

*Михайло Макаренко*

## Стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги в умовах реформування акушерсько-гінекологічної служби міста Києва

Сьогодні не викликає сумнівів, що будь-яка ефективна стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги має базуватися на принципі єдності здоров'я матері та дитини.

Так само, аксіомою є і той факт, що наразі медична допомога жінкам України потребує суттєвого вдосконалення.

У місті Києві основою фундаменту реформування охорони здоров'я в галузі акушерства та гінекології було визначено переорієнтацією на **первинну медико-санітарну допомогу** вагітним, жінкам та дівчаткам. На переконання фахівців, діяльність яких спрямована на кардинальні зміни в наданні цієї допомоги, саме така стратегія має пріоритетне значення для оптимізації роботи акушерсько-гінекологічної служби міста Києва.

Законодавчим підґрунтям реалізації проекту стало розпорядження КМДА від 07.07.2011 р. № 1193, м. Київ «Про впровадження пілотного проекту по реорганізації акушерсько-гінекологічної служби міста Києва» та Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33, згідно з яким жіноча консультація може бути віднесена до структури пологового будинку.

**Пілотний проект реорганізації акушерсько-гінекологічної служби був запроваджений в 2012 році в Солом'янському районі міста Києва.**

Основна мета, якої ми прагнемо досягти реалізувавши цей Проект, – створення ефективної системи нагляду і надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги жінкам єдиним амбулаторно-стаціонарним об'єднанням.

Важливо розуміти, що при впровадженні Пілотного проекту по реорганізації акушерсько-гінекологічної служби в Солом'янському районі міста Києва основними принципами надання акушерсько-гінекологічної допомоги залишаються: систематичний, кваліфікований, рівною мірою доступний для всіх верств населення лікарський, амбулаторний та профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування акушерської та гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовки вагітних до пологів.

**Якщо тезисно визначити основні завдання проекту, то це:**

- створення єдиної стратегії диспансеризації вагітних та гінекологічних пацієнток і, як наслідок, – єдиної ефективної системи надання медичної допомоги жіночому населенню, що відповідає вимогам сьогодення;
- однакова доступність медичної допомоги сучасного рівня для жінок усіх верств населення за принципом «єдиного вікна»;
- зниження показників перинатальної смертності;
- підвищення рівня діагностики онкозахворювань та, як наслідок, унеможливлення випадків занедбаності новоутворень гінекологічної сфери;
- забезпечення жіночих консультацій сучасною діагностично-інструментальною базою;
- підвищення фахового рівня лікарів акушерів-гінекологів жіночих консультацій шляхом відновлення принципу ротації спеціалістів;



- оптимізація та раціональне використання кадрових та фінансових ресурсів.

Слід звернути увагу: завдання були сформульовані таким чином, щоб поступово, планово та покроково досягти основної мети Проекту – створення ефективної системи нагляду і надання акушерсько-гінекологічної медичної допомоги жінкам для очевидного, якісного покращання стану здоров'я жіночого населення.

**Нагадаю, що Пілотний проект по реорганізації акушерсько-гінекологічної служби міста Києва фактично запрацював у Солом'янському районі столиці з січня 2012 року.**

У результаті впровадження Пілоту на сьогодні до складу пологового будинку № 5 входять: 3 жіночі консультації (ЖК), які обслуговують 155 тис. 587 жінок.

Діяльність жіночих консультацій будується на дільничному принципі. Для покращання якості надання медичної допомоги майбутнім мамам в ЖК № 2 та № 3, спираючись на багаторічний позитивний досвід роботи ЖК № 1, прийоми розділені на акушерський та гінекологічний.

Навантаження на одну гінекологічну дільницю становить від 4000 до 6000 жінок. Поряд із тим на обліку на акушерській дільниці перебуває 220–250 вагітних.

Задля підвищення рівня доступності до інформації та акушерсько-гінекологічної послуги в районі запроваджено цілодобову телефонну «гарячу лінію».

Лікарі дільниць, крім прийому в консультації, надають допомогу на дому вагітним, породіллям, гінекологічним хворим, які за станом здоров'я не можуть самі з'явитися на амбулаторний прийом. Також дільничний гінеколог один раз на тиждень веде прийом в амбулаторії сімейного типу на своїй дільниці згідно з розкладом.

Лікарі жіночих консультацій за виявленим бажанням мають чергування в пологовому будинку № 5.

На базі КМПБ №5 один раз на тиждень проводять заняття для всіх лікарів акушерів-гінекологів з теоретичної підготовки.

Лікарі пологового будинку за необхідності консультують пацієнтів на базі ЖК згідно з графіком.

Кадровий потенціал та матеріально-технічне забезпечення ЖК пологового будинку № 5 дозволяє надавати висококваліфіковану допомогу жіночому населенню.

У ЖК працює 31 акушер-гінеколог, з яких 90% атестовано. У порівнянні з 2011-м роком матеріально-технічна база ЖК значно покращена. Так, адміністрацією КМПБ № 5 було придбано гінекологічні крісла з гідравлічним приводом, сучасні кольпоскопи, сухожарові шафи, оновлений інструментарій та меблі. Для зручності пацієнтів в кожній ЖК відкриті лабораторії, де здійснюється забір загальних аналізів крові та сечі. Для обслуговування вагітних в ЖК №1 був відкритий кабінет УЗД.

Під нагляд по вагітності в 2013 році до ЖК Солом'янського району надійшло 4508 жінок проти 4094 у 2011 році. Примітно, що 52% з жінок, що звернулися, складають вагітні, які проживають в районі обслуговування, а інші 48% спостерігаються в ЖК пологового будинку № 5 за власним бажанням з дозволу адміністрації пологового будинку.

Значно зріс і відсоток вагітних обстежених дворазово УЗД до 22 тиж, (2011 – 82%, 2012 – 90%, 2013 – 91%). Цей показник корелює з показником виявлених за допомогою УЗД патологій – відповідно: у 2011 – 649 (18,4%), 2012 рік – 971 (28%), 2013 – 1202 (32,8%).

Кількість виявлених вроджених вад розвитку плода за допомогою УЗД становила 15 у 2011 р., 33 – 2012 та 37 у 2013 р.

Ураховуючи те, що вагітні мають змогу безпосередньо в КМПБ № 5 обстежуватись на маркери хромосомних патологій, значно зросла питома вага таких обстежених – з 75% в 2011 році до 91% – в 2013 році.

Вочевидь, головним показником роботи акушерської служби сьогодні залишається показник перинатальних втрат. Із запровадженням Пілотного проекту в Солом'янському районі він знизився в чотири рази (в порівнянні з 2011 роком). Крім того, втричі знизився показник мертвонароджуваності.

І наприкінці, ще кілька фактів на користь Проекту, що на мій погляд, не потребують окремих коментарів. Йдеться про преференції, які надаються в рамках запропонованої реорганізації жіночому населенню міста та загальну оптимізацію роботи акушерсько-гінекологічної служби.

### МЕДИЧНА СКЛАДОВА

Єдиний медичний простір у межах Солом'янського району м. Києва, єдина тактика ведення пацієнток, своєчасна діагностика та госпіталізація обумовили:

- зниження ускладнень вагітності та пологів – кількість передчасних пологів зменшилась на 20% у 2013 році в порівнянні з 2011 роком (Таке зниження показника можна пояснити розвитком тісного зв'язку між КМПБ № 5 та ЖК, відсутністю проблем і відмов у госпіталізації жінок до КМПБ № 5, які цього потребують);

- зниження частоти ургентних госпіталізацій у гінекологічне відділення в 3,2 разу (з 58% в 2011 році до 18% – в 2013 р);

- зниження рівня малокрової смертності на 23% у 2013 році в порівнянні з 2011 роком;

- зниження у 2013 році показника перинатальних втрат до 1,06% у порівнянні з 4,3% у 2011 році;

- підвищення показника виявленої доклінічної патології шийки матки при цитологічному дослідженні (зріс на 40%: з 528 у 2011 році до 762 – у 2013 році).

### СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА

Реалізація принципу «єдиного вікна» забезпечила: доступність сучасної та висококваліфікованої медицини для всіх верств жіночого населення, в тому числі завдяки наявності у пологовому будинку діагностичної апаратури експертного класу.

### ЕКОНОМІЧНА СКЛАДОВА

Використання в лабораторній діагностиці високотехнологічних методів, створення єдиної консультативно-діагностичної бази та широке використання ендоскопічних методів лікування дозволили:

- суттєво знизити видатки на проведення досліджень – зокрема, собівартість одного загального аналізу крові знижено з 20 до 1 грн., а економія витрат на реактиви за час існування проекту становить 280,5 тис. грн.;

- уникнути чисельних дублювань при проведенні обстежень, і таким чином запобігти невиправданним витратам;

- втричі зменшити тривалість перебування пацієнток на листку непрацездатності.

### КАДРОВА СКЛАДОВА

Відновлення принципу ротації серед лікарів акушерів-гінекологів забезпечило:

- постійне підвищення їхнього професійного рівня, перш за все як лікарів хірургічного профілю за повної відсутності залучення додаткових коштів.

Підсумовуючи, слід наголосити, що запропонована модель роботи ЖК в єдиному із пологовим стаціонаром об'єднанні може стати дієвим механізмом для покращання якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню.