

**М.А. Мурашко**

Коми республиканский  
перинатальный центр,  
г. Сыктывкар

## ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР — ОПЕРАТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ НАД ОКАЗАНИЕМ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

■ В статье представлена модель дистанционного консультативного центра в области акушерства и гинекологии. С помощью ретроспективного анализа за семь лет показана эффективность его работы на примере Республики Коми, его влияние на основные показатели смертности — материнской, перинатальной и младенческой.

■ **Ключевые слова:** материнская смертность, перинатальная смертность, дистанционный консультативный центр, акушерская помощь

### Актуальность проблемы

В настоящее время качество оказания медицинской помощи в городе и сельской местности различны. Реальная стоимость современной специализированной помощи высока, и организация ее зачастую оказывается не под силу районным больницам. Отсутствие узкой профессиональной подготовки специалистов и невозможность подробного исследования функций жизненно-важных органов также накладывает отпечаток на уровень проведения неотложных мероприятий. Исходя из этого стратегия помощи в акушерстве должна базироваться на принципах превентивности. Улучшение качества оказания акушерской помощи возможно лишь при соблюдении основных стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Данные стратегии включают доступность медицинской помощи, выявление беременных из групп высокого риска, наличие протоколов для оказания неотложной помощи [5].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире 50 тыс. женщин умирает вследствие врачебных ошибок. При анализе ятрогений причиной летальных исходов становятся: анафилактический шок, осложнения анестезии (неудачная интубация: регургитация с постипоксической энцефалопатией, синдромом Мендельсона), осложнения реанимации, травматические повреждения при операции, гемотрансфузионный конфликт [1–3].

В начале 80-х годов Цыбулькиным Э.К. и Ломовских В.Е. в педиатрии была предложена новая форма лечебно-консультативной службы, основанная на принципах угрозомерии и введения единого формализованного языка диалога для улучшения преемственности на всех уровнях неотложной помощи — угрозометрическая автоматическая консультативная система (УКАС). На ее основе была создана организационная структура — реанимационно-консультативный центр (РКЦ). Основными принципами системы неотложной помощи явились этапность; единое информационное пространство; стандартизация организации, лечебно-эвакуационных мероприятий, квалификации, оснащения и угрозомерия. В последующем характер работы системы РКЦ стал заключаться не только в обеспечении адекватной лечебно-консультативной помощи, но в значительной степени организационно-методической и учебной, т. е. приобрел комплексный характер. Такой комплексный подход работы позволил способствовать достоверному снижению младенческой смертности [4].

Аналогично функционирующему РКЦ в педиатрической практике в 1996 году нами создан дистанционный консультативный центр по акушерству и гинекологии (КЦ) на базе Коми республиканского перинатального центра (Приказ Министерства Здравоохранения Республики Коми № 45 пр. 2 от 21.03.96 г.).

Целью создания КЦ является оказание круглосуточной консультативной помощи специалистам родовспомогательных учреждений первого и второго уровней, создание системы оперативного слежения и управления акушерской ситуацией, оказание

своевременной практической (выездной) помощи ЛПУ силами республиканских специалистов на территории Республики Коми.

## Материалы и методы

Среди первоочередных задач КЦ:

1. Оказание круглосуточной консультативной помощи по телефону специалистам родовспомогательных учреждений республики Коми.

2. Решение вопросов перевода и транспортировки пациентов с различной степенью перинатального риска в родовспомогательные учреждения соответствующего уровня или выезд бригады на место.

3. Осуществление оперативного, динамического наблюдения за состоянием здоровья беременных, родильниц и рожениц, нуждающихся в интенсивной терапии и реанимации.

4. Передача информации в КЦ реанимации новорожденных при рождении детей, требующих интенсивной или реанимационной помощи.

Для оценки возможностей учреждений проводится их паспортизация в целях изучения и определения уровня оснащенности, квалификации врачей акушеров-гинекологов, реаниматологов по вопросам оказания неотложной помощи.

Передаче в КЦ подлежат:

— для сельских районов республики (учреждения первого уровня) — беременные из группы высокого риска, все роженицы, родильницы с отклонениями от нормального течения в послеродовом периоде, пациенты с гинекологическими осложнениями;

— для городов (учреждения второго уровня) — все беременные, роженицы и родильницы с высокой степенью перинатального риска, угрожаемые по материнской смертности и тяжелым осложнениям, пациентки с тяжелыми гинекологическими осложнениями.

С момента обращения в КЦ информация о пациенте оформляется в консультативном листе. При ведении больных совместно с врачами КЦ обязательным условием является динамическое наблюдение, которое должно быть обеспечено сообщением лечащего врача о состоянии пациентки по телефону не позднее чем через шесть часов, а при необходимости и ранее. В случае необходимости к курации пациентки подключается анестезиолог-реаниматолог.

Ежемесячно и ежеквартально проводится анализ деятельности КЦ. Берется во внимание общее число проконсультированных, из них выделяются четыре группы: число консультаций для беременной, для роженицы, для родильницы, для гинекологической больной. Из этих групп диф-

ференцируются подгруппы по избранной тактике: лечение на месте, планы направления в головные ЛПУ, экстренная транспортировка в головное учреждение, вылет бригады санитарной авиации.

По консультативным листам регистрируются исходы для матери и плода на этапе КЦ, выявляются основные дефекты курации беременных в территориях, резервы снижения перинатальных потерь и осложнений беременности и родов.

Приводим перечень акушерских ситуаций, подлежащих обязательному разбору:

— роды, осложненные кровопотерей более 1000 мл;

— затяжные роды;

— роды, осложненные длительным безводным периодом;

— роды, осложненные тяжелым гестозом (II-III степени);

— выворот матки в послеродовом периоде;

— разрыв матки в родах;

— рождение ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар (менее шести баллов на пятой минуте) с последующей длительной реанимацией или родовой травмой;

— разрыв шейки матки III степени и промежуточной III степени;

— хориоамнионит, метроэндометриит в родах и послеродовом периоде;

— расширение объема операции до надблуждательной ампутации или экстирпации матки во время кесарева сечения;

— лапаротомии после прерывания беременности;

— гнойно-септические осложнения после прерывания беременности в сроке более 12 недель;

— анализ течения беременности и родов у женщин с тяжелой соматической патологией;

— преждевременные роды.

Учреждения второго уровня в ряде случаев могут самостоятельно осуществлять экспертизу этих осложнений. Качество ее оценивается курирующим учреждением третьего уровня.

## Результаты исследования

По результатам деятельности КЦ за период с 1997 по 2003 год и справочникам Коми Республиканского медицинского информационно-аналитического центра за 1997–2003 годы проведено исследование, построенное по принципу ретроспективного, обсервационного исследования.

За семь лет количество консультаций составило 5766. Из них консультации учреждениям первого уровня (сельским территориям) составили 4444 (77,1%), 1322 или 22,9% консультации цен-

тра было оказано акушерам-гинекологам из городов республики. Отношение числа обращений врачей районных больниц за консультативной помощью в КЦ в течение года к числу родов в районе за этот период, отражающее активность районов на КЦ в среднем за период с 1996 по 2003 годы составило 0,7 (50 перцентиль) со статистически значимыми колебаниями от 0,1 (10 перцентиль) до 1,8 (90 перцентиль).

В структуре консультированных пациентов беременные составили 1473 (25,5 %), роженицы 3597 (62,4%), родильницы 289 (5%), гинекологические больные 407 (7,1%), т. е. наиболее востребованными оказались консультации для рожениц. Различий между городскими и сельскими родовспомогательными учреждениями не отмечено.

Необходимость безопасной доставки в медицинское учреждение более высокого уровня ребенка нашло отражение при анализе количества переводов беременных и родильниц после дистанционных консультаций. Чаще всего «транспортировка» происходит в утробе матери. Среднее количество переводов в течение этих лет после консультаций составило 24,2%. Переводы чаще осуществлялись в ближайшее учреждение более высокого уровня, а при необходимости — в ПЦ. Центр медицины катастроф или санитарная авиация задействовались для транспортировки беременных или выезда бригады на место в среднем в 5% от всех случаев перевода. Учитывая, что плотность населения в республике Коми составляет 2,5 человека на квадратный километр, при переводах чаще использовались обычные транспортные схемы или попутный медицинский транспорт. В процессе отработки принципов дистанционной консультативной помощи отмечено достоверное снижение перевода матерей на 35,8 % за семь лет ( $p < 0,05$ ). Это позволило сократить расходы и придать работе более плановый характер.

Транспортировки новорожденных не претерпевали достоверных изменений на протяжении анализируемых лет, и медиана составила 61 случай за год или 1,7% от консультированных рожениц. Данная группа состоит преимущественно из недоношенных новорожденных (перевод матери был невозможен) и детей, родившихся в состоянии асфиксии.

Установлена статистически достоверная корреляционная связь между обращаемостью сельских врачей за консультативной помощью с уровнем перинатальной смертности ( $r = -0,68$ ), частотой преждевременных родов ( $r = -0,46$ ) и заболеваемостью рожениц и родильниц. В структуре перинатальной смертности большее значе-

ние консультативная помощь имела в случае ранней неонатальной смертности ( $r = -0,82$ ), по сравнению с мертворождением ( $r = -0,48$ ). Это объясняется тем, что наибольшее количество обращений на РКЦ зафиксировано во время родов, тогда как наибольшая часть потерь в структуре мертворождений происходит за счет антенатальной смертности (этап амбулаторного наблюдения). Коэффициент корреляции индекса обращаемости за консультативной помощью и процентом оперативного родоразрешения составил за весь период исследования  $-0,53$ , а частотой интранатальной асфиксии по общим итогам работы сельских районов —  $-0,39$ . Эти показатели, как правило, напрямую зависят от способности врача наиболее достоверно изложить акушерскую ситуацию при дистанционном консультировании.

Наиболее значимые показатели зависимости были получены при анализе заболеваемости рожениц и родильниц ( $r = -0,95$ ), при этом немаловажную роль играет снижение частоты кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты ( $r = -0,88$ ), а также в послеродовом периоде ( $r = -0,83$ ).

Результатом проводимой работы стало снижение на территории Республики Коми:

- частоты мертворождений с 7,6‰ в 1995 году до 3,7‰ в 2002 году и 4,4‰ в 2003 году;
- перинатальной смертности с 16,1 до 6,2‰ в 2002 году и 7,2‰ в 2003 году;
- ранней неонатальной смертности с 8,5 до 2,5‰ в 2002 году и 2,8‰ в 2003 году;
- младенческой смертности с 25,3 до 10,9‰ в 2002 году и 9,2‰ в 2003 году;
- частоты кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты в 17 раз с 168,6 до 10,2, кровотечений в послеродовом периоде в 2 раза с 290,9 до 135,6 на 10 000 женщин, закончивших беременность;
- материнской смертности по годам 1997 — 86,64; 1998 — 18,6; 1999 — 31,0; 2000 — 20,5; 2001 — 19,5; 2002 — 9; 2003 — 8,8 на 100 000 родившихся живыми;
- количества пациентов, транспортированных по экстренным показаниям силами санитарной авиации на 35,8%.

## Заключение

Опыт использования системы КЦ позволяет сделать следующие выводы. Внедрение в практику работы ЛПУ системы КЦ:

- существенно влияет на основные показатели смертности (перинатальную, младенческую и материнскую);

— позволяет придать работе по профилактике осложнений беременности и родов плановый характер; адаптируется к конкретным и реальным условиям работы, создавая преемственность в работе лечебных учреждений различного уровня;

— обеспечивает непрерывное повышение квалификации специалистов;

— в оперативном режиме позволяет проводить контроль над акушерской ситуацией в регионе;

— может использоваться с телекоммуникационными технологиями.

### Литература

1. *Автандилов Г.Г.* Патологоанатомическое заключение о причине смерти // Архив патологии. — 1993. — № 4. — С. 83–84.
2. *Фролова О.Г., Токова З.З., Николаева Е.И. и др.* Качество акушерской помощи и критерии его оценки // Материалы V российского форума «Мать и дитя». — М., 2003. — С. 605.
3. *Хаустова М.Ю., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др.* Наш опыт эпидуральной анестезии в акушерстве //

Акушерство и гинекология. — 2000. — № 4. — С. 22–26.

4. *Цыбульский Э.К., Егоров В.М., Казаков Д.П., Ломовских В.Е.* Реанимационно-консультативный центр двадцать лет спустя // Материалы российского конгресса педиатров. — М., 2001. — С. 230–231.
5. *Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др.* Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. — СПб: Петрополис, 2003. — 477 с.

### THE REMOTE CONSULTING CENTRE – OPERATIVE CONTROL FOR RENDERING OBSTETRIC CARE IN KOMI REPUBLIC

Murashko M.A.

■ **The summary:** the work presented gives the analysis of the introduction of the remote consulting centre model in the field of obstetrics and gynecology. The 7-years retrospective efficiency analysis of the consulting care model in the territory of the Komi republic was carried out.

Conclusion: the remote consulting care is responsible for the reduction of the basic parameters of maternal, perinatal and infant (neonatal) mortality.

■ **Key words:** maternal mortality rate, perinatal mortality rate, remote consulting centre, obstetric care.