної загибелі не було.

У 96% антенатальна загибель плодів, за результатами патологоанатомічного дослідження, зумовлена морфофункціональною недостатністю плаценти на тлі значних запальних змін. Враховуючи той факт, що справжні причини порушень серцевої діяльності плода, його біофізичного профілю та пуповинного кровотоку встановити за допомогою сучасних неінвазивних методів дослідження неможливо, а для визначення показників кисневого забезпечення плода

відсутні умови [6], загибель плодів в антенатальний період визнана як не запобіжна. Одним із чинників, який впливає на кількість випадків ранньої неонатальної смертності (РНС), є зростання кількості діагностованих внутрішньоутробних вад розвитку плодів та відмова жінок від переривання вагітності.

Протягом останнього року різко збільшилась кількість випадків внутрішньоутробного інфікування плодів, які супроводжувались розвитком тотальної пневмонії та як наслідок – поліорганної недостатності, що призвели до їх загибелі. Жодного випадку пологових травм або помилок у веденні пологів, які б стали причиною смерті новонароджених, не було. Враховуючи, що перинатальні втрати зумовлені причинами, які пов'язані зі станом здоров'я жінок та перебігом вагітності, ми вважаємо за необхідне більш ретельно проаналізувати анамнестичні дані та підготовку сімейних пар до вагітності та пологів.

Аналізуючи частоту оперативного розродження (рис. 3), встановлено деяке збільшення частоти кесарева розтину у 2013 р., однак слід зауважити, що цей показник упродовж останніх трьох років стабільно нижчий середньоміського.

Лідуючим показанням до планового оперативного розродження протягом усіх років залишається рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів. Рішення про метод розродження приймали консультативно згідно з наказом МОЗ України № 977 [7]. У 96% оперативних втручання проведено із застосуванням спінальної анестезії. У 2013 р. мало місце зниження відсотка оперативних втручань з приводу аномалій пологової діяльності. Залишається стабільно низьким показник кесарева розтину і з приводу дистресу плода. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар, вилучених абдомінальних шляхом, у 2013 р. була в межах 7–10 балів в 94,8% та відсутні перинатальні втрати.

Аналіз частоти пологів з кровотечею (рис. 4) дозволив встановити, що більша частина випадків кровотеч спостерігалась у повторнонароджуючих (85,7%).

Зниження відсотка патологічної крововтрати під час пологів у жінок, що народжують вперше, свідчить про правильне виконання техніки активного ведення III періоду пологів [5].

У 2013 р. у 5 (71,4 %) жінок, пологи яких ускладнилися патологічною крововтратою, були в анамнезі медичні аборти, у 4 (57,1%) – гінекологічний анамнез був обтяжений хронічним аднекситом та кольпітом. Ускладнений перебіг III періоду при попередніх пологах встановлено у 2 (28,6%) та у 4 (57,2%) перебіг теперішньої вагітності ускладнився невиношуванням. У жінок, пологи яких ускладнилися кровотечею, в 42,9 % мало місце народження дітей з макросомією, а в 28,6% діагностовано аномалії пологової діяльності.

За результатами аналізу передчасних пологів (рис. 5) можна відзначити, що у 2011 р. їх частота була максимальною та знизилась у 2013 р. на 0,5%.

Слід зауважити про зниження кількості передчасних пологів за даними жіночої консультації № 9 (на 14,5%). Однак невтішним залишається факт зростання числа антенатальних втрат на 16,4%. Важливо відзначити, що ведення передчасних пологів проводилося згідно з чинним наказом МОЗ України № 624 [6] та включало: оцінку ступеня прогностичного ризику розвитку акушерської та перинатальної патології; вичікувальну тактику і профілактику респіраторного дистрес-синдрому плода; ведення пологів без захисту промежини; мінімальне медикаментозне навантаження та знеболювання за показаннями.

**ВИСНОВКИ**

1. Проведений аналіз ефективності допомоги вагітним, роділлям та породіллям дозволяє відзначити позитивні результати насамперед за рахунок низької кількості патологічних пологів. Проте, існують проблеми, що вимагають невідкладного рішення та постійної уваги. Насамперед це стосується зниження кількості перинатальних втрат.

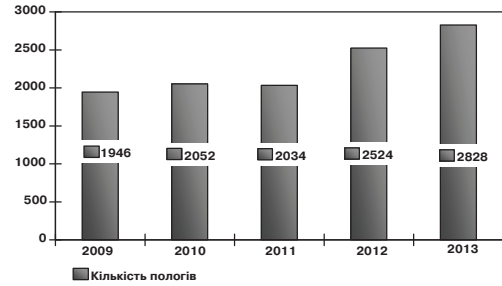


Рис. 1. Частота пологів за даними пологового будинку № 9

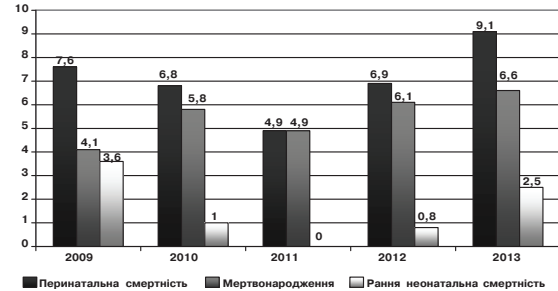


Рис. 2. Частота перинатальних втрат за даними пологового будинку № 9

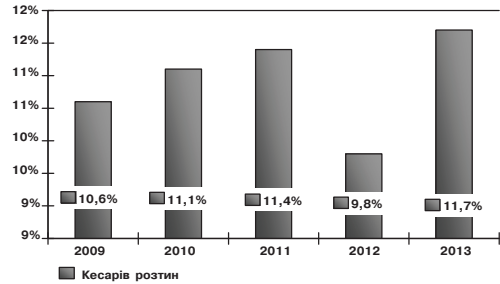


Рис. 3. Частота кесарева розтину за даними пологового будинку № 9

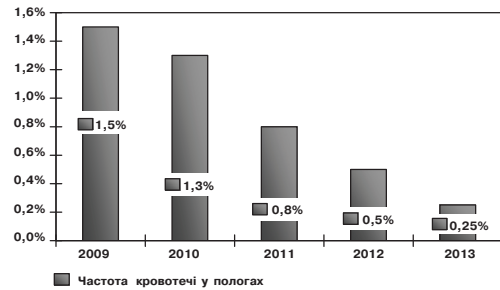


Рис.4. Частота кровотечі у пологах за даними пологового будинку № 9

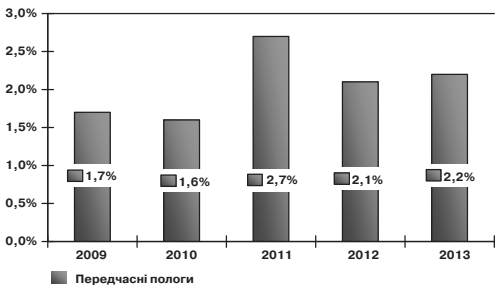


Рис. 5. Частота передчасних пологів за даними пологового будинку № 9

2. Резервом зниження кількості оперативного розродження є дотримання показань до операції кесарева розтину згідно з чинними протоколами, застосування передових перинатальних технологій у пологах, в тому числі моніторингове спостереження за станом плода і характером пологової діяльності, а також підвищення кількості сімейних і партнерських пологів та мінімальне медикаментозне навантаження в пологах.

3. Враховуючи, що серед показань до оперативного розродження протягом останніх років переважають рубці на матці, згідно з рекомендаціями ВООЗ, одним із шляхів зниження кількості абдомінального розродження є профілактика першого рубця, що можливо тільки при ретельному аналізі показань до операції кесарева розтину.

4. Одним з резервів зниження ускладнених пологів є організація і проведення підготовки вагітних до пологів із залученням сім'ї до навчання в «Школі підготовки сім'ї до пологів», мета якої – підготовка сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері, підготовки до пологів і перебігу післяпологового періоду.

### Оценка эффективности оказания специализированной медицинской помощи женскому населению

**В.Г. Сюсюка, Е.В. Пейчева, Е.В. Комарова, Е.Г. Аверченко, Д.А. Каптюх**

Проведенный анализ эффективности родовспоможения позволяет отметить положительные результаты работы акушерской клиники в течение 2009–2013 годов. Установлено снижение количества патологических родов и стабильно низкий показатель оперативного родоразрешения, а также отсутствуют случаи интранатальной гибели. Отмечено, что одним из путей снижения количества абдоминального родоразрешения и соответственно осложненных родов является профилактика первого рубца, что возможно только при тщательном отборе показаний к операции кесарева сечения. Важными моментами профилактики акушерских осложнений является работа с подростками (учащимися школ, техникумов и профессионально-технических училищ), женщинами фертильного возраста, с парами, вступающими в брак, направленная на формирование приоритетов здорового образа жизни, а также организация и проведение подготовки беременных к родам с привлечением семьи к обучению в «Школе подготовки семьи к родам».

**Ключевые слова:** беременность, акушерские осложнения, преждевременные роды, кесарево сечение, перинатальная заболеваемость и смертность.

5. Безсумнівно, одним з позитивних моментів слід відзначити відсутність випадків інтранатальної загибелі плода, що зумовлено дотриманням клінічних протоколів з надання акушерської допомоги, затверджених МОЗ України, на етапі пологового будинку, які засновані на доказовій медицині.

6. Важливим етапом у роботі лікаря жіночої консультації залишаються: санітарно-освітня робота з підлітками, учнями шкіл, технікумів і професійно-технічних училищ, жінками фертильного віку, з парами, що вступають у шлюб, спрямована на формування пріоритетів здорового способу життя та повноцінна прегравідарна підготовка. Також залишається важливим своєчасне обстеження та оздоровлення жінок груп ризику, в тому числі з екстрагенітальною патологією, і кваліфіковане ведення вагітності в умовах жіночої консультації згідно з чинними наказами МОЗ України.

7. На сучасному етапі роботи акушерсько-гінекологічної служби особливого значення набуває експертна оцінка причин перинатальних втрат. Тому застосування перинатального аудиту дозволить ідентифікувати випадки перинатальної смертності, які потенційно можна було б уникнути.

### Estimation of efficiency of special medical aid for women

**V.G. Syusyuka, O.V. Komarova, O.V. Peycheva, E.G. Averchenko, D.A. Kaptyukh**

Carried out analysis of efficiency of obstetric aid permits to mention the positive work results of obstetrical clinic within 2009-2013. Decrease of quantity of abnormal labour and invariably low index of operative delivery occur and the cases of intranatal fetal death are absent. It is stated that one of the ways for decrease the quantity of abdominal labour and correspondently complicated labours is prophylaxis of the first scar which is possible only by means of thorough selection of indications for cesarean section. Important moments of prophylaxis of obstetric complications are the work with teenagers, students of schools, colleges, women of fertile age, couples to be married, which is directed at formation of priorities of healthy life-style, and organization and carrying out of preparation of pregnant women for delivery involving the family to the training in "School for preparing a family for delivery".

**Key words:** pregnancy, obstetric complications, preterm delivery, cesarean section, manual examination of the uterine cavity, perinatal sickness rate and mortality.

### Сведения об авторах

**Сюсюка Владимир Григорьевич** – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26

**Комарова Елена Владимировна** – родильный дом № 9 г. Запорожье, 69076, г. Запорожье, ул.Новгородская, 28; тел.: (061) 224-18-48, (063) 852-44-80, (099) 098-82-55. E-mail: svg.zp@i.ua

**Пейчева Елена Владимировна** – родильный дом № 9 г. Запорожье, 69076, г. Запорожье, ул.Новгородская, 28;

**Аверченко Евгений Григорьевич** – родильный дом № 9 г. Запорожье, 69076, г. Запорожье, ул.Новгородская, 28;

**Каптюх Дмитрий Андреевич** – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 2669076, г. Запорожье, ул.Новгородская, 28;

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Войт Л.Н. Л.Н. Войт Организация и анализ деятельности женской консультации и родильного дома: Учебн. пособие /Л.Н. Войт, Е.А. Дроздова. – Благовещенск, 2008. – 32 с.  
2. Генофонд і здоров'я: населення Запорізької області / [Сердюк А.М., Тимченко О.І., Личак О.В. та ін./ Під ред. А.М. Сердюка, О.І. Тимченко. – К.: Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2009. – 146 с.

3. Дуда И.В. Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: Матер. Респ. науч.-практ. конф. акуш.-гин. и неонат. / Под ред. И.В. Дуды, В.Л. Силявы. – Мн., 2001. – 21 с.  
4. Жабченко І.А. Деякі аспекти забезпечення неускладненого перебігу вагітності в сучасних умовах // Український медичний часопис. – 2001. – № 4 (24). – С. 35–37.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 624 від 03.11.2008 р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 900 від 27.12.2006 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».  
7. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Статья поступила в редакцию 15.04.2014