

УДК 618.2-081.215

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Р.А. Часнойть*, В.А. Лискович**, Л.Н. Кеда**, И.А. Наумов**

Управление здравоохранения Гродненского облисполкома*

УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом»**

Анализируется эффективность лечебно-диагностического процесса в Гродненском областном клиническом родильном доме с целью разработки мероприятий по его дальнейшему совершенствованию.

Ключевые слова: беременные, новорожденные, перинатальные технологии.

Analysis of efficiency rate of medical and diagnostic practice has been evaluated and that aimed at creating measures for managerial improvement.

Key words: pregnant females, new-borns, perinatal technologies.

Введение

Система государственных гарантий предусматривает, как доступность оказания акушерско-гинекологической помощи, так и обеспечение ее качества [3]. Применительно к акушерскому стационару качество оказания медицинской помощи охватывает перинатальную заболеваемость и перинатальную смертность (ПС), результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациентов, включая их удовлетворенность медицинским обслуживанием, наличием осложнений лечения, родоразрешения и т.д. [2]. В связи с этим особую актуальность приобретает постоянный анализ качества лечебно-диагностического процесса с целью его дальнейшего совершенствования [1].

Цель исследования: анализ лечебно-диагностической деятельности Гродненского областного клинического родильного дома в 2005 году.

Материалы и методы

В основу работы положены данные клинко-статистического анализа, характеризующие ведение и родоразрешение беременных, а также лечения новорожденных в Гродненском областном клиническом родильном доме.

Результаты и обсуждение

В 2005 году в роддом поступили 4375 пациентки (2004 г. – 4118 пациенток). В плановом порядке были госпитализированы 2171 беременная (73,5%), 582 гинекологических больных (13,3%), 19 женщин поступили для выполнения медицинского аборта (4,3%) (2004 г. – 59,1%, 13,1% и 5,2%, соответственно). Из 1114 беременных, госпитализированных в экстренном порядке, значительное большинство (70,7%) были госпитализированы по поводу срочных родов, 8,9% женщин – по поводу угрожающих преждевременных родов, 5,3% женщин – по поводу начавшихся преждевременных родов.

В соответствии с приказом управления здравоохранения Гродненского облисполкома от 17 ноября 1997 года №338 «Об организации перинатальной помощи в Гродненской области» роддом активно функционирует в качестве перинатального центра III уровня и в нем концентрируется наиболее тяжелая акушерская патология из районов области. По итогам 2005 года удельный вес госпитализированных пациенток с осложненным течением беременности и родов достиг 87% (2004 г. – 85%). Несмотря на это, уже на протяжении 7 лет в роддоме не регистрировались случаи материнской смертности.

В роддоме в период с 2000 по 2005 г. достоверно увеличилось ($p < 0,05$) количество беременных, родоразрешенных по соответствующим показаниям на III уровне оказания перинатальной помощи (рис. 1).

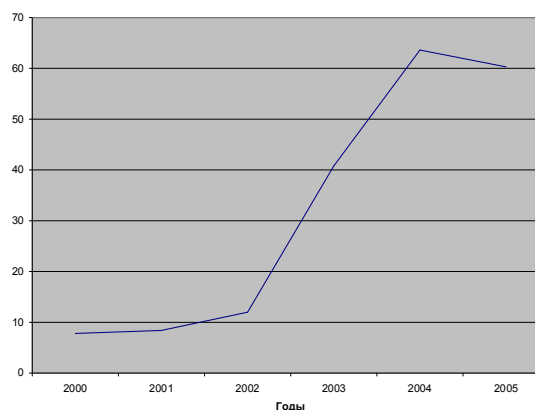


Рис. 1. Динамика удельного веса родильниц на 3 уровне оказания перинатальной помощи (%) в УЗ «ГОКРД» в 2000-2005 гг.

В 2005 году в роддоме как перинатальном центре III уровня были родоразрешены 1149 беременных из районов области - 45,2% от общего количе-

ства родов (2004 г. – 901 - 39,6%, соответственно). Это в сравнении с 2004 годом привело к увеличению на 7,0% количества родов, достигшее 2542.

В 2005 году в сравнении с 2004 годом количество пациенток из районов области, родоразрешенных по поводу преждевременных родов, увеличилось на 25% и достигло 110 – 8,0% от общего количества родов. Это привело к увеличению количества преждевременных родов до 204 (рост показателя составил 9,7%) – 59,1% от количества преждевременных родов по области (на 16,2% больше, чем в 2004 году).

В 2005 году на 27,8% увеличился удельный вес своевременно госпитализированных в роддом беременных с преждевременными родами. Это, в свою очередь, позволило повысить эффективность мероприятий по профилактике синдрома дыхательных расстройств у новорожденных, значительное большинство которых – 138 (67,3%) – родились без признаков асфиксии. В тяжелой асфиксии родились 15 новорожденных (7,5%), что явилось следствием их выраженной недоношенности и рождения с крайне низкой – менее 1500 г. – массой тела.

В 2005 году в сравнении с 2004 годом зарегистрировано достоверное увеличение ($p < 0,05$) количества случаев оперативного родоразрешения у женщин с преждевременными родами. При этом количество выполненных операций кесарева сечения достигло 99, составив в этой группе 48,5%. В плановом порядке оперативным путем были родоразрешены 59,6% женщин – 10,9% от всех выполненных в роддоме плановых операций кесарева сечения (2004 г. – 50,9% и 6,0%, соответственно). Основными показаниями к плановому оперативному родоразрешению являлись ягодичное предлежание плода, длительно текущий гестоз, рубец на матке, миопия высокой степени, хроническая внутриутробная гипоксия плода, гипотрофия плода. Показаниями к экстренному родоразрешению путем операции кесарева сечения в 2005 году являлись начавшаяся внутриутробная асфиксия плода, упорная слабость родовых сил, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, поперечное положение плода, выпадение петель пуповины.

В 2005 году в роддоме были родоразрешены 53 пациентки с многоплодной беременностью (2004 г. – 46), в том числе 43,3% беременных в сроке свыше 37 недель беременности (2004 г. – 54,4%). Своевременная родовая госпитализация не была осуществлена в 32,7% случаев: 14 их женщин поступили в I периоде преждевременных родов, трое – при доношенной беременности с преждевременным излитием околоплодных вод.

В клинической группе женщин с многоплодной беременностью зарегистрирована высокая частота

(69,8%) оперативного родоразрешения. Это в значительной степени было связано с тем, что 70,6% женщин с многоплодной беременностью из числа несвоевременно госпитализированных были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Плановое оперативное родоразрешение было выполнено 67,6% беременным с многоплодной беременностью.

Из 106 детей, родившихся у пациенток с многоплодной беременностью, 56,6% младенцев имели признаки недоношенности. Среди всех новорожденных только 20 недоношенных детей родились в асфиксии легкой степени. В структуре причин асфиксии ведущие рейтинговые места заняли хроническая плацентарная недостаточность с выраженным синдромом внутриутробной задержки развития плода, нарушение плодово-плацентарного кровообращения и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

В 2005 году было проведено 94 родов (3,7% от всех родов) в ягодичном предлежании (в 2004 году – 104 – 4,4%). Своевременная родовая госпитализация была осуществлена в 67% случаев. Не были своевременно госпитализированы 15 женщин с доношенной и 14 пациенток - с недоношенной беременностью, что явилось ведущей причиной высокой частоты экстренного оперативного родоразрешения (26%) при ягодичном предлежании плода. Без признаков асфиксии родилось 84% новорожденных, в асфиксии легкой степени – 12,8% детей, в тяжелой асфиксии - 4,2% младенца. Причинами рождения детей в асфиксии тяжелой степени явилась несвоевременная госпитализация беременных при преждевременном излитии околоплодных вод и глубокая недоношенность новорожденных, все из которых родились в сроке 29 недель гестации. Краткосрочность пребывания в стационаре, длительный безводный период (более 12 часов) и экстренное оперативное родоразрешение не позволили провести профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода.

В 2005 году было родоразрешено 593 беременных, страдавших поздним гестозом, в том числе 89% женщин поступили в роддом с гестозом легкой степени тяжести, 9,1% беременных имели гестоз средней степени тяжести, тяжелое течение гестоза было зарегистрировано у 1,9% пациенток.

Классическая триада симптомов (отеки, протеинурия, гипертензия) была выявлена у 29,8% обследованных, моносимптомный гестоз – у 28,8% женщин, в том числе отечный синдром – у 20,5% пациенток, гипертензия – у 11,7% беременных. Сочетание гипертензии и отеков было выявлено у 20,3% обследованных, гипертензии и протеинурии – у 21,1% беременных.

У 84,5% беременных поздний гестоз развился

на фоне имевшейся ЭГП. Заболевания мочеполовой системы были зарегистрированы у 16,3% беременных, нейроциркуляторная дистония – у 13,6% женщин, нарушения жирового обмена – у 13,3% обследованных, заболевания щитовидной железы – у 10,7% пациенток. Анемией страдали 10,2% беременных, заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены у 9,9% пациенток, артериальная гипертензия – у 6,7% обследованных. Значительно реже беременные страдали варикозной болезнью нижних конечностей – 6,4% обследованных, сахарным диабетом – 1% беременных, и бронхиальной астмой – 0,5% женщин.

Достоверно чаще ($p < 0,05$) поздний гестоз регистрировался у первородящих, причем 82 женщины (13,8%) были возрастными первородящими. При анализе течения настоящей беременности установлено, что у 64,1% повторнородящих, перенесших ранее поздний гестоз, наблюдался его рецидив.

Достоверно чаще ($p < 0,05$) поздний гестоз регистрировался у женщин в возрасте 18-25 лет – 51,9%. В возрасте до 17 лет гестоз зарегистрирован у 1,2% женщин, в 26-30 лет – у 20,9% пациенток, в возрасте старше 31 года – у 26,04% обследованных.

При оценке состояния фетоплацентарной системы у каждой второй беременной с гестозом была выявлена хроническая внутриутробная гипоксия плода. Критическое состояние маточно-плацентарного кровотока было диагностировано у 6,7% обследованных, а синдром задержки развития плода – у 5,6% беременных.

У 251 беременных (42,3%) с поздним гестозом роды были закончены оперативным путем, причем, 66% женщин были оперированы в плановом порядке. Наиболее частыми показаниями к плановому родоразрешению являлись рубец на матке – 25,5% женщин, внутриматочная гипоксия плода и нарушение плодово-плацентарного кровообращения (15,8%), ягодичное предлежание (12%), миопия высокой степени (11%), многоплодная беременность или наличие сочетанной ЭГП (7,3%). У 3% беременных операция кесарева сечения в плановом порядке была выполнена при поперечном положении плода, у 1,8% – при выявлении симфизита или расхождения лонного сочленения, у 1,2% женщин – при наличии глаукомы. Показаниями к экстренному родоразрешению являлись упорная слабость родовых сил – у 43% женщин, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода – у 32,6%, высокое прямое стояние стреловидного шва – у 11,6%, преждевременная отслойка плаценты – у 11,6%, клинически узкий таз – у 1,2% женщин.

При поступлении в роддом 33 (5,6%) беременных с поздним гестозом были госпитализированы

в отделение реанимации, в том числе 11 (33,3%) из них – с тяжелым течением гестоза. Направление на госпитализацию 2 (18,2%) больных с тяжелым течением гестоза было осуществлено в сроки гестации 22-28 недель, 1 (9,1%) – в 28-32 недели, 6 (54,5%) – в 32-36 недель, 2 (18,2%) женщин – в сроки беременности свыше 36 недель.

Из 11 больных с тяжелым течением гестоза, находившихся на лечении в отделении реанимации, 90,9% пациенток были родоразрешены путем операции кесарева сечения, одна – через естественные родовые пути. В 9 случаях (90%) операции были выполнены в плановом порядке, причем 3 пациентки (33,3%) были родоразрешены в течение первых суток от момента поступления в отделение. Показаниями к плановому родоразрешению являлись длительно текущий гестоз, не поддающийся медикаментозной терапии, плацентарная недостаточность, нарушение плодово-плацентарного кровообращения III степени, отсутствие готовности родовых путей к родам. Одна беременная с тяжелым гестозом была родоразрешена в экстренном порядке по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Среди лечившихся в отделении реанимации 15,2% беременных с поздним гестозом были переведены для дальнейшего ведения в отделение патологии, а 84,8% пациенток были родоразрешены, в том числе, в сроке до 36 недель – 18 беременных (64,3%). В отделении реанимации средняя длительность лечения до родоразрешения беременных с гестозами III степени тяжести составила 4 койко-дня.

Всего досрочно в связи с длительно текущим гестозом путем операции кесарева сечения были родоразрешены 18 женщин (3% от общего количества беременных с гестозом). В зависимости от срока гестации они распределились следующим образом: в 22-28 недель – 2 пациентки (11%), в 28-32 недель – 1 (5,5%), в 32-36 недель – 14 (78%), более 36 недель – 1 (5,5%).

У женщин с поздним гестозом родились 602 ребенка, в том числе, доношенными родились 539 (91%) детей и 63 (9%) ребенка – недоношенными. Состояние 582 (96,7%) детей при рождении было оценено как удовлетворительное. У 20 новорожденных при рождении была зарегистрирована асфиксия различной степени тяжести. В легкой степени асфиксии родились 17 детей (85%), в тяжелой – 3 новорожденных (15%). Причинами асфиксии явились длительно текущий гестоз с нарушением плодово-плацентарного кровообращения (60%), а также обвитие пуповины, слабость потуг, длительный безводный период, недоношенность, внутриутробная инфекция.

У женщин, беременность у которых осложни-

лась развитием позднего гестоза, было зарегистрировано 4 случая антенатальной гибели плодов, уровень ПС в этой группе составил 6,70‰. Согласно патолого-анатомическому заключению основными причинами антенатальной гибели плодов явились внутриутробная асфиксия, обусловленная нарушением маточно-плацентарного кровообращения в связи с массивными инфарктами плаценты и преждевременной ее отслойкой (75%), а также гипоплазия и нарушение созревания плаценты (25%).

В 2005 году в роддоме было выполнено 822 операции кесарева сечения – 32,3% от количества родов (2004 г. – 655 – 27,1%, соответственно) и 48% от всего количества операций кесарева сечения по области. Рост количества операций кесарева сечения был обусловлен увеличением (в 1,4 раза) направлений соответствующих контингентов беременных из районов области для планового оперативного родоразрешения.

Динамика частоты планового оперативного родоразрешения в 2000–2005 гг. представлена на рис. 2.

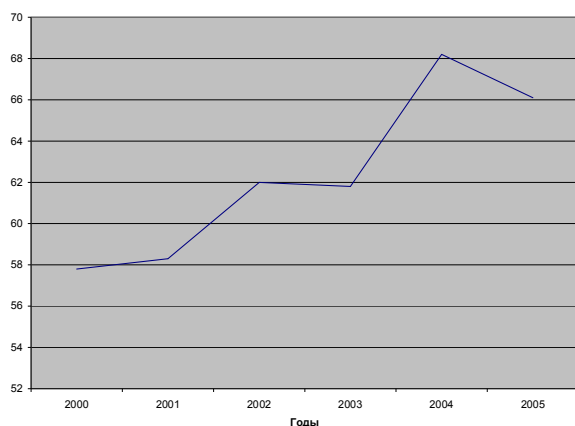


Рис. 2. Динамика количества плановых кесаревых сечений (%) в УЗ «ГОКРД» в 2000–2005 гг.

В 2005 году в роддоме было 59 случаев акушерских кровотечений – на 13,6% меньше, чем в 2004 году. Кровотечения были зарегистрированы у 35 беременных в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, а также у 31 родильницы. В 2005 году не было случаев кровотечений, связанных с нарушением свертываемости системы крови.

Наиболее частой причиной кровотечений явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, зарегистрированная у 28 женщин, в том числе, в 50% случаев – при доношенной, 28,6% – при недоношенной, а 21,4% – при пролонгированной беременности.

При анализе факторов «риска» и причин развития преждевременной отслойки плаценты в анамнезе пациенток выявлена высокая частота медицинских абортов и выкидышей, составившая 59,4%. У 21,9% беременных преждевременная

отслойка плаценты развилась на фоне позднего гестоза, у 28,1% женщин зарегистрировано преждевременное излитие околоплодных вод, у 40,6% обследованных – наличие инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы. Ведущая роль последних была подтверждена результатами гистологических исследований плацент, в которых в 43,6% случаев были выявлены воспалительные изменения.

У 25 женщин, роды у которых осложнились преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, были выполнены операции кесарева сечения, у 3 женщин роды закончились через естественные родовые пути. Объем кровопотери составил 600–820 мл. Родилось 36 живых детей, 1 плод погиб антенатально до поступления в стационар. В 33 случаях (91,7%) дети родились признаков без асфиксии. Трое недоношенных детей с тугим обвитием пуповины вокруг шеи родились в состоянии тяжелой асфиксии.

В 2005 году у родильниц было зарегистрировано 31 кровотечение (2004 г. – 35 случаев), при этом достоверно чаще ($p < 0,05$) они носили гипотонический характер, гематомы же различной локализации были выявлены в 6,5% случаев. Объем кровопотери до 500 мл зарегистрирован у 15 (48,3%) родильниц, 500–750 мл – у 8 (25,8%) женщин, 750–1000 мл – у 3 (9,6%) обследованных, более 1250 мл – у 5 (16,3%) пациенток. В 2-х случаях кровопотеря осложнилась геморрагическим шоком I–II степени. Гемотрансфузия была произведена в 15 случаях (48%). При проведении анализа установлено, что через естественные родовые пути были родоразрешены 27 женщин, у которых развились послеродовые кровотечения, 4 пациентки были родоразрешены оперативным путем.

В 2005 году в роддоме был зарегистрирован 21 случай ПС (2004 г. – 42 случая). Таким образом, уровень ПС уменьшился в 2,1 раза и составил 8,1‰ (2004 г. – 17,4‰), в том числе, без учета маловесных новорожденных – 5,4‰ (2004 г. – 9,2‰). В 2005 году ПС была зарегистрирована у пациенток из 12 районов области, при этом в самом роддоме не было случаев антенатальной гибели плодов.

Динамика ранней неонатальной смертности (РНС) в роддоме 2000–2005 гг. имеет четкую тенденцию к снижению (рис. 3). По итогам 2005 года РНС составил 2,3‰ (2004 г. – 3,4‰). Случаев РНС среди доношенных новорожденных не было (2004 г. – 0,9‰). В срок 0–6 суток умерло 6 недоношенных детей (2004 год – 8 детей) и 1 недоношенный новорожденный умер в сроке после 7 суток (2004 год – 2 ребенка).

Нозологические причины РНС представлены в таблице 1.

В 2005 году в роддоме были проведены 15 кли-

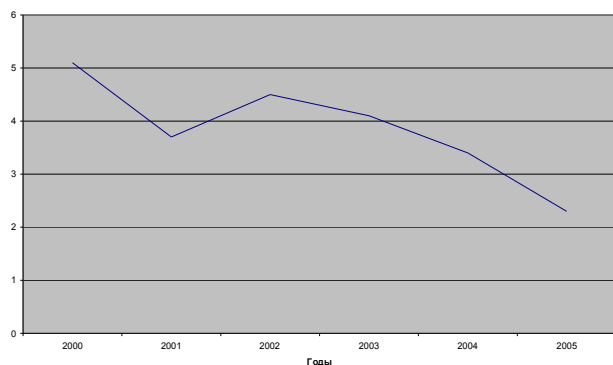


Рис. 3. Динамика ранней неонатальной смертности (%) в УЗ «ГОКРД» в 2000-2005 гг.

Таблица 1. Нозологические причины РНС

Нозологические формы	2005	2004
МВПР	2	2
Врожденная пневмония	1	-
ВПС	1	3
ВПП легких	1	2
РДС	1	2
ВЖК	1	1

нико-анатомических конференций. Случаев расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов не было (2004 г. – 2). О выявленных на всех этапах оказания медицинской помощи недостатках регулярно информировалось управление здравоохранения Гродненского облисполкома.

Благодаря внедрению современных перинатальных технологий и алгоритмов лечения беременных в отделениях стационара, адекватному наблюдению за беременными в родильном зале, кардиомониторированию состояния плода в родах, а также внедрению принципов доказательной медицины при обосновании диагноза заболевания у новорожденного, заболеваемость новорожденных в роддоме в 2000-2005 гг. достоверно уменьшилась ($p < 0,05$) и по итогам 2005 года составила 357,8‰ (рис. 4).

В 2005 году снижение заболеваемости зарегистрировано практически по всем нозологическим формам (таблица 2).

В 2005 году в роддоме было проведено 106 консилиумов в отделении реанимации, 52 - в акушерских отделениях и 187 - в детских отделениях. Все

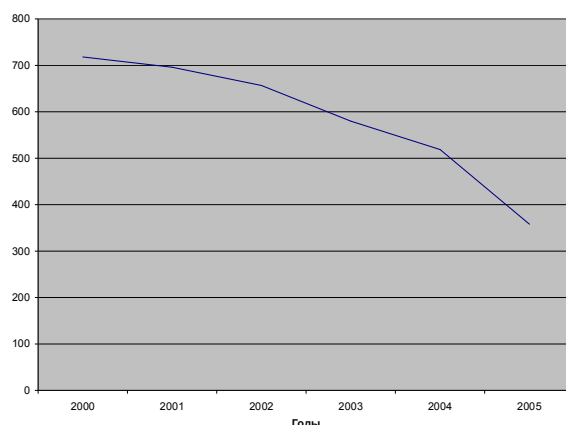


Рис. 4. Динамика заболеваемости новорожденных (%) в УЗ «ГОКРД» в 2000-2005 гг.

Таблица 2. Структура заболеваемости новорожденных

Нозологии	2005 (%)	2004 (%)
ЗВУР	25,2	46,3
ХВГ, асфиксия	41,1	77
Кровотечения у плода и новорожденного	5,8	17,7
ГБН	7	10,9
Неонатальные желтухи	52,3	63,5
Прочий родовой травматизм	28,7	35,8
ВПП	33,3	36,2
Гематологические нарушения	23,6	30,3

решения консилиумов были выполнены, что позволило избежать серьезных клинических осложнений.

Заключение

Таким образом, организация лечебно-диагностического процесса в Гродненском областном клиническом родильном доме основана на постоянном оперативном и ежеквартальном анализе деятельности структурных подразделений и направлена на неуклонное повышение качества акушерско-гинекологической помощи населению Гродненской области.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Журнал акушерства и женских болезней. – 1997. – Вып. 1. – С. 6-11.
2. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в лечебно-профилактических учреждениях республики: Метод. рекомендации / О.Н. Харкевич, В.А. Лискович, Г.А. Шишко и др.; МЗ РБ, НИИ ОМД. – Мн., 2000. – 22 с.
3. Бурдули, Г.М., Фролова, О.Г. Репродуктивные потери. – М.: Триада-Х, 1997. – 188 с.