

Новая идеология оказания акушерско-гинекологической помощи: ОПЫТ СТОЛИЦЫ

Сегодня в Украине, где охрана материнства и детства отнесены к разряду национальных приоритетов, активно формируется многоуровневая система оказания специализированной медицинской помощи женскому населению различных возрастных групп, беременным, роженицам и новорожденным. О кардинальных изменениях в этой области, которые происходят в рамках реализации медицинских проектов столицы, мы попросили рассказать **Дмитрия Говсвева**, заместителя главного врача по лечебной работе Киевского городского родильного дома № 5.

— **Дмитрий Александрович**, с целью предупреждения роста заболеваемости среди женского населения с января 2012 г. в Соломенском районе столицы внедряется пилотный проект по реорганизации акушерско-гинекологической службы г. Киева, согласно которому все женские консультации района подчинены Роддому № 5. Скоро исполнится год тесного сотрудничества между женскими консультациями и данным родовспомогательным стационаром. Каких результатов удалось достичь благодаря такому тандему специалистов акушерско-гинекологической службы?



— Действительно, в связи с ухудшением состояния здоровья женского населения столицы, многочисленными случаями запущенности гинекологических новообразований, неравенством доступности

качественной медицинской помощи для женщин, высокими показателями перинатальной смертности наш роддом принял активное участие в пилотном проекте, призванном изменить сложившуюся ситуацию к лучшему. Такая необходимость назрела также в связи с несоответствием современным требованиям лечебно-хирургической деятельности женских консультаций, их недостаточной лабораторно-инструментальной базой, отсутствием единой стратегии диспансеризации беременных и пациенток гинекологического профиля; дублированием лабораторных тестирований и неоправданными расходами на их проведение при переходе пациентки из женской консультации в стационар; отсутствием у врачей поликлиник возможности проведения ультразвуковой диагностики, прохождения специализации по перинатальной патологии.

Поэтому в соответствии с распоряжением Киевской городской государственной администрации от 07.07.2011 г. № 1193 «О внедрении пилотного проекта

по реорганизации акушерско-гинекологической службы города Киева» и согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 23.02.2000 г. № 33 «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения» (приложение 33) с января 2012 г. в состав Роддома № 5 вошли 3 женские консультации Соломенского района Киева, которые обслуживают 155 587 женщин района.

В рамках проекта с целью улучшения качества медицинской помощи женщинам в структуре женских консультаций выделены кабинеты для еженедельного консультативного приема заведующих отделениями роддома, сосудистого хирурга, онкогинеколога. 70% врачей женских консультаций осуществляют регулярные дежурства в роддоме, а также проходят постоянное обучение в виде семинарских занятий на базе роддома со сдачей ежемесячного зачета, получают круглосуточные консультации специалистов роддома в телефонном и online-режимах. Для унификации исследований организована работа единой клинико-диагностической

лаборатории. Еженедельные оперативные совещания у главного врача роддома Михаила Макаренко позволяют своевременно оценивать и делать коррективы в процессе проведения пилотного проекта.

Такая тесная взаимосвязь нашего учреждения с женскими консультациями за 9 мес текущего года позволила достичь соблюдения единой тактики ведения пациенток с их своевременной госпитализацией, что обеспечило снижение осложнений беременности и родов. Так, количество патологических родов уменьшилось с 28 до 25,9%, младенческая смертность снизилась с 5,03 до 2,89%, количество urgentных госпитализаций — с 58 до 18%. Также повысилось качество обследований — количество выявленной доклинической патологии шейки матки при цитологическом исследовании возросло почти вдвое (с 308 до 636 случаев).

— Сейчас в столице активно формируется многоуровневая система оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. В частности, на базе Роддома № 5



с конца 2013 г. планируется функционирование Перинатального центра, который будет выполнять функцию методического центра и обеспечивать оказание медицинской помощи беременным с экстрагенитальной патологией. По Вашему мнению, готово ли данное медицинское учреждение стать Перинатальным центром?

— Роддом № 5 специализируется на родовспоможении женщинам с экстрагенитальной патологией с 1985 г. В текущем году количество родов данной категории рожениц в нашем учреждении составило 80%. Для работы в качестве Перинатального центра у нас есть все: поддержка государства (Национальный проект «Новая жизнь — новое качество охраны материнства и детства»), поддержка города (Концепция развития перинатальной помощи в городе Киеве), высококвалифицированные кадры, оборудование, отремонтированное здание, большой опыт и, главное, — желание реализовать те разработки и рекомендации, которые позволяют растить здоровое новое поколение.

Ведь реорганизация роддома в Перинатальный центр — это не только более

высокий уровень родовспоможения. Это — новая идеология перинатальной помощи, основанная на более ответственном отношении медицинских работников к родившемуся ребенку. В условиях Перинатального центра врач несет ответственность не только за безопасность матери и ребенка во время его рождения, но и за здоровье малыша в последующем, дабы он не стал бременем ни для семьи, ни для государства. Сегодня уровень медицинской помощи при родах и в ранний послеродовой период позволяет избежать младенческой смертности, но это вопрос не просто сохранения жизни маленького человека: речь о предупреждении инвалидности ребенка в ходе его дальнейшего развития. На сегодня централизованной системы реабилитации «проблемных» детей, каковыми являются, в первую очередь, недоношенные младенцы, пока нет. К сожалению, существование разрозненных центров (нейрореабилитации, реабилитации поврежденных глазного дна) не позволяет проводить комплексную реабилитацию. При этом недоношенные, в том числе с критически низкой массой тела, нуждаются в своевременном, длительном

и всестороннем восстановлении функций головного мозга, зрения, слуха, легких. При промедлении с реабилитацией лишь на несколько недель — месяцев происходят непоправимые изменения, ведущие к пожизненной инвалидности. За время аппаратной поддержки недоразвитых органов новорожденного в условиях центра невозможно достигнуть их полноценного функционирования. Кроме этого, стоит учитывать основную причину, обусловившую преждевременные роды, и препятствовать ее дальнейшему воздействию на ребенка. Поэтому врачи, выписывая таких детей из Перинатального центра, делают прогноз и рекомендации педиатрам, семейным врачам, социальным работникам, учитывающие все нюансы индивидуальной реабилитации и укрепления организма ребенка, с целью развития его здоровым и полноценным членом общества.

Хотелось бы, чтобы такую идеологию разделяли и внедряли во всех перинатальных центрах страны. А мы, в свою очередь, готовы делиться опытом.

*Юлия Ермолова,
фото Сергея Бека*

Реферативна інформація

Дефицит витамина B₁₂ и фолатов может привести к депрессии

Употребление недостаточного количества фолатов и витамина B₁₂ повышает риск развития меланхолической депрессии (депрессивного расстройства, характеризующегося сниженным настроением и ангедонией) — к такому выводу пришли ученые из психиатрического отделения Окружного госпиталя Южного Саво (Department of Psychiatry of the Hospital District of Southern Savo), Финляндия. Они также установили, что у пациентов с депрессией без меланхолических проявлений (депрессивное расстройство, характеризующееся сниженной самооценкой, обостренным чувством тревоги и сожаления) чаще выявляют метаболический синдром.

Большинство исследований, в которых изучалось влияние диеты на риск развития депрессии, были сфокусированы на анализе различных видов питания и протекторных свойствах рыбьего жира, морепродуктов и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. Так, в 2009 г. доказано, что у лиц, придерживающихся средиземноморской диеты, содержащей много овощей, фруктов, бобовых и продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами, значительно ниже риск развития депрессивного синдрома. В более ранних эпидемиологических исследованиях ученые обратили внимание на то, что диета с высоким содержанием углеводов и низким содержанием жира приводила к снижению уровня тревожности и риска развития депрессии. В данном исследовании впервые изучалось влияние питания на развитие различных подтипов депрессивного синдрома. Его результаты опубликованы в «Journal of Affective Disorders».

В ходе исследования ученые проанализировали данные 2806 человек (1328 мужчин и 1478 женщин в возрасте 45–74 лет). Состояние их здоровья оценено в ходе проекта MONICA, мультинационального мониторинга факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, проводимого под контролем ВОЗ. Наличие у участников депрессивного синдрома оценивали с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory), уровень фолатов и витамина B₁₂ в рационе питания — с помощью анкет-опросников. Кроме того, определяли уровень витамина B₁₂ в плазме крови.

Оказалось, что признаки депрессии отмечены у 429 участников, из которых у 138 — с признаками меланхолической,

а у 291 — немеланхолической. Проанализировав полученные результаты, авторы пришли к выводу, что у участников, в рационе питания которых содержалось большое количество фолатов, риск развития меланхолического депрессивного синдрома был почти на 50% ниже по сравнению с получавшими недостаточно производных фолиевой кислоты (относительный риск (ОР) 0,55; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,34–0,90; p=0,003). Так, в рационе питания участников без признаков депрессивных расстройств содержалось 434±93 мкг/сут, а с признаками депрессии — 421±103 мкг/сут фолатов, причем у пациентов с меланхолической формой уровень фолатов в диете составлял 408±84 мкг/сут. Взаимосвязь дефицита фолатов и развития немеланхолического депрессивного расстройства оказалась статистически недостоверной. Дефицит в диете витамина B₁₂ также повышал риск развития меланхолического типа депрессии (ОР 2,75; 95% ДИ 1,66–4,56; p<0,001) и не оказывал влияния на риск развития немеланхолического типа заболевания.

В другой части исследования ученые доказали, что риск развития метаболического синдрома у участников с немеланхолической депрессией в 2 раза выше, чем с меланхолической (ОР 61%; 95% ДИ 47–74 против ОР 51%; 95% ДИ 39–62) или здоровых людей (ОР 54%; 95% ДИ 52–57 против ОР 48%; 95% ДИ 45–51). У них отмечалось значительное повышение уровня глюкозы и концентрации триглицеридов в плазме крови.

Ученые считают, что результаты исследования могут иметь практическое значение при выборе оптимальной терапии для больных с депрессивными расстройствами. Например, при лечении пациентов с депрессией без меланхолического синдрома не стоит применять препараты, которые могут способствовать увеличению массы тела, а больным с меланхолической депрессией нужно рекомендовать уделять особое внимание сбалансированности и рациональности питания.

Seppälä J., Koponen H., Kautiainen H. et al. (2012) Association between folate intake and melancholic depressive symptoms. A Finnish population-based study. J. Affect. Disord., 138(3): 473–478.

University of Eastern Finland (2012) Lack of nutrients and metabolic syndrome linked to different subtypes of depression. ScienceDaily, Nov. 26 (www.sciencedaily.com/releases/2012/11/121126131215.htm).

Юлия Котикович