

**Камилов" Л.И.,
Асадов" Д.А.,
Асатноев" М.М.,
Ядгарова" К.Т.,
Умарова" З.С.,
Любич" А.С.**

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

"Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

^Ташкентский институт усовершенствования врачей

°Ташкентский педиатрический медицинский институт.

°Республиканский Перинатальный Центр.

Проведенные исследования прогресса по достижению Цели развития тысячелетия - 4 (снижение детской смертности), в 2010 году, показали что в глобальном масштабе уровень смертности детей до 5 лет снизилась с 90 на 1000 живорожденных до 65 на 1000 живорожденных, т.е. на 27,7%. Абсолютное число смертей снизилось с 12,5 млн случаев в 1990 г. до 7,7 млн в 2010 году [1]. Однако, прогресс в снижении неонатальной смертности остается медленным, она составляет 50 процентов смертей детей до 1 года, данная тенденция связана с медленным прогрессом достижения ЦРТ-5 (снижения материнской смертности). Так из расчётных 5,4 миллионов младенцев, умирающих в год в мире, приблизительно две трети приходится в неонатальный период. Многие летальные случаи происходят во время раннего неонатального периода, в частности в первый день. Это указывает на то, что период родов и первые сутки жизни являются самым решающим периодом для выживания младенца. В структуре неонатальной смертности в развивающихся странах преобладают асфиксия, сепсис и родовые травмы и осложнения, связанные с недоношенностью [2,3,4].

Здоровье и выживаемость новорожденных тесно связаны со здоровьем матерей. Поэтому целью Глобальной инициативы ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности», начатой в 2000 году, является обеспечение квалифицированного. ухода всем матерям и их новорожденным при каждом родах

в рамках соблюдения непрерывности ухода. Основная концентрация в данной программе сделана на развитие систем здравоохранения [5].

Обеспечение безопасной беременности подразумевает не только снижение заболеваемости и смертности, но также обеспечение качества оказания медицинского ухода матери и новорожденному. Понятие ухода включает физическое, умственное и социальное благосостояние женщины до, во время и после рождения ребенка, и должно обеспечивать рождение здорового ребенка и здоровое детство. Этот подход согласуется с Конституцией ВОЗ (1948 г), которая определяет «здоровье как полное состояние физического, умственного и социального благосостояния, а не только отсутствие болезни».

Основные положения и принципы эффективной перинатальной помощи были разработаны группой экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ во время встреч в Венеции в 1998 г., и пересмотрены в последующем в Вероне в 2003 г. и в Катанье (Италия) в 2007 году. Концепция современной модели перинатальной помощи, ориентированной на семью, основывается на положениях и принципах, представленных в таблице №1 [6,7,8].

Родовспоможение и Уход за новорожденным ориентированный на семью является сложным, многоаспектным динамическим процессом, предоставляющим высококачественную, индивидуализированную помощь, отвечающую психическим, эмоциональным и

Таблица 1

Концепция современной модели перинатальной помощи, ориентированной на семью

Основные положения ¹	Основные принципы
Помощь во время беременности и родов предполагает целостный, единый подход	Обеспечить участие женщин при решении выбора методов и вариантов лечения
Беременность и роды являются уникальным личным семейным и социальным событием	Быть семейно ориентированным, уважать конфиденциальность, культуру, религию, эмоциональные нужды женщин и их семей
При беременности и родах должно существовать веская причина для того чтобы вмешаться в естественный процесс родов	Основываться на научных доказательствах и быть эффективным
При необходимости вмешательства беременным, роженицам и новорожденным они должны быть безопасны, уместны и доступны	Преимущество медицинской помощи от первичного до третичного уровня, мультидисциплинарный подход и эффективная регионализация

психофизиологическим особенностям женщин и их детей. В аспекте такой помощи беременность и роды рассматриваются как нормальный, физиологический процесс, где поддержке семьи и ее участию в процессе родов придается чрезвычайное значение [9,10].

С учетом особенностей систем здравоохранения (развитая инфраструктура, кадровый потенциал) стран членов ЕС Европейским региональным бюро ВОЗ в 2007 году была разработана программа Эффективный перинатальный уход. Главная стратегия программы - способствовать повышению качества перинатальной помощи в странах Восточной

Европы и СНГ. Для обеспечения качественного перинатального ухода семье необходима информация, навыки и мотивация, чтобы обеспечить внедрение и поддержание любой новой практики. Такой подход нуждается также в социальной и финансовой поддержке. Более того, необходима поддержка от систем здравоохранения путем организации надлежащих и дружественных служб, которые предоставляют полный набор услуг перинатального ухода, принимая во внимание физические, эмоциональные и психосоциальные потребности женщин и новорожденных [11,12].

Таблица 2

Надлежащие технологии, применяемые в перинатальном уходе

Вовлечение женщины в принятие решений	Ранний и неограниченный контакт «кожа к коже»
Использование гравидограммы при ведении беременности	Профилактика гипотермии новорожденного
Использование партограммы в родах	Эффективная реанимация новорожденного
Поощрение присутствия партнера в родах	Грудное вскармливание по требованию и совместное пребывание
Свободный выбор вертикальной позиции в родах	Правильное мытье рук
Исключение необоснованных вмешательств и процедур	Рациональное использование лекарственных средств

Регионализация перинатальной помощи. В XX веке одним из достижений в снижении ранней неонатальной смертности и в выхаживании маловесных и больных новорожденных в развитых странах явилось создание системы регионализации перинатальной помощи. Регионализация перинатальной помощи впервые была опробована в Канаде более 40 лет назад [13,14]. Затем она получила свое активное развитие и внедрение в США, Австралии, странах Западной Европы, Японии и других развитых странах. Тщательное документирование показателей неонатальной смертности в различных весовых категориях показало, что выживание недоношенных маловесных новорожденных выше в учреждениях, где имеются отделения интенсивной терапии новорожденных. Также положительные результаты исходов неонатальной хирургии подтвердили тот факт, что ресурсы и пациентов необходимо концентрировать в специализированных центрах. В 1992 году Американская Академия педиатрии. Американский Колледж акушеров и гинекологов предложили трехуровневую схему оказания (I, II и III) перинатальной помощи. В 1993 году Комитет по Перинатальному здоровью Фонда March of Dimes

рекомендует изменить нумерацию на оказываемый функциональный объем услуг (базовый уровень, уровень специальной помощи и уровень узкоспециальной помощи), который представлен ниже [15,16].

I Уровень. Все родовспомогательные учреждения базового уровня во время родов, и в послеродовом периоде должны :

- обеспечить медицинскую помощь и уход за здоровыми матерями и новорожденными;
- проводить операцию кесарева сечения в течение 30 мин от принятия решения;
- оказывать неотложную медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным;
- иметь критерии для оценки и безопасного перевода женщин с акушерскими осложнениями и больных новорожденных на более высокий уровень оказания помощи;
- предоставлять услуги по консультированию матерей и членов семьи;
- инициировать стратегии информирования родителей;
- регулярно оценивать все используемые протоколы и стандарты, для постоянного обновления в соответствии с наилучшими доказательствами;

-создать механизмы для рассмотрения результатов оказания помощи;

Уровень II - отдельно функционирующие родильные учреждения. В дополнение к услугам, оказываемым на базовом уровне, осуществляется:

-уход за беременными женщинами с 34 недели беременности, когда могут возникнуть некоторые осложнения;

-проведение токолиза;

-проведение индукции родов;

-уход за женщинами с осложнениями беременности и родов (кровотечение, гипертензия);

-уход за детьми с синдромом легкой до умеренной дыхательной недостаточности, при подозрении на неонатальный сепсис, гипогликемию, и постренимационными проблемами легкой или средней тяжести;

-в случае необходимости, проводить непрерывный электронный мониторинг плода и ультразвуковой оценки плода;

-уход за новорожденными с рождения весом 1500 г и более, в том числе вентиляционная поддержка при ожидании транспортировки;

-обеспечение продолжительного ухода за новорожденными с малым весом;

-поддержка связи с учреждениями I уровня с целью сотрудничества, консультаций, транспортирования, обмена информацией и обучения;

-создание и развитие информационной системы для сбора данных о заболеваемости и смертности матерей и новорожденных.

III уровень (перинатальные центры). В дополнение к помощи, оказываемой на первом и втором уровнях, осуществляется:

-уход за женщинами с тяжелыми осложнениями беременности (преждевременные роды при сроках менее 32 недель, кровотечение во время беременности и т.д.), со сложными генетическими проблемами;

-ведение родов с тяжелой экстрагенитальной патологией, а также уход за пациентками, требующими проведения сложных диагностических или лечебных процедур;

-возможность для ухода за детьми с тяжелой дыхательной недостаточностью, сепсисом, с постренимационными проблемами, врожденными пороками развития;

-наличие системы для принятия беременных и новорожденных с первого и второго уровней;

- наличие неонатальной транспортной программы;

- наличие ресурсов функциональной, лабораторной диагностики;

- наличие ресурсов для проведения вентиляции легких новорожденных на краткосрочные и долгосрочные периоды;

- доступ к узкоспециализированной педиатрической помощи;

- доступ к хирургической помощи;

-наличие долгосрочной последующей программы для детей с осложнениями при родах, в том числе критерии для долгосрочного последующего наблюдения за психическими, неврологическими, социологическими исходами. и.

Обеспеченность кадровыми ресурсами, медицинским оборудованием, инфраструктура. а также финансирование учреждений каждого уровня должно соответствовать объему оказываемых услуг. В таблице 3 представлены рекомендации Американской Академии педиатрии. Американского Колледжа акушеров и гинекологов по кадровым ресурсам, дополнительным службам с целью обеспечения высококвалифицированной помощи.

В международном сообществе принятая схема организации перинатальной службы адаптирована каждой страной, так в Австралии. исходя из географических особенностей континента утвержден переход на 6 уровневую систему оказания перинатальной помощи. Организация перинатальной помощи в России в целом нацелена на оснащение перинатальных центров высокотехнологичным медицинским оборудованием, а семейно ориентированные перинатальные технологии внедряются на уровне пилотных регионов. Во многих развитых странах (Канада, Австралия, США. Великобритания. Литва и др.) перинатальная помощь основывается на национальных руководствах и стандартах по семейно ориентированному перинатальному здраво-охранению [17,18,19,20].

В 2004 году Американская Академия Педиатрии опубликовала расширенную классификацию уровней по оказанию помощи новорожденным. Данная классификация основывается на предыдущей категории базового уровня помощи, специальной помощи, и узкоспециальной помощи. Если предыдущая классификация применительна как для акушерской

так и для неонатальной помощи, то расширен- зации неонатальной помощи [21].
ная классификация предназначена для органи-

Таблица3

Структурная иерархия персонала по оказанию эффективной перинатальной помощи			
	I уровень	II уровень	III уровень
Персонал	Мультидисциплинарная команда (акушерка, акушер-гинеколог, не- онатолог. медсестра, анестезиолог-реаниматолог) с навыками оказания эффективной перинатальной помощи	Мультидисциплинарная команда (акушерка, акушер-гинеколог, не- онатолог, медсестра, анестезиолог-реаниматолог) с навыками оказания эффективной перинатальной помощи	Мультидисциплинарная команда: Акушер-гинеколог, акушерка, неонатолог, медсестра, анестезиолог-реаниматолог, детский хирург, детский анестезиолог- реаниматолог, генетик...
Соотношение аку- шерка/медсестра/ пациент	Физиологические роды 1:1 Послеродовая палата 1:6	Осложненные роды 1:1 Интенсивная терапия 1:2	Отделение интенсивной терапии новорожденных 1:1 Отделение реанимации новорожденных 1:1
Дополнительные службы (24 часа)	Доступность лабораторной службы, банка крови, УЗИ, анестезиолога- реаниматолога	Доступность лабораторной службы, банка крови. УЗИ, анестезиологической службы	Доступность лабораторной службы, лучевой диагностики, ане- стезиологической помощи, банка препаратов крови

I уровень неонатальной помощи - (базовая помощь)

II уровень неонатальной помощи (спе- циальная помощь)

- уровень неонатальной помощи II А (идентичный предыдущему уровню II)

- уровень неонатальной помощи II В: до- полнительные возможности по обеспечению механической вентиляции до 24 часов или СРАР

III уровень неонатальной помощи (узко- специальная помощь)

уровень неонатальной помощи IIIА оказывает уход за новорожденным, рожденным в сроке, начиная с 28 недель гестации или весом 1 000 г и более; обеспечивает продолжительную механическую вентиляцию нуждающимся новорожденным уровень неонатальной помощи IIIВ оказывает -уход за новорожденным, рожденным в сроке до 28 недель гестации с массой тела до 1000 г

-продолжительный уход за новорожденными с экстремально низким весом;

-доступ к радиологической службе с ин- терпретацией, включая компьютерную томографию, магниторезонансную томографию и эхокардиографию

-доступ к специалистам педиатрического профиля.

-наличие детских хирургов и детских ане- стезиологов реаниматологов или близко рас- положенная многопрофильная педиатрическая

клиника

уровень неонатальной помощи IIIС

-дополнительно обеспечивает экстракор- поральное жизнеобеспечение

-проведение операции на открытом сердце при врожденных пороках сердце у новорожденных

Несомненно, вышеуказанная схема должна быть адаптирована для нашей страны, но принципиально она должна быть выдержана, ибо показала свою эффективность.

Регионализация оказания помощи матерям и новорожденным объединяет организацию услуг для обеспечения оптимальной медицинской помощи для женщин, детей, и семей. Центральное место в концепции регионализации состоит в оценке состояния беременной, в сочетании с возможностью её перевода на со- ответствующий уровень оказания помощи [22,23].

Целями таких услуг являются:

- 1) Предоставление качественной медицинской помощи для всех женщин, новорожденных, и членов их семей;
- 2) Надлежащее использование ресурсов, кадрового потенциала, медицинского обору

дования и инфраструктуры учреждений здравоохранения

- 3) Преемственность в оказании услуг;
- 4) Обеспечение своевременного перевода беременных, рожениц и новорожденных в учреждения более высокого уровня
- 5) Обеспечение непрерывного образования медицинского персонала;
- 6) Внедрение данных научных исследований и клинический аудит, основанных на доказательной медицине

Регионализация медицинской помощи матерям и новорожденным, уход за ними подразумевает развитие скоординированной системы медицинских услуг в рамках определенной географической области. Кроме того, ключевыми моментами для региональной системы обслуживания являются развитая коммуникация учреждений, оказывающих помощь и тесное сотрудничество и взаимодействие учреждений различного уровня и специалистов.

Программа регионализации помощи матерям и новорожденным может существовать в рамках как национальной, так и территориальной систем здравоохранения. Регионализация системы определяется по географическому принципу, в зависимости от условий и особенностей региона, а также его финансовых возможностей. Регион является областью, чьи географические границы определяются площадью для координации и организации медицинской помощи. В идеале регион включает в себя все необходимые услуги для матери и новорожденного, или уровни I, II и III. С учетом различий в географии и плотности населения, в распределении кадровых и финансовых ресурсов, а также организации услуг, регионы могут отличаться по размерам и мощности [24,25].

По определению ВОЗ, регионализация - это рациональное распределение медицинских услуг в регионе со всеми услугами и медучреждениями на всех уровнях (I;II;III), сконцентрированных и легкодоступных для населения. Регионализация предполагает создание: 1) трехуровневой системы организации медицинской помощи матерям и новорожденным, 2) системы консультативной помощи и транспортировки беременных женщин и новорожденных детей. 3) системы сбора и анализа данных, 4) аудита для разбора перинатальной смертности и заболеваемости.

Региональная система предполагает наличие наибольшего числа медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь для матерей и новорожденных на первичном уровне, меньшее число учреждений второго уровня и еще меньше учреждений третичного уровня.

I

Необходима тесная интеграция между первичным, вторичным и третичным уровнями для

обеспечения безопасной и эффективной медицинской помощи на каждом уровне, а также во время транспортировки для госпитализации или перевода из лечебного учреждения одного уровня в лечебное учреждение другого уровня. Поэтому необходима система медицинской помощи с хорошей системой связи, эффективным управлением госпитализацией и транспортом, а также система сбора данных. Кроме того, для планирования услуг важно следить за работой системы и обеспечить надлежащее последипломное обучение специалистов. Также для эффективной работы необходимо обеспечить доступ к клиническим руководствам и наладить взаимный обмен информацией, а особенно, важной клинической и управленческой информацией.

Хирургическая помощь оказывается новорожденным на базе перинатального центра или многопрофильных детских медицинских центров в зависимости от условий в регионе.

Вместе с тем, опыт западных стран показал, что концентрация женщин группы высокого риска в родовспомогательных учреждениях третьего уровня все-таки не позволяет исключить рождения тяжело больных детей в физиологических родильных домах. Балльная система оценки степени риска не оправдала себя ни в нашей стране, ни за рубежом. По крайней мере, у 15% беременных женщин отмечаются серьезные антен- или интранатальные осложнения, даже если они здоровы и получают полноценный дородовой уход. Поэтому в развитых странах практически параллельно с процессами создания родовспомогательных учреждений третьего уровня шла разработка системы госпитализации и переводов беременных и новорожденных [26].

Организация перевода и транспортировка беременных женщин. Транспортировка беременных женщин и новорожденных детей группы риска является важнейшим компонентом современной перинатологии. Выживаемость новорожденных повышается при переводе беременной в антенатальном периоде в специально предназначенные центры, которые могут предоставить необходимую медицинскую помощь как матерям, так и новорожденным во время и после родов. При необходимости перевода необходимо учитывать местные ресурсы и способность к оказанию соответствующей помощи для определения соответствующего учреждения. Необходимость транспортировки должна рассматриваться при случае, когда ресурсы для немедленного и постоянного ухода за женщиной и новорожденным при возникновении определенных осложнений являются недостаточными.

Основными компонентами эффективной региональной реферальной системы являются:

2 круглосуточная доступность реферальной и транспортной программы;

Г наличие медицинского оборудования и квалифицированного персонала для безопасного и эффективного транспортирования;

И оценка преимуществ перевода по сравнению проблемами, связанными с транспортировкой межведомственное взаимодействие и эффективная коммуникация;

С оказание непрерывной помощи членам семей при транспортировке;

оказание содействия семье для совместного пребывания при транспортировке;

информирование и поддержка семьи в этот период;

надежная и всеобъемлющая система связи

между принимающей и отправляющей учреждениями, а также между командой, занятой транспортировкой;

эффективная постоянная оценка системы перенаправления

постоянное обучение команды специалистов и населения

Таким образом, рациональное распределение медицинских услуг в пределах региона обеспечивает доступность помощи, ее эффективность, безопасность, экономичность, защиту прав пациентов и отвечает требованиям как национальных, так и международных стандартов оказания перинатальной помощи.

Литература

1. Robert E Black, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet 2010;375: 1969-87
2. Rajaratnam J K, et al.; "Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4". Lancet 2010; 375: 1988-2008
3. Bhutta Z., Chopra M., Alexson H., Berman P., et al.. Countdown to 2015 decade report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn, and child survival. Lancet 2010; 375: 2032-44.
4. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, et al. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005; 365: 891-900
5. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practical guide. WHO Geneva, 1999
6. Workshop on Perinatal Care. Report on a WHO Expert Meeting, WHO EURO, Venice, Italy. 1998
7. Making Pregnancy Safer/Promoting Effective Perinatal Care: 3rd Task Force. From evidence to practice. WHO EURO, Verona. Italy. 2003
8. Making Pregnancy Safer Experts Meeting. WHO EURO. Catania, Italy, 2007
9. Hanson JL, Johnson BH, Jeppson ES, Thomas J, Hall JH. Hospitals Moving Forward with Family-centered Care. Bethesda, Md.: Institute for Family-Centered Care. 1994.
10. Taylor D.. C. Dower. Creation of medical care system oriented to the needs of women: experience, opinions, needs. Health Care for Women International. I, 1997;18:407-422
11. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, WHO. 2000.
12. Effective perinatal care. WHO EURO. Copenhagen, 2007.
13. Swyer PR. The regional organization of special care for the neonate. Pediatr Clin North Am 1970;17:761-76.
14. Eberts MA. Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario. Toronto: Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, 1987.
15. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. 4th ed. Washington: 1992.
16. March of Dimes Birth Defects Foundation. Toward Improving the Outcome of Pregnancy. Willkes-Barre, Penn.: 1993.
17. Standards for maternal and neonatal services in South Australia. South Australia. Adelaide. Dept, of Health. 2010. 53pp
18. Руководство по организации и деятельности перинатального центра/ Под ред. Н.И. Володина, В.И. Кулакова, Хальфина Х.У.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 472с.
19. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. 6th ed. Washington: 2007.
20. Family centered maternity and newborn National guidelines.Canadian College of Obstetricians and Gyn. Ottawa: 2007
21. Stark AR. Levels of neonatal care. American Academy of of Pediatrics Committee on fetus and newborn. Pediatrics. 2004; 114:1341-7
22. Campbell R, MacFarlane A. Place of delivery: a review. [Review] Br J. Obstet. Gynaecol 1986; 93(7): 675-83.
23. Where to Be Bom? The Debate and the Evidence. 2nd ed. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.
24. Committee on Perinatal health. Towards improving the outcomes of pregnancy, recommendations for the regional development of maternal and perinatal health services. White plains: National Foundation March of Dimes; 1976
25. Maternal-Newborn and Child Steering Committee. Taking the Next Steps: Regionalizing Maternal-Newborn and Child Health Services in Metro Toronto. Toronto: 1994.
26. Campbell R, MacFarlane A. Place of delivery: a review. [Review] Br J. Obstet.Gynaecol 1986; 93(7): 675-83.