

На правах рукописи

ВАРТАПЕТОВА Наталья Вадимовна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ
ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Москва – 2011

Работа выполнена на базе ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный консультант:

Доктор медицинских наук, профессор Михайлова Юлия Васильевна
Заслуженный деятель науки РФ

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Шарапова Ольга Викторовна

Доктор медицинских наук, профессор Сырцова Людмила Ефимовна

Доктор медицинских наук, профессор Фролова Ольга Григорьевна

Ведущая организация:

Государственное образовательное
учреждение высшего
профессионального образования
«Российский университет дружбы
народов»

Защита состоится 24 июня 2011 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254. Г.Москва, ул.Добролюбова, дом 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254. Г.Москва, ул.Добролюбова, дом 11).

Автореферат разослан

2011 г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета

Доктор медицинских наук, профессор Пучков Константин Геннадьевич

Общая характеристика работы

Актуальность работы

В условиях прогнозируемого дальнейшего снижения численности населения России, усугубления негативной динамики его возрастной структуры и роста экономической нагрузки на трудоспособное население важнейшей проблемой демографической политики и необходимым условием обеспечения национальной безопасности страны является сохранение здоровья женщин, повышение рождаемости и сохранение здоровья рождающегося поколения (Римашевская Н.М., 2007; Рыбаковский Л.Л., 2009; Стародубов В.И., 2009; Суханова Л.П., 2010). Поэтому не вызывает сомнений, что и система здравоохранения и российское общество в целом заинтересованы в выявлении имеющихся резервов для снижения предотвратимых потерь, и выстраивании максимально эффективной медицинской помощи женщинам и детям.

С точки зрения международных стандартов и практик эффективной является наиболее безопасная, адекватная, своевременная помощь, учитывающая права и потребности пациентов при наиболее рациональных и небольших затратах со стороны системы здравоохранения. Данная помощь основывается на опыте мирового медицинского сообщества и подтверждена результатами медицины, основанной на доказательствах.

Перед организаторами здравоохранения и практиками в настоящее время стоит важная задача по активному внедрению эффективных и безопасных инноваций в систему здравоохранения и принятию организационных решений, которые смогут привести к улучшению показателей здоровья и сохранению ресурсов (Михайлова Ю.В. 2009; J. Volmink et all, 2002; ООН, 2006; ВОЗ, 2005 и др.).

Клиническая практика родовспоможения формировалась десятилетиями, однако современный этап развития акушерства и перинатологии требует вдумчивого пересмотра правил, действовавших на протяжении многих лет, с точки зрения новейших данных доказательной

медицины. По-мнению ведущих специалистов в области охраны материнства и детства, подготовка женщин к беременности и родам; рациональное родоразрешение; благополучный исход каждой беременности; отход от технологий, не подтвержденных доказательной медициной является важнейшей задачей современной системы родовспоможения (Кулаков В.И., 2002; Радзинский В.Е., 2004; M.Enkin et all, 2003;).

Все это диктует необходимость выработки новых стратегических и тактических решений по преодолению традиционно сложившейся акушерской практики и внедрению новых технологий оказания перинатальной помощи, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования: научное обоснование, разработка и внедрение на региональном уровне организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на основе современных данных доказательной медицины и потребностей пациента.

Задачи:

1. Провести анализ показателей репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста в современной России и причин неблагоприятного исхода реализации репродуктивной функции.
2. Изучить информированность женщин по вопросам репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, качества оказания консультативной, медицинской помощи в ЛПУ системы акушерско-гинекологической помощи.
3. Изучить уровень знаний, используемые практики оказания медицинской помощи в области охраны репродуктивного здоровья и перинатальной помощи, а также теоретическую и практическую подготовленность следованию принципам доказательной медицины среди врачебного и сестринского персонала и руководителей ЛПУ.
4. Разработать клиничко-организационные руководства по вопросам акушерского и перинатального ухода, а также консультирования женщин и членов их семьи в области репродуктивного поведения и репродуктивного выбора , основанные на эффективных и безопасных практиках, а также

программы интегрированного обучения медицинских работников для внедрения руководств в практику.

5. Провести медицинскую и экономическую оценку организации помощи на основе клинико-организационных руководств и протоколов, основанных на доказательной медицине.

6. Разработать организационно-функциональную модель системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи женщинам и новорожденным на основе современных данных доказательной медицины и потребностей пациента.

Научная новизна исследования

- На основании углубленного анализа структуры и динамики показателей материнской смертности выявлены проблемы и резервы в улучшении качества акушерской помощи на современном этапе.
- Изучено репродуктивное поведение, информированность женщин фертильного возраста по вопросам репродуктивного здоровья и качество консультирования при обращении в ЛПУ системы акушерско-гинекологической помощи.
- Проведена оценка знаний и навыков медицинских работников в области репродуктивного здоровья, акушерский и перинатальной помощи и их соответствия принципам доказательной медицины.
- Исследованы медицинские технологии и практики, применяемые при оказании акушерской и неонатальной помощи.
- Разработаны, апробированы механизмы реализации и внедрены обучающие программы для медицинских работников, основанные на современных методиках обучения взрослой профессиональной аудитории и доказательной медицине.
- Разработаны, апробированы механизмы реализации и внедрены клинико-организационные руководства и клинические протоколы, основанные на данных доказательной медицины и потребностях пациентов.

- Доказана медицинская и экономическая эффективность современных инновационных клинико-организационных руководств и протоколов для улучшения качества акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.
- Дано научное обоснование региональной концепции внедрения научно-доказанных технологий в систему оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, ориентированной на потребности пациента, и разработаны механизмы ее реализации.
- Разработаны и реализованы принципы и механизмы межведомственного взаимодействия и интегрированный подход к построению модели оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным.
- Разработана и внедрена организационно-функциональная модель акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на основе современных данных доказательной медицины и потребностей пациента.

Практическая значимость исследования

На основании проведенного исследования получены результаты, которые послужили основой для разработки региональной организационно-функциональной модели улучшения качества медицинской помощи и внедрения инновационных технологий в акушерскую и перинатальную практику.

Разработан механизм обучения медицинских работников и внедрения эффективных и безопасных технологий и практик медицинской помощи в регионах, значительно различающихся по географическому положению, уровню здравоохранения, экономическому и социальному развитию. Исследование показало, что внедрение комплекса разработанных обучающих программ и новых инновационных практик в систему родовспоможения возможно как в ведущих медицинских учреждениях регионов, так и в районных больницах, фельдшерско-акушерских пунктах.

Внедрение результатов исследования

Разработанная научно-обоснованная организационно-функциональная модель акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на основе

научно-доказанных инновационных технологий и потребностей пациента апробирована и внедрена в практическое здравоохранение в Вологодской, Иркутской, Курганской, Новгородской, Оренбургской, Омской, Тюменской, Пермской, Сахалинской и Свердловской областях, республике Саха (Якутия), Алтайском и Красноярском краях, Ханты-Мансийском автономном округе.

Полученные результаты исследования явились базой создания нового подхода в системе организации лечебно-профилактической помощи женщинам и детям, позволяющего отказаться от устаревшей практики, и использовать в качестве критерия обоснованности и эффективности доказательную медицину и права пациента. Разработанные клиничко-организационные руководства и протоколы в области акушерства-гинекологии, неонатологии и охраны репродуктивного здоровья, внедрены в деятельность службы охраны материнства и детства в 10 регионах РФ, что подтверждено Актами внедрения.

Разработанные в ходе исследования образовательные программы (для медицинских работников и организаторов здравоохранения, а также для различных групп населения), способствуют повышению качества оказания медицинской помощи женщинам детям и их семьям, и ориентированы на реализацию прав и удовлетворение потребностей населения. Интегрированное обучение руководителей ЛПУ, практикующих врачей, медицинских сестер современным подходам и принципам доказательной медицины, методам качественной клинической и консультативной помощи используется в учебном процессе на кафедрах акушерства и гинекологии, общественного здоровья и здравоохранения постдипломного образования медицинских ВУЗов страны.

Результаты исследования послужили основой для разработки резолюции международной конференции «Охрана здоровья семьи на современном этапе» (г. Омск, 26-29 июня 2007 г.).

Обучающие курсы и клиничко-организационные руководства, разработанные в исследовании, используются в программах международной

помощи ВОЗ, ЮНИСЕФ и USAID в странах СНГ, а также Министерством здравоохранения Казахстана.

Результаты проведенного исследования помогают руководителям органов управления здравоохранением избежать ошибок управленческого и организационного характера, а также отказаться от клинически и экономически неэффективных видов медицинских вмешательств, а также снизить лечебно-диагностические риски при организации помощи женщинам и новорожденным в современных условиях развития здравоохранения, и повысить удовлетворенность населения качеством помощи в ЛПУ.

Отдаленные результаты внедрения современных образовательных и клиничко-организационных технологий, основанных на доказательной медицине, в акушерско-гинекологическую и перинатальную помощь более, чем в 10 регионах РФ подтвердили высокую медицинскую и экономическую результативность разработанных инновационных технологий.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Реализация репродуктивной функции женщин, динамика и структура материнской смертности являются интегральными показателями, отражающими популяционный итог взаимодействия социально-гигиенических и медико-организационных факторов.
- Анализ знаний, навыков медицинских работников и реальных практик в ЛПУ, а также информированности и репродуктивного поведения женщин показал необходимость разработки и внедрения современных образовательных и клиничко-организационных технологий, основанных на доказательной медицине в акушерско-гинекологическую и перинатальную помощь.
- Интегрированное обучение руководителей, врачей и среднего медицинского персонала современным подходам и принципам доказательной медицины, методам качественной клинической и консультативной помощи и изучение доказанных практик, применяемых в области современного акушерства и неонатологии, а также в области планирования семьи, является

важным условием повышения качества оказания медицинской помощи женщинам и детям.

- Внедрение клинико-организационных руководств и протоколов, основанных на доказательной медицине, в систему акушерско-гинекологической и неонатальной помощи подтверждено медицинской и экономической результативностью и является важным условием повышения качества медицинской помощи женщинам и детям .

- Организационно-функциональная модель акушерско-гинекологической и неонатальной помощи, основанная на доказательной медицине и учитывающая потребности пациентов.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на более, чем 30 конференциях на федеральном, международном и региональном уровнях, в том числе на:

- Конференциях Службы охраны материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Р: Москва, 2006, 2007, 2008
- Всероссийских научных форумах «Мать и дитя»: Москва, 2002, 2004, 2009
- Конгрессах педиатров России: Москва, 2001, 2003
- Всероссийском Конгрессе «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты», Москва, 2010
- I Общероссийской научно-практической конференции «Здоровье женщины», Москва, 2010
- Форумах «Мать и дитя»: Саратов, 2009; Екатеринбург, июнь 2010
- I Конгрессе акушеров-гинекологов Урала с международным участием «Высокотехнологические виды медицинской помощи на службе охраны здоровья матери и ребенка», Екатеринбург, декабрь 2009
- Всероссийских конференциях: «Инновационные технологии в охране репродуктивного здоровья женщин» и «Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии», Екатеринбург, 2007, 2008

- Российских научно-практических конференциях: «Нерешенные и дискуссионные вопросы акушерства и гинекологии, Кемерово, 2008, 2009
- Международных конгрессах по репродуктивной медицине: Москва, 2008, 2010
- Международной конференции «Охрана здоровья семьи на современном этапе», Омск, 2007
- Конференциях ВОЗ: Афины, 2003; Страдфорд-на-Эвон, 2005; Мальта, 2008
- Global Health Council Annual Conference, Washington, DC, 2001, 2002,
- APHA Annual Meeting and Exposition, Philadelphia PA, 2002; 2005; 2009
- “Women Deliver” World Congress, London, 2007
- The XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Cape Town, 2009

Публикации

По теме диссертации опубликовано 85 работ, том числе 28 в изданиях, рекомендованных ВАК, включая 8 международных публикаций; методические рекомендации – 1.

Личный вклад автора. Автором разработана концепция, программа и план исследования. Автор руководил и лично участвовал в: разработке и внедрении методологии и инструментов исследования; подготовке интервьюеров для сбора информации; контролем за качеством сбора информации; разработке индикаторов и анализе данных; разработке, апробации и внедрении обучающих программ и клиничко-организационных руководств и протоколов. Автор обосновал, разработал и апробировал механизм внедрения организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе.

Объём и структура работы. Диссертация изложена на 337 страницах машинописного текста и состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений.

Работа иллюстрирована 104 таблицами и 44 рисунками. Указатель литературы содержит 98 отечественных и 215 иностранных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы, определяются цель и задачи исследования, раскрывается научная новизна и практическая значимость работы, а также основные положения, выносимые на защиту.

Глава первая содержит обзор научных исследований по изучаемой проблеме, включает анализ отечественных и зарубежных источников. Представлены дефиниции, характеристика современных инновационных технологий в акушерской и перинатальной практике в России за рубежом. Проведенный анализ свидетельствует о том, что изучение и совершенствование системы родовспоможения в современных условиях диктует необходимость научно-доказанного подхода и требует дальнейшей проработки, конкретизации и наполнения конкретными механизмами внедрения, как на уровне страны в целом, так и на уровне конкретных регионов.

В главе второй описывается организация, методология, методы и база исследования.

Исследование проводилось в 9 регионах РФ (Пермская, Новгородская, Вологодская, Тюменская, Оренбургская, Омская, Иркутская области и Алтайский и Красноярский края).

Междисциплинарный подход, обеспечивающий выполнение поставленной цели исследования, определил перечень учреждений входящих в исследование: женские консультации, родильные дома, гинекологические стационары, детские поликлиники, центры планирования семьи, органы управления здравоохранением. Выбор баз исследования определялся тем, что выбранные учреждения и регионы являлись типичными представителями системы родовспоможения на региональном уровне с характерной в целом

для РФ организацией оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

Методология исследования включала в себя: аналитический, экспертный, социологический, эпидемиологический, статистический, финансовый анализ и математическое моделирование.

Программа исследования состояла из 6 основных этапов (таб.1).

На первом этапе исследования на основании данных официальной статистики были изучены репродуктивно-демографические показатели в РФ, динамика и структура материнской смертности за 2000 – 2009 годы, определены резервы и направления для улучшения качества акушерско-гинекологической помощи.

На втором этапе проведено социологическое исследование методом случайной репрезентативной выборки женского населения репродуктивного возраста (15-44 лет). Для опроса 3 900 женщин применялась стандартная международная демографическая анкета (Demographic Health Survey – DHS). В ходе социологического исследования изучались различные аспекты репродуктивного здоровья и поведения, практики антенатальной и перинатальной помощи, факторы риска репродуктивного здоровья.

Знания медицинского персонала и практики, используемые в ЛПУ, изучались путем анкетирования руководителей медицинских учреждений, врачей, акушерок, медицинских сестер. На основании разработанной анкеты было опрошено 1 100 медработников. Одновременно проведено анкетирование 1300 женщин – клиенток ЛПУ.

На третьем этапе исследования разработано и апробировано 6 обучающих программ и проведено интегрированное обучение сотрудников пилотных ЛПУ и разработан механизм внедрения полученных знаний и навыков. Разработаны и внедрены 24 клиничко-организационные руководства и протоколы, основанные на доказательной медицине.

На четвертом этапе исследования проведена оценка внедрения доказательных перинатальных практик на основании двух раундов (дизайн

до- и после-) ретроспективного сплошного изучения 15 085 карт ведения родов в 11 родовспомогательных учреждениях 2-го и 3-го уровня в 5 регионах РФ.

На пятом этапе исследования разработана методика интегральной оценки полноты выполнения руководств и оценки клинической эффективности протоколов/руководств. Проведено два раунда ретроспективного сплошного репрезентативного изучения 9 000 карт ведения родов и пятилетнее ретроспективное сплошное изучение форм 32, 13 и 51С медицинской статистики в одном регионе (72 795 родов и 49 477 беременностей). Наряду с оценкой медицинской эффективности был проведен экономический анализ: расходов, связанных с обследованиями, лечением пациентов, а также общих госпитальных услуг, связанных с пребыванием в ЛПУ.

На заключительном этапе исследования по результатам проведения организационно-экспериментальной работы в пилотных учреждениях разработана организационно-функциональная модель акушерско-гинекологической и перинатальной помощи и механизм ее внедрения. Модель была предложена к апробации и внедрению в ряде регионов РФ. Результаты внедрения проанализированы при помощи двух раундов (дизайн до- и после-) сплошного репрезентативного исследования среди 11 568 женщин в пяти территориях.

Табл.1 Этапы, материалы и методы исследования.

Этапы исследования	Метод	Источник информации	Объем наблюдения
Первый этап: Изучение репродуктивно-демографических показателей и материнской смертности	Аналитический, статистический, экспертный	Официальная статистические данные Мнздравсоцразвития и Росстата	2000-2009гг.
Второй этап: Социологическое исследование среди женщин и медицинских работников	Социологический, эпидемиологический, статистический, аналитический	Одномоментное репрезентативное выборочное анкетирование женщин репродуктивного возраста по месту жительства. Одномоментное репрезентативное сплошное анкетирование женщин в ЛПУ. Одномоментное сплошное и репрезентативное стратифицированное анкетирование медицинских работников.	3 900 женщин, 2000 г. 1 300 женщин, 2000 г. 548 медработников, 2000 г.; 500 медработников, 2008 г.
Третий этап: Разработка и апробация обучающих программ и клиничко-организационных руководств	Аналитический, экспертный, социологический, статистический	Документы и материалы, содержащиеся в базах данных по доказательной медицине Одномоментное репрезентативное сплошное анкетирование женщин в ЛПУ. Одномоментное сплошное анкетирование медицинских работников.	312 источников 1500 женщин, 2003 г.; 554 медработников, 2003 г.
Четвертый этап: Оценка внедрения комплекса доказательных перинатальных технологий	Эпидемиологический, статистический, аналитический	Ретроспективное сплошное репрезентативное изучение историй родов (новорожденных) при помощи карты для выкопировки данных	15 085 карт 2003; 2006 гг.
Пятый этап: Интегральная оценка внедрения клиничко-организационных руководств и протоколов	Эпидемиологический, статистический, экспертный, аналитический, финансовый анализ, математическое моделирование	Ретроспективное репрезентативное изучение историй родов (новорожденных) при помощи карты для выкопировки данных Ретроспективное изучение официальной медицинской статистики: форма 32, форма 13, форма 51С	9 000 карт 2002; 2004; 2006 гг. 72 795 родов, 49 477 беременностей, 2002 – 2008 гг.
Шестой этап: Разработка и внедрение организационно-функциональной модели	Социологический, статистический, аналитический	Одномоментное сплошное репрезентативное анкетирование женщин в ЛПУ;	11 568 женщин 2004г. ; 2009 г.

В главе третьей обсуждаются результаты анализа репродуктивно-демографической ситуации в России с позиций службы охраны материнства и детства, исходы реализации репродуктивной функции женщин, динамика основных показателей материнской смертности в 2000 – 2009 годах.

Одной из основных особенностей репродуктивного процесса в современной России является «постарение» рождаемости. Рост числа деторождений в последние годы обеспечивается женщинами более старшего возраста. Возрастной коэффициент рождаемости (ВКР) в 2009г в сравнении с 1990г. увеличился среди всех возрастных групп женщин старше 25 лет (в наибольшей степени - в возрасте 35-39 лет – на 43,3%). В то же время среди женщин молодого возраста число родившихся за год детей уменьшилось – в наибольшей степени у 18-19-летних (суммарно на 54,5% за период 1990-2009гг.).

В 2009г. наибольшее значение возрастного коэффициента рождаемости наблюдается у женщин в возрасте 25-29 лет (93,7 детей на 1000 женщин данного возраста), притом, что в 1990 г. наибольшее число детей рождалось у 20-24-х-летних женщин (156,5).

Рост рождаемости в России в течение 2000-х годов сопровождается снижением числа аборт, уровень которых за 1999-2009 гг. снизился с 52,8 до 30,5 на 1000 женщин фертильного возраста и с 170,6 до 66,7 на 100 родившихся. Важно отметить, что в течение последних 4-х лет число регистрируемых аборт меньше, чем число родов. Однако, несмотря на столь благоприятную динамику, уровень аборт в России продолжает двукратно превышать показатель в большинстве стран Европы. Кроме того, снижение общего числа аборт в России (как указывают многие исследователи) в значительной степени происходит за счет недорегистрации аборт в коммерческих учреждениях. В исследованной нами популяции женщин на каждые 2-3 беременности приходилось 1 живорождение. Лишь 7% женщин, которые вообще не хотели иметь детей, и 36% женщин, которые планировали забеременеть позднее, выбрали рождение ребенка, а не

аборт. Таким образом, у 44% опрошенных женщин нежелательную беременность можно было предупредить.

Две трети женщин имели аборт в анамнезе. От 36% до 60% женщин не планировали иметь детей в ближайшие годы, а те, которые хотели иметь ребенка, планировали сделать это не ранее, чем через 3 – 4 года. При этом менее половины женщин использовали современные методы контрацепции. В то же время женщины хорошо проинформированы о трех современных методах контрацепции: более 90% опрошенных знают о презервативах, ВМС и оральных контрацептивах. Две трети женщин знают об экстренной контрацепции. Около половины женщин знают об инъекционной контрацепции, 40% - о существовании женских презервативов и менее трети – об имплантах.

Материнская смертность является одним из основных критериев социально-экономического благополучия общества, отражая доступность, своевременность и качество медицинской помощи при беременности и в родах. Анализ уровня и структуры материнской смертности (МС) необходим для определения стратегии службы родовспоможения и выявления резервов ее улучшения.

За период 2000-2008гг. в России произошло почти двукратное снижение МС - с 39,7 до 21,0 на 100000 живорожденных по данным Росстата и с 45,2 до 22,6 по данным Минздрава (рис. 1).

Резкое увеличение показателя МС в 2009г. с 21,0 в 2008г. до 22,0 (на 4,8%) было обусловлено экстраординарной ситуацией в стране – эпидемическим ростом заболеваемости беременных гриппом H1N1, вследствие чего в нозологической структуре МС в 2009г. экстрагенитальная патология увеличилась до 42,8%.

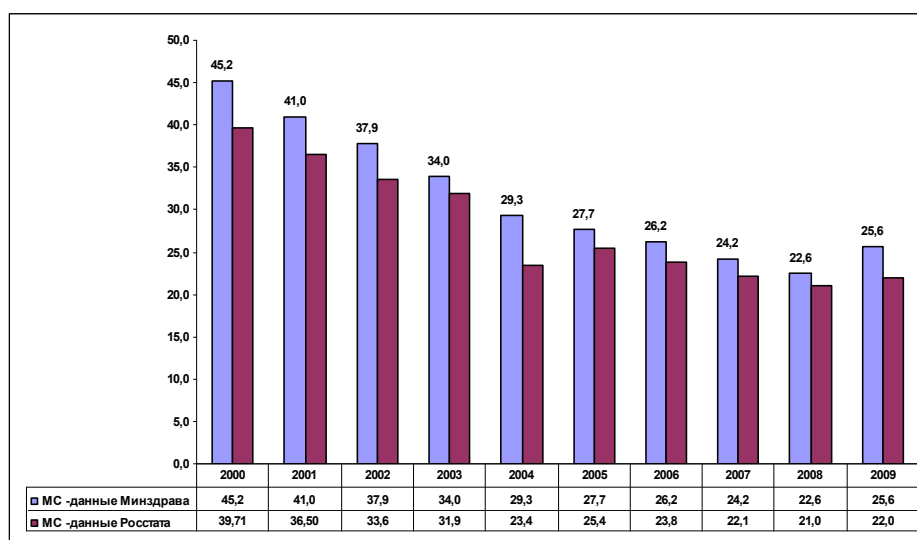


Рис. 1. Динамика показателя материнской смертности (на 100тыс живорожденных) в России по данным Минздрава и Росстата в 2000-2009гг.

В связи с чрезвычайной и нетипичной ситуацией с материнской смертностью в 2009г., для выявления закономерностей динамики МС в целом по стране и по федеральным округам проанализированы тенденции изменения ее уровня за период с 2000г. по 2008г. (рис.2) . Проведенный анализ уровней материнской смертности, ее причин, структуры и тенденций в 2000-2009гг. выявил ряд проблем материнской смертности в современной России. На фоне устойчивого снижения уровня материнской смертности за счет аборта основными причинами ее в современных условиях стали осложнения родов и послеродового периода (кровотечения, эклампсия, сепсис, разрыв матки), развивающиеся нередко в результате ятрогенных осложнений и дефектов медицинской помощи. Значимость акушерских кровотечений в материнской смертности значительно выше, чем это следует из данных официальной статистики: по данным проведенной экспертной оценки множественных причин смерти женщин при беременности, в родах и послеродовом периоде, доминирующим клинико-патогенетическим синдромом у 52% среди всех умерших женщин и у 54,3% умерших в сроки беременности «28 недель и более» явился синдром массивной кровопотери.

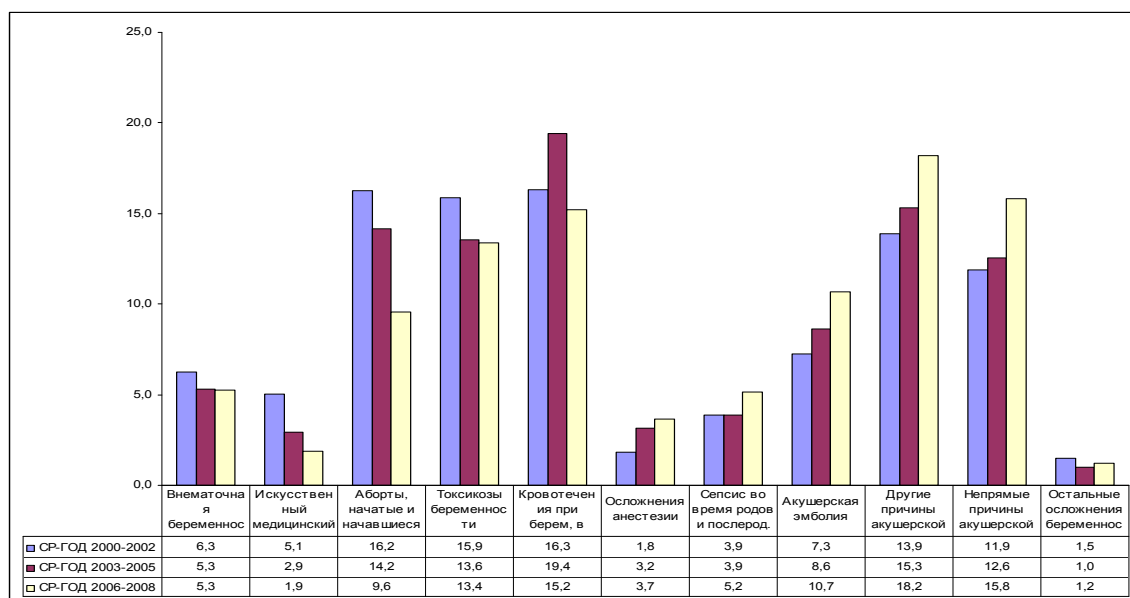


Рис.2. Структура причин материнской смертности в динамике по среднегодовым показателям за 2000-2002, 2003-2005, 2006-2008гг. (% от числа умерших) – данные Росстата

Поэтому основным резервом снижения материнской смертности на современном этапе является предупреждение предотвратимой патологии, что требует повышения качества акушерской и анестезиолого-реанимационной помощи на популяционном уровне. Важным направлением профессиональной деятельности в сфере родовспоможения является поиск новых организационных и клинических подходов к обеспечению безопасного родоразрешения, акушерский аудит случаев не только случаев материнской смерти, но и тяжелой патологии беременности и родов, ятрогенных осложнений, а также внедрение новых перинатальных технологий в общую сеть родовспоможения.

В главе четвертой обсуждаются результаты социологического опроса врачей и руководителей здравоохранения, в также анализируются результаты, полученные в ходе перекрестного социологического опроса медицинского персонала, оказывающего лечебно-профилактическую помощь в женских консультациях, акушерских стационарах и гинекологических отделениях, и женщин как получателей помощи, о существующих антенатальных, акушерских и неонатальных практиках.

Анализ результатов нашего исследования показывает, что чуть больше половины врачей (56,7%) знают о существовании такого понятия как «доказательная медицина». 43,3% опрошенных вообще с ним не встречались и только 3,2% докторов определенно знают и о подходе «доказательная медицина», и о его основных принципах. При изучении критериев выбора источников профессиональной информации выяснилось, что руководством к прочтению того или иного материала в максимальной степени служат результаты и обсуждение материала (82,7% ответов), выводы (76% ответов), цель исследования (70,2% ответов) и автор (58,9% оценок «4» и «5») (табл. 2). К сожалению, дизайн и методология исследования – определяющие и характеризующие достоверность результатов, а значит и возможность внедрения, для наших врачей имеют низкую (30% ответов) и среднюю (41,1% ответов) степень значимости при выборе источника информации.

Таб. 2. Критерии выбора источника информации для изучения и внедрения в практику в оценках врачей (в % от общего числа ответивших)

	Основа для руководства в выборе материала	Значимость при выборе для изучения и внедрения								
		Низкая значимость			Средняя значимость			Высокая значимость		
		0	1	Σ	2	3	Σ	4	5	Σ
1.	Автор (<i>известность в научных и профессиональных кругах</i>)	8,2	7,5	15,7	8,2	17,2	25,4	15,6	43,3	58,9
2.	Выводы	19	1,9	20,9	4,2	16,1	20,3	27,7	48,3	76,0
3.	Дизайн и методология исследования	14,5	15,5	30,0	12,7	28,4	41,1	15,0	14,0	29,0
4.	Цель исследования	3,1	1,7	4,8	5,2	19,8	25	24	46,2	70,2
5.	Результаты и обсуждение	2,2	0,7	2,9	2,0	12,4	14,4	27,4	55,3	82,7

При изучении существующих практик в ЛПУ согласно результатам исследования 91% медицинских работников проводили оценку беременных на наличие факторов риска. Медработники указали более 20 различных состояний, при выявлении которых они относят беременность к высокой группе риска. Вместе с тем, такие факторы анамнеза беременной женщины как наличие мертворождения или смерти новорожденного вообще не

упоминались медработниками, хотя должны обязательно приниматься во внимание.

Большинство беременных (более 80%) указали, что в течение беременности им назначались различные лекарственные препараты. Самыми распространенными назначениями для беременных были вагинальные кремы (76,5%) и травы (65,3%). Данные методы не только не встречаются в современных международных рекомендациях, но их применение часто считается потенциально опасным.

Наряду с адекватной оценкой состояния здоровья беременной женщины, медицинские работники, оказывающие антенатальную помощь, должны информировать каждую беременную о тех симптомах внезапно возникших осложнений, которые требуют незамедлительного обращения за медицинской помощью. Консультирование по таким наиболее угрожающим симптомам, как головная боль и/или нарушение зрения, уменьшение частоты шевеления плода и подтекание околоплодных вод, имеющих высокий риск развития необратимых осложнений для матери и плода (таб.3),

Табл. 3 Число беременных женщин, указавших, что медицинские работники обсуждали с ними симптомы, при которых беременная женщина должна обратиться за медицинской помощью (%)

Симптомы	N 491
Медработник обсуждал опасные симптомы	73,7
В том числе:	
кровотечение	73,5
острая боль в животе	14,9
головная боль и/или нарушение зрения	88,1
преждевременный разрыв плодных оболочек	16,9
преждевременные роды	16,9
уменьшение движений плода	8,6
отек лица или рук	7,5
повышение температуры	14,4
вагинальные выделения/запах	3,0
другое	11,6

по результатам исследования, проводилось недостаточно и не отвечало современным требованиям к оказанию антенатальной помощи.

По результатам исследования существующих практик в родовспоможении присутствие близких на родах разрешалось только в 4% случаев, 62% женщин применялось медикаментозное обезболивание, 85% сразу при поступлении в роддом назначались внутривенные инфузии. В 47% случаев применялось стимулирование родов и в 30% - эпизиотомия. По данным опроса только 32% медиков подтвердили использование партограммы.

Свидетельства женщин о реальных практиках в родильных домах часто являются более достоверными, чем информация, полученная от медицинских работников. Согласно данным опроса среди женщин, только половина (55%) пар мать-ребенок испытали контакт кожа-к-коже сразу после родов. 38% женщин отметили, что первое прикладывание к груди новорожденного состоялось в родзале. Только 26% женщин после родов подтвердили, что их дети находились на исключительно грудном вскармливании в течение всего времени пребывания в родильном доме, а практика допаивания младенцев в роддомах являлась широко распространенной (52%).

До начала проведения исследования число женщин, получивших консультацию по послеродовой контрацепции, было очень низким (19%). Всего 11% женщин после родов знали о методе лактационной аменореи (ЛАМ). Опрос выписанных женщин после прерывания беременности показал, что только 41% женщин были проконсультированы по вопросам контрацепции. 52,6% врачей смогли правильно назвать сроки возвращения фертильности после аборта.

Доля пациенток, удовлетворенных уровнем оказания помощи в ЛПУ оказалась не очень высокой: положительную рекомендацию учреждению дали 66% беременных женщин, 69% женщин после родов и 76% женщин после аборта. Поэтому для реализации цели построения современной функциональной региональной модели в области оказания акушерско-

гинекологической и перинатальной помощи одним из важнейших этапов исследования являлся пересмотр существующих практик с позиций доказательной медицины, обучение всех участников процесса оказания данной помощи принципам доказательной медицины и внедрения новых технологий (клинико-организационных руководств) основанных на принципах доказательности применительно к местным условиям.

В главе пятой описаны разработка и внедрение обучающих программ и клинико-организационных руководств в систему оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

В основу разработки обучающих программ были положены новейшие методы клинической и консультативной помощи и изучение доказанных практик с использованием современных принципов обучения взрослой профессиональной аудитории. Основными направлениями в области обучения были выбраны: современные контрацептивные технологии, антенатальный уход, родовспоможение, ориентированное на участие семьи, уход за новорожденными (включая первичную реанимацию новорожденных) и грудное вскармливание, а также профилактика ИППП и ВИЧ. Для закрепления обучения и стандартизации помощи были созданы протоколы и клинико-организационные руководства в деталях описывающие процесс оказания помощи. Целевыми группами для использования протоколов явились как практические врачи, акушерки, медсестры, так и руководители здравоохранения. Клинико-организационные руководства и протоколы, предлагаемые к внедрению, соответствовали ряду критериев. Они соответствовали последним рекомендациям доказательной медицины. Объем помощи, описываемый в протоколе, обеспечивал минимальный стандарт лечения и был применим ко всем случаям. В то же время протокол соответствовал местным условиям и был приемлемым по цене для его полной реализации.

Стратегия создания клинико-организационных руководств и протоколов включала в себя целый ряд последовательных этапов (создание

рабочей группы, определение тематики протоколов, изучение имеющихся доказательств, создание рабочего варианта протокола). После этого протоколы обсуждались в профессиональном сообществе, например, на заседаниях ассоциаций, научно-практических конференциях, заседаниях кафедр и перинатальных комитетов.

В общей сложности за исследуемый период было разработано 24 клинико-организационных руководства и протокола.

В главе шестой представлена оценка эффективности внедрения комплекса перинатальных технологий и знаний, основанных на доказательной медицине, в систему перинатальной помощи.

В главе проведена оценка исходов беременности и родов; проанализированы изменения в ведении родов в результате внедрения новых технологий доказательной медицины. Обсуждаются особенности ведения гипертензивных осложнений, профилактики послеродовых гипотонических кровотечений и ведение послеродового периода. Представлены результаты анализа эффективности внедрения новых технологий в неонатальную помощь. Проанализированы изменения показателей организации помощи в родовспомогательных учреждениях.

За время исследования средний возраст родивших практически не изменился, составив 25,5 и 25,7 лет в 2003 и 2006 гг. соответственно. Уменьшилась доля юных беременных (менее 18 лет) с 2,3% в 2003 до 1,5% в 2006 году. Несколько уменьшилась доля пациенток в возрастном промежутке с 18 до 25 лет (53,9% в 2003 г. и 52,4% в 2009 г.), увеличилась доля женщин в возрасте от 26 до 34 лет (37,1% в 2003 г. и 39,6% в 2009 г.), незначительно уменьшилось количество беременностей у пациенток старше 35 лет (6,8% в 2003 г. и 6,5% в 2009 г.).

По срокам гестации динамики не наблюдалось: средний гестационный срок при рождении ребенка составил 39,2 и 39,5 недель в 2003 и 2006 гг. соответственно. Количество детей рожденных спонтанно через естественные родовые пути выросло и составило 80,3% в 2006 году по сравнению с 78,9%

в 2003 г. Частота родоразрешения путем кесарева сечения за трехлетний период достоверно уменьшилась с 20,8% в 2003 году до 18,9% в 2006-м. Частота инструментальных вагинальных родов увеличилась с единичных (0,1%) до 0,3%. Снижение числа родоразрешений путем кесарева сечения свидетельствует об увеличении использования различных медицинских технологий, облегчающих процесс родов.

Проводниковые методы анестезии при кесаревом сечении в современном акушерстве являются методом выбора как более эффективного и безопасного вида обезболивания по сравнению с эндотрахеальным наркозом (ЭТН). Анализ историй родов показал достоверное снижение частоты использования ЭТН с 73% до 53% и, соответственно, увеличение доли проводниковых методов анестезии с 27% до 47% при операции кесарева сечения.

Внедрение новых подходов ведения родов, прежде всего введение партограммы, как это рекомендовано ВОЗ, в протокол ведения родов позволили достоверно снизить частоту амниотомий (на 23% - с 40% до 31%) и объективизировать критерии постановки диагноза слабости родовой деятельности, что позволило снизить частоту назначения утеротонических средств для стимуляции родовой деятельности (на 16% - с 25% до 21%).

Удовлетворенность женщин акушерской помощью во многом зависят от болевых ощущений во время родов. Анализируя виды обезболивания вагинальных родов по всем учреждениям, мы зафиксировали статистически значимые изменения в увеличении частоты использования не медикаментозных методов обезболивания родов в 15 раз (с 5,3% до 80,1%), снижении частоты использования наркотических анальгетиков для обезболивания родов в 2,5 раза (с 38,8% до 15,6%) и увеличение частоты использования перидуральной анестезии для обезболивания почти в 2 раза (с 2,4% до 4,7%).

Установлена значительная разница в подходах к гипертензивным осложнениям беременности в различных регионах, прежде всего за счет

использования отличающихся друг от друга классификаций, что еще раз подтверждает необходимость строгого применения МКБ-10 в медицинских учреждениях России. Основания для постановки диагноза гипертензии имелись в целом по выборке лишь в 1/3 случаев. Изменения в ведении гипертензивных осложнений во время беременности включали в себя увеличение частоты назначения магния сульфата в случае постановки диагноза преэклампсия в 1,5 раза (с 15,1% до 22,4%).

Частота использования утеротоников в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения, связанного с гипотонией матки, выросла за три года с 82, 7% в 2003 году до 88, 1% в 2006 году (ОШ 0,64, при 95% ДИ 0,58 – 0,71). Среди используемых утеротоников в 2003 году преобладали препараты алкалоидов спорыньи (эргометрин) – 55,2%, окситоцин назначался в 44,6% случаев, простагландины были использованы у 0,2% пациенток. В 2006-м году в большинстве случаев, в соответствии с протоколом FIGO, назначали окситоцин - 95,8%, алкалоиды спорыньи - 4,1%, а простагландины – в 0,1% случаев. В протоколе активного ведения третьего периода прописано внутримышечное введение окситоцина как наиболее практически достижимого пути. В 2003-м году из всех путей введения утеротоников преобладал болюсный (71,6%), внутримышечный составил 24,6%, на внутривенный капельный приходилось 9%, пероральный – 0,1%. (сумма более 100% , так как в ряде случаев использовались несколько путей введения). В течение 3-х летнего исследуемого периода частота использования внутримышечного пути введения значительно возросла и составила в 2006 году 87,6 % (ОШ = 0,05; 95% ДИ 0,041-0,049), частота болюсного введения снизилась до 9,0%, а в остальных случаях использовался в/венный путь введения.

В результате использования нового протокола профилактики кровотечений были зафиксированы следующие результаты: частота массивных кровотечений (согласно международным критериям, снижение уровня гемоглобина, определенного в анализах до и после родов, более чем

на 40 г / л), сократилось на 25% с 1, 2% до 0, 9% в 2003 и 2006 соответственно ($p = 0.000$), средняя частота переливания эритромаcсы снизилась в 2 раза с 1, 6% в 2003 до 0, 8% в 2006 году (ОШ = 2,04; 95% ДИ 1,48-2, 81), частота использования свежемороженой плазмы уменьшилась в 2,5 раза с 2, 5% в 2003 году до 1, 0% в 2006 году (ОШ = 2,5; 95% ДИ 1,90-3,26). Количество внутриматочных вмешательств в раннем послеродовом периоде, а именно ручного удаления плаценты и выделения последа существенно не изменилась: 3,4% в 2003 году и 3,3% в 2006 году (ОШ = 1,04; 95% ДИ 0,87-1,27).

Общепризнанным критерием качества оказания перинатальной помощи в акушерской и неонатальной практике является такой показатель, как доля новорожденных с низкой оценкой (менее 7 баллов) по шкале Апгар. Доля новорожденных с низкой оценкой по шкале Апгар на первой минуте жизни новорожденного за период исследования достоверно уменьшилась с 13,2% до 9,8%, а на 5-й минуте - на 40% (с 2% до 1,2%).

За время проведения исследования было достигнуто снижение доли новорожденных с гипотермией (температурой тела ниже $36,5^{\circ}\text{C}$, измеренной в течение 30 минут после рождения) в 2,7 раза (с 27,9% до 10,5%).

Достоверное увеличение доли детей, выписанных домой на 4,4% (с 85,8% до 89,6%) подтверждает улучшение качества помощи в ЛПУ.

Внедрение современных перинатальных практик в работу родовспомогательных учреждений значительно повысило качество оказываемой помощи и улучшило показатели здоровья женщин-родильниц и новорожденных при одновременном снижении продолжительности госпитализации (количество к/дней) на 1,3 койко/дня и уменьшении числа назначаемых лекарственных препаратов на всех этапах акушерской помощи: среднее количество назначаемых препаратов за все время пребывания женщины в стационаре снизилось на 4,6 препарата (с 13,3 до 8,7), а во время родов на 3 препарата (с 3,8 до 0,8).

Снижение продолжительности пребывания в стационаре позволяет

учреждениям не только увеличить оборот койки и снизить экономические затраты, но и является доказанным эффективным методом профилактики случаев внутрибольничных инфекций среди женщин и детей. В нашем исследовании не было отмечено роста гнойно-септической инфекции, при снижении частоты использования антибиотиков в послеродовом периоде на 37% (с 43,4% до 27,4%).

За время исследования количество родов в пилотных учреждениях выросло на 40.9% за счет увеличения числа клиентов. При этом среднее увеличение рождаемости по пяти регионам не превышало 10%. Данную положительную динамику в роддомах, где проводилось исследование, можно отнести на счет повышения привлекательности учреждений для женщин при существующем праве выбора.

В главе седьмой представлен алгоритм интегральной оценки степени внедрения клиничко-организационных протоколов, обсуждается динамика показателей, характеризующих основные акушерские и неонатальные исходы, показателей материнской и неонатальной заболеваемости и оценка клинической эффективности протоколов. Представлена экономическая эффективность внедрения клиничко-организационных протоколов в акушерскую и неонатальную практику.

Разработанный в исследовании интегральный индикатор выполнения клиничко-организационных протоколов позволил оценить степень внедрения предложенных доказательных клиничко-организационных рекомендаций в практику ЛПУ.. За период исследования, по всем учреждениям в целом значение интегрального индикатора составило 62,5% (за 100% принималось полное внедрение на практике всех положений протоколов) (таб.4).

Табл. 4. Интегральные индикаторы выполнения протоколов в пилотных учреждениях г. Перми, % (критерий соответствия 0,9)

№	Протокол	Вес	Индикатор выполнения протокола, %							
			МСЧ№9 за весь период	ГКБ№21 за весь период	ГКБ№2 за весь период	ГКБ№7 за весь период	По всем в 2002	По всем в 2004	По всем в 2006	По всем за весь период
1	Ведение нормальной беременности	4	50,8	49,0	27,9	24,0	50,6	48,2	53,1	50,1
2	Угрожающий	5	67,8	74,7	42,4	45,6	55,1	65,7	65,3	64,7

	выкидыш									
3	Артериальная гипертензия	6	65,9	68,1	55,8	16,7	65,9	60,8	66,7	64,0
4	Угроза преждевременных родов	8	57,6	50,8	40,6	36,5	46,0	48,9	55,1	49,3
5	Преэклампсия	8	69,6	66,7	18,5	5,6	61,3	67,1	77,8	67,6
6	Дистресс плода	9	87,4	90,1	84,7	85,8	87,2	88,0	87,1	87,6
7	кровотечение	10	52,1	55,9	45,5	40,0	56,3	52,1	55,9	54,3
8	Ведение родов	7	40,3	41,6	34,1	10,3	40,0	41,0	40,5	40,6
9	Послеродовый период	6	79,8	78,6	82,0	79,3	74,3	74,4	81,2	75,8
10	Неонатальный уход	6	62,6	69,9	66,1	67,9	63,9	67,4	69,3	66,8
Суммарный индикатор выполнения протоколов,%			63,8	64,8	50,4	43,0	60,7	61,8	65,7	62,5

Анализ показал, что наиболее полно выполняемыми являются протоколы: по дистрессу плода, преэклампсии, ведению послеродового периода и неонатальному уходу. Наименее выполняемыми оказались протоколы по ведению физиологической беременности и нормальных родов. Очевидно, этот факт отражает общую настроенность специалистов на активное вмешательство и меньшую готовность к терпеливому наблюдению при физиологических состояниях.

Индикаторы выполнения протоколов по артериальной гипертензии, отекам протеинурии, преэклампсии/эклампсии были одни из лучших и составляли 65-70%. Это нашло отражение в динамике показателей распространенности данных осложнений, которые соответствовали мировым данным.

За время исследования доля родов с использованием партограммы возросла в 4 раза, а доля затрудненных родов снизилась в 5 раз (рис. 3). Скорее всего, по этой же причине происходило снижение уровня кесарева сечения (снижение за период проведения исследования составило 10.6%).

Достижению этих результатов способствовало также снижение применения рутинных агрессивных акушерских методик (в частности,

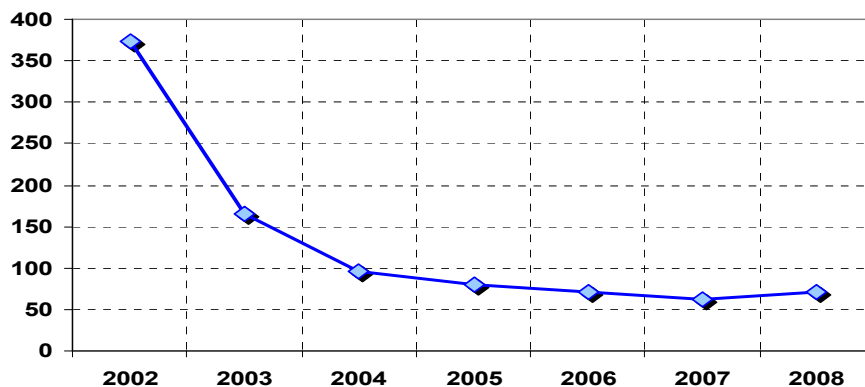


Рис.3. Динамика частоты постановки диагноза: затрудненные роды, все ЛПУ (на 1000)

родоусиления с 38.1% до 30.7%) (рис. 4), и использование альтернативных положений роженицы в процессе родов (вертикальное, коленно-локтевое, на корточках), которые облегчают процесс родов и улучшают внутриутробное состояние плода.

Результатом внедрения протоколов стало 4-х кратное снижение уровня хирургического рассечения промежности в родах: с 31% в 2002 г. до 8.6% в 2006 г. (рис. 5), а также значительное уменьшение как отдельных составляющих, так и суммарного показателя акушерского травматизма (рис. 6). В 2006 г. не было ни одного случая разрыва промежности тяжелой степени (рис. 7). В течение анализируемого периода отсутствовали разрывы матки.

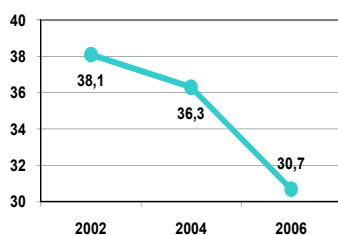


Рис. 4. Динамика применения родоусиления за период исследования (%).

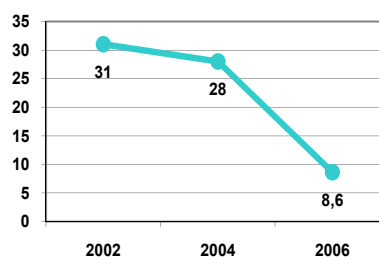


Рис. 5. Динамика применения эпизиотомии за период исследования (%).

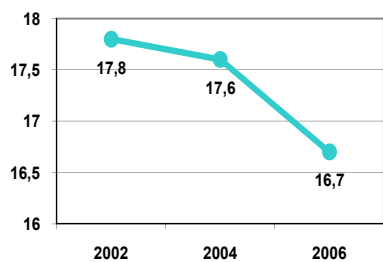


Рис. 6. Динамика уровня акушерского травматизма за период исследования (%).

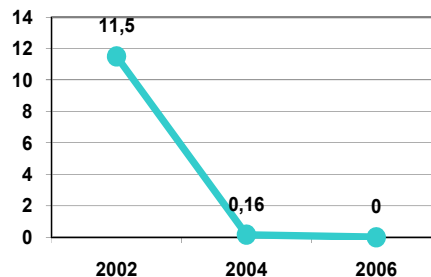


Рис. 7. Динамика разрывов промежности тяжелой степени за период исследования (%).

В течение периода исследования 2002-2006 гг. также отсутствовали тяжелые послеоперационные гнойно-септические осложнения и послеоперационный перитонит, как результат внедрения протокола кесарева сечения и пери-операционной антибиотико-профилактики.

Анализ статистических показателей продемонстрировал, что за 7 лет наблюдения на 72975 родов было зарегистрировано 1738 акушерских кровотечений или 2,4%. За время наблюдения несколько уменьшилась частота кровотечений, связанных с предлежанием плаценты, и увеличилась частота послеродовых кровотечений, оставаясь на стабильном уровне на протяжении 2006-2007-2008 годов. При экспертной оценке установлено, что этот рост связан с улучшением диагностики и более точным определением величины послеродовой кровопотери (в 2006 г. 85% послеродовой кровопотери (ПК) было измерено гравиметрическим методом). В то же время, следование протоколу ПК позволило избежать массивных кровопотерь объемом более 1000 мл (уменьшение с 63% в 2002 г. до 18,1% в 2006 г.) и, что самое главное, материнской смертности от кровотечения и послеродовой кровопотери. В целом же показатели частоты послеродовых кровотечений, зарегистрированные в ЛПУ за годы исследования, оказались ниже приводимых в международной литературе.

Показатель выполнения протоколов по ante/интранатальной оценке состояния плода и профилактике дистресса плода был максимальным среди

всех внедрившихся протоколов и составлял 85 – 90%. Соответственно в 4 раза снизилась распространенность заболеваемости и смертности с диагнозом «внутриутробной гипоксии, асфиксии в родах», а также снизились показатели неонатальной смертности и мертворождаемости по всем весовым категориям новорожденных с массой тела более 2,5 кг (табл. 5).

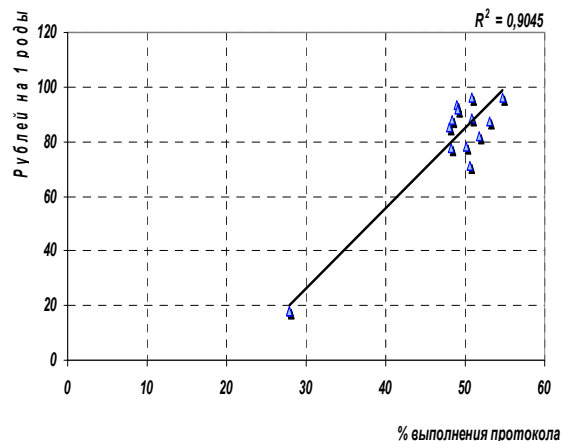
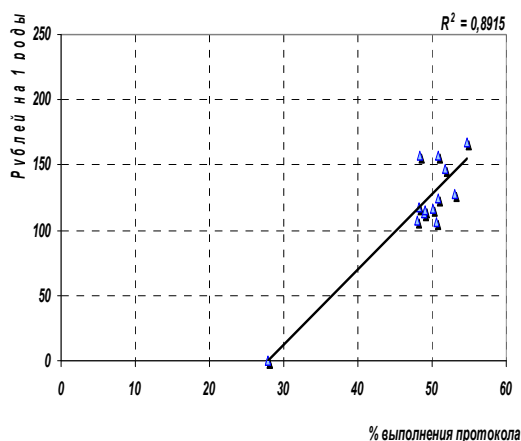
Табл. 5. Рождаемость, неонатальная смертность и мертворождаемость по всем ЛПУ

Масса тела новорожденного при рождении, кг	2,5-2,9			3,0-3,49			3,5-3,9			4,0 и более		
	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
Родилось живыми (абс.)	1459	1738	1583	3640	4141	4033	2708	3274	2967	806	954	995
из них умерло – всего (абс.)	6	1	3	3	1	1	4	2	2	3	3	1
в т.ч. в первые 0-168 часов жизни (абс.)	6	0	3	3	1	1	4	2	1	3	3	1
Родилось мертвыми (абс.)	19	9	6	12	15	6	8	6	6	2	3	2
Неонатальная смертность (сл./1000)	4,1	0,6	1,9	0,8	0,2	0,2	1,5	0,6	0,7	3,7	3,1	1,0
Ранняя неонатальная смертность (сл./1000)	4,1	0,0	1,9	0,8	0,2	0,2	1,5	0,6	0,3	3,7	3,1	1,0
Мертворождаемость (сл./1000)	13,0	5,2	3,8	3,3	3,6	1,5	3,0	1,8	2,0	2,5	3,1	2,0

Углубленный экономический анализ эффективности внедрения новых практик в пилотном роддоме показал снижение стоимости услуг по всем отслеживаемым показателям: общей стоимости услуг на 28%, средней стоимости госпитализации на одного пациента на 26%, а средняя длительность пребывания сократилась с 9 до 7 дней. Усовершенствование практики ведения родов привело к снижению затрат на лекарственные препараты и диагностические тесты. На 95% снизились затраты на обезболивание, достигнуто снижение числа и стоимости всех других лекарственных препаратов (не анальгетиков), а также снижение числа и стоимости лабораторно-инструментальных обследований (рис. 8). Введение в практику новых подходов ведения родов, вскармливания новорожденных и неонатального ухода позволило снизить расходы на лечение и обследование новорожденных, включая инфекционные осложнения на 76% .



Анализ экономического эффекта внедрения клинико-организационных протоколов на основе оценки интегральных индикаторов выполнения протоколов выявил корреляционную зависимость между величиной индикатора выполнения и достигнутой экономией (рис. 9 и 10).



<p>Рис. 9. Интегральный индикатор выполнения протокола ведения физиологической беременности и экономия за счет снижения количества назначаемых за период беременности медикаментов</p>	<p>Рис.10. Интегральный индикатор протокола ведения физиологической беременности и экономия за счет снижения количества медикаментов в родовом блоке.</p>
---	--

В медицинских учреждениях с интегральным индикатором выполнения протоколов 60% и более экономия достигала 10 млн. рублей. Общая экономия по всем учреждениям за время наблюдения составил 20 млн. рублей. Таким образом, выполнение мероприятий клинических протоколов имеет значимый экономический эффект, который возрастает по мере увеличения интегрального индикатора их выполнения.

В главе восьмой описана организационно-функциональная модель организации акушерско-гинекологической и перинатальной помощи с ориентацией на права пациентов и потребности медицинских работников, основанная на опыте всемирного медицинского сообщества и подтвержденная результатами доказательной медицины. Представлены основные этапы её построения на региональном уровне. Проанализированы результаты распространения модели в субъектах Российской Федерации.

Разработанная и апробированная нами модель включает в себя 6 концептуальных компонентов: оценка практики, обучение персонала, разработка и согласование протоколов, внедрение протоколов, аудит соблюдения протоколов и мониторинг мнения клиентов (рис. 11). Необходимым условием является соотнесение деятельности на любом этапе с доказанными рекомендациями по эффективной помощи.

Отправной точкой в разработке плана построения функционально-организационной модели акушерско-гинекологической и неонатальной помощи на региональном уровне является достижение согласия между всеми участниками внутриведомственных, межведомственных структур и руководства региона по вопросам охраны здоровья матери и ребенка. В этот процесс обязательно должны быть вовлечены руководители департаментов/министры здравоохранения территорий, отделы охраны материнства и детства и главные специалисты, руководители учреждений, которые на практике будут внедрять изменения, а также центры Роспотребнадзора, играющие большую роль в организации деятельности родовспомогательных учреждений. Также необходимо привлечь в работу по

построению модели медицинские учебные заведения, представителей власти, политиков и средства массовой информации, общественно-правовые и волонтерские организации, чтобы как широкие слои общественности и населения, так и основные целевые группы (женщины, семьи, медработники) были хорошо информированы о происходящих изменениях в оказании услуг в здравоохранении.

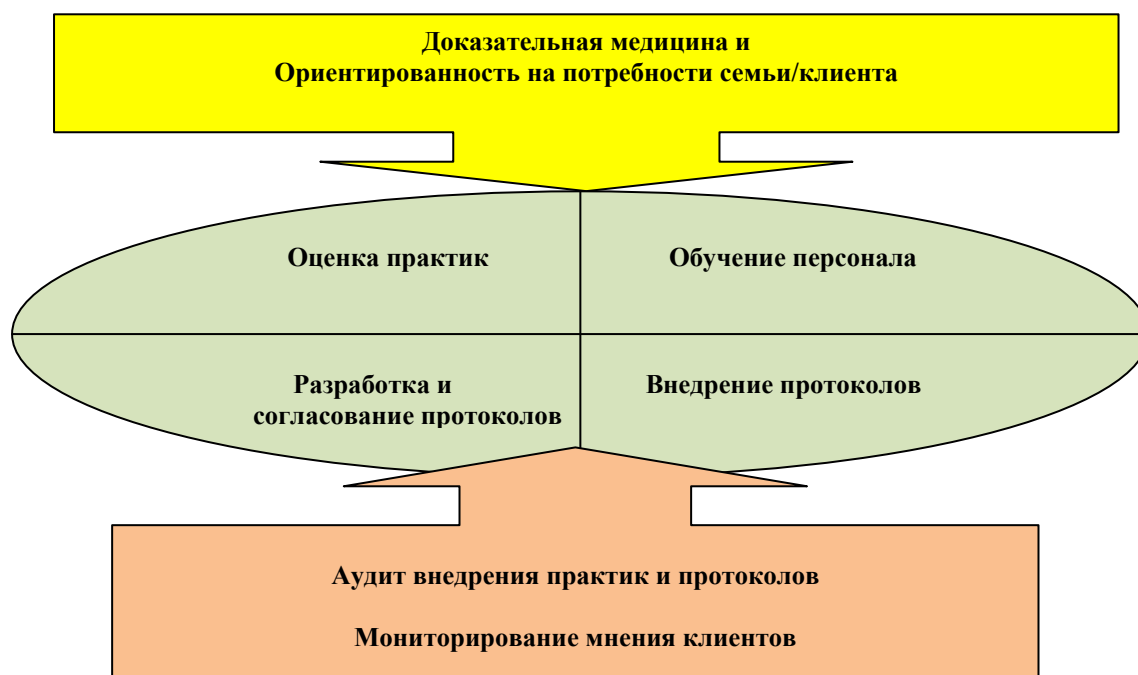


Рис. 11. Основные компоненты концептуальной модели

В то же время следует отметить, что каждой территории следует самостоятельно решить, кто еще может быть привлечен к работе, учитывая комплексность поставленных задач и намеченной цели.

Основой построения функциональной модели являются следующие принципы: интегрированный подход; доказательная медицина; ориентация на интересы пациента; преемственность в работе учреждений; доступность качественной медицинской помощи всему населению.

Интегрированный подход, заключается в последовательности и преемственности всей деятельности внутриведомственных и

межведомственных учреждений и всех структур в области охраны здоровья матери и ребенка и учреждений, обеспечивающих доступность новых качественных услуг, адаптированных к местным потребностям, возможностям и средствам, и приемлемых как для медработников, так и для их пациентов. Согласие ключевых партнеров закрепляется в виде создания специальной рабочей группы или координационного совета, который руководит всей работой (рис. 12). Как показывает практика, наличие подобного совета оказывается весьма полезным, потому что помогает более эффективно решать все необходимые вопросы, координируя работу партнеров. Рабочей группой решаются вопросы об организации разработки и внедрении в деятельность ЛПУ клиничко-организационных руководств и протоколов, проведении обучения, подготавливаются необходимые приказы и другие нормативные документы.

Наряду с административными и обучающими мероприятиями при разработке современной модели важнейшее значение приобретает изменение внутренней обстановки и атмосферы в медицинских учреждениях которая будет способствовать удовлетворенности пациента и определять качество оказанных услуг. Обеспечение информационно-просветительской поддержки изменений, происходящих в учреждениях, может осуществляться разными методами, включая распространение образовательных печатных, видео- и аудиоматериалов, проведение групповых бесед и занятий, а также организацию так называемых «горячих» линий.

Организация мониторинга показателей всех уровней: организации медицинской помощи; качества медицинской помощи; ее доступности, повышение уровня знаний руководителей всех уровней здравоохранения; медицинских работников и населения - обеспечивает не только оценку изменений, но и позволяет корректировать функциональные звенья модели.

Любая функциональная модель по улучшению качества медицинской помощи является неполноценной, если она не учитывает мнения пациента об оказанных услугах. Поэтому, помимо данных, сообщаемых медработниками,

необходимо отслеживать и субъективное восприятие женщинами своего опыта обращения в медучреждения.

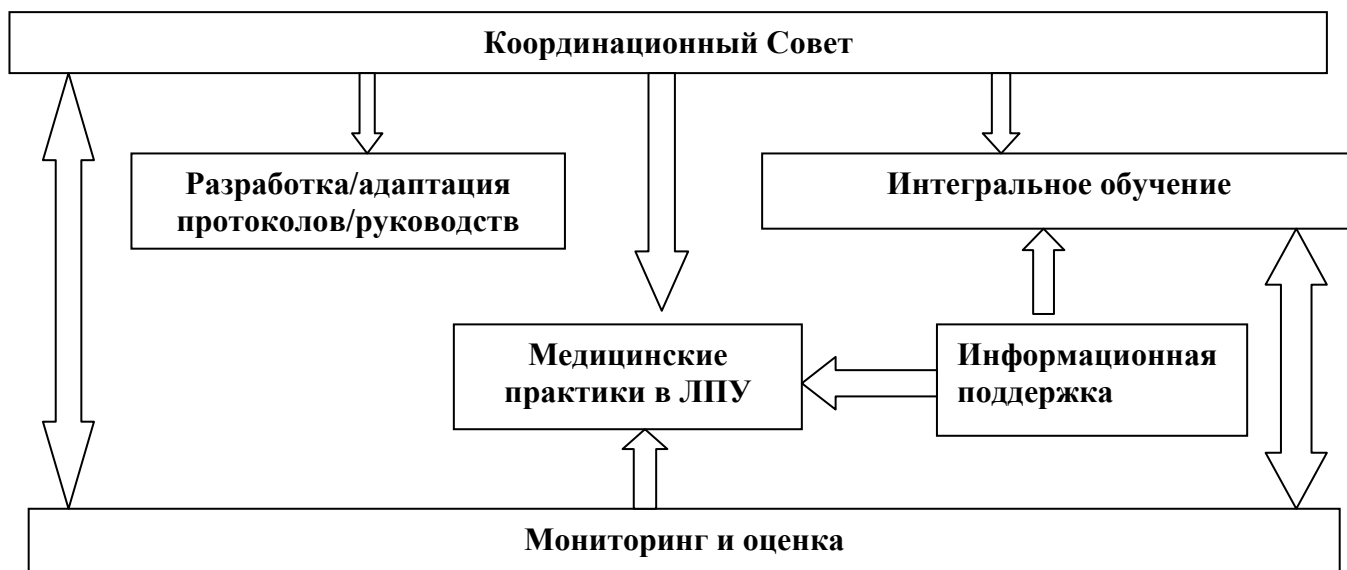


Рис. 12 Структура организационно-функциональной модели

В 2004 г. в десяти российских регионах при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации началось внедрение предложенной функционально-организационной модели.

С целью мониторинга изменений в оказании помощи, в пяти территориях – Вологодская область (города Вологда и Череповец), Красноярский край (город Красноярск), Тюменская область (города Тюмень и Тобольск), Иркутская область (города Иркутск и Братск), Алтайский край (город Барнаул) – было проведено социально-гигиеническое исследование среди женщин репродуктивного возраста – клиентов ЛПУ в 2004 и 2009 гг.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что значительно улучшилось консультирование беременных женщин на антенатальном этапе, в том числе грудному вскармливанию, поддержке вовремя родов, здоровому образу жизни. В 2004 г. только 44% беременных были проконсультированы по грудному вскармливанию, 62,8% - по здоровому образу жизни, 24,5% - здоровому питанию. В 2009 г. число беременных женщин, проконсультированных по основным вопросам дородовой помощи и подготовки к родам, увеличилось на 20% и более.

Результаты исследования в родильных домах продемонстрировали успешность внедрения предложенной модели в родовой и послеродовой уход. Увеличилось использования эффективных и обоснованных практик в родах и снижении применения необоснованных и потенциально опасных методов (таб. 6). В послеродовом уходе эффективные методы также получили широкое распространение в регионах: 80% новорожденных выкладываются на живот матери после рождения и 70% уже в родильном зале прикладываются к груди. Более 90% детей находятся вместе с матерью в послеродовой палате и более половины получают только грудное молоко.

Таб. 6. Частота положительных ответов рожениц о практиках в родах (% , p < 0,01)

Практики в родах	2004 (N 1967)	2009 (N 2109)
Разрешено ходить	77,9	97,1
Разрешено сидеть	21,7	89,1
Разрешено есть	54,4	74,1
Разрешено пить	48,3	70,7
Поддержка близким человеком во время родов	5,0	22,6
Клизма	90,4	26,8
Бритье промежности	53,6	12,9
Роды лежа на спине	95,0	64,1
В/венное введение растворов	72,8	45,3
Эпизиотомия	33,8	20,8

Согласно результатам исследования среди беременных женщин и женщин после родов за время проведения исследования увеличился процент желанных, запланированных беременностей с 67% в 2004 году до 80% в 2009 году. При этом в 2009 году более 75 % женщин отметили, что пользовались контрацептивами, планируя данную беременность, что на 30% превышает показатель 2004 г.

За время наблюдения на 35% увеличилось число женщин, проконсультированных по обеспечению физиологического интервала между родами. Число женщин, знающих, какой метод контрацепции они будут использовать, увеличилось на 18%. Если в 2004 году каждая пятая женщина

не получила соответствующего консультирования, то в 2009 году число таких женщин сократилось более чем вдвое.

В 2009 г. на 22% увеличилось число женщин, проконсультированных по использованию пост-абортной контрацепции. Улучшилось качество консультирования: на 30% больше женщин знали, как быстро возвращается фертильность после аборта. Результатом улучшения качества консультирования в ЛПУ стало снижение числа повторных абортов в 1,7 раза.

Удовлетворенность женщин оказанной помощью является надежным критерием улучшения качества работы ЛПУ. В исследуемых регионах по всем изучаемым направлениям медицинской помощи (антенатальной, акушерской и после аборта) наблюдалось достоверное улучшение показателей удовлетворенности клиентов, особенно по антенатальному уходу (на 42%) и родовспоможению (на 38%).

Выводы

1. Анализ структуры и динамики показателей и причин материнской смертности за 2000 -2008 гг. выявил существенные проблемы, говорящие о наличии резервов в улучшении акушерской помощи. Несмотря на снижение материнской смертности за последние годы в ее структуре более половины случаев относится к прямым акушерским причинам, таким как кровотечения, эклампсия, сепсис, разрыв матки, а также состояниям развивающиеся в результате ятрогенных осложнений и дефектов медицинской помощи. По данным проведенной экспертной оценки множественных причин смерти женщин при беременности, в родах и послеродовом периоде, доминирующим клинико-патогенетическим синдромом у 52% среди всех умерших женщин и у 54,3% умерших в сроки беременности «28 недель и более» явился синдром массивной кровопотери.

2. Изучение репродуктивного поведения и информированности женщин позволило выявить необходимость системного подхода в улучшении медицинской помощи по сохранению репродуктивного здоровья. В

исследованной нами популяции женщин на каждые 2-3 беременности приходилось 1 живорождение. Две трети женщин имели аборт в анамнезе. От 36% до 60% женщин не планировали иметь детей в ближайшие годы, а те, которые хотели иметь ребенка, планировали сделать это не ранее, чем через 3 – 4 года. При этом менее половины женщин использовали современные методы контрацепции.

3. Анализ знаний медицинских работников показал необходимость обучения всех участников процесса оказания помощи женщинам и новорожденным принципам доказательной медицины и новым технологиям: 56,7% опрошенных врачей знают о существовании понятии «доказательная медицина» и только 3,2% могут дать определение. Никто из опрошенных акушеров-гинекологов не отнес мертворождение в анамнезе к факторам акушерского риска, только 32,7% указали акушерскую патологию в анамнезе в качестве фактора риска и только 52,6 % смогли правильно назвать сроки возвращения фертильности женщин после аборта.

4. Результаты исследования показали, что в практическом родовспоможении и неонатологии недостаточно применяются эффективные практики ведения беременности и родов, ухода за новорожденным и широко используются необоснованные медицинские практики. Партограмма использовалась только в 32% родов, при этом внутривенные инфузии рутинно назначались 85% женщин, стимуляция родов проводилась 47% женщин, эпизиотомия – 30% женщин. Оценка новорожденного по шкале Апгар проводилась не более, чем в 75% случаев, контакт кожа-к-коже в родзале обеспечивался 30% новорожденным, совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате обеспечивалось в 38% случаях, исключительно грудное вскармливание в роддоме получали 26% новорожденных. Данная ситуация указывает на необходимость разработки и внедрения инновационных протоколов (стандартов) оказания медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях, основанных на данных доказательной медицины.

5. Предложенные обучающие программы и клинико-организационные руководства и протоколы, основанные на доказательной медицине, и методика их внедрения оказались эффективными, так как за относительно короткий период (три года) произошли значительные, статистически достоверные изменения в оказании помощи в крупных родовспомогательных учреждениях 2-го и 3-го уровней, включая снижение частоты использования эндотрахеального наркоза на 27%; снижение частоты амниотомий на 23%, снижение частоты назначения утеротонических средств для стимуляции родовой деятельности на 16%; 2-хкратное увеличение использования окситоцина для профилактики послеродовых кровотечений; увеличение частоты использования не медикаментозных методов обезболивания родов в 15 раз и снижение частоты использования наркотических анальгетиков на 60%.

Внедрение простых, мало затратных, но эффективных технологий в повседневную практику родовспомогательных учреждений улучшило показатели здоровья женщин-родильниц и новорожденных детей, в том числе: достоверно снизилось число родов путем кесарева сечения на 9 % , число случаев материнского травматизма при вагинальных родах на 20,5% и частота тяжелых кровотечений на 25%, а также достоверно снизилась доля детей, родившихся с низкой оценкой по шкале Апгар (< 7 баллов на 5-й минуте) на 40% ,число новорожденных с гипотермией уменьшилось на 62% и увеличилось число детей, выписанных домой на 4,4%.

6. Организация акушерской и неонатальной помощи на основе разработанных клинико-организационных руководств и протоколов, основанных на данных доказательной медицины, позволила снизить продолжительности госпитализации (количество к/дней) на 21% , количество назначаемых препаратов за все время пребывания женщины в стационаре в 1,5 раза, во время родов в 4,8 раза, а частоту назначения антибиотиков в послеродовом периоде на 37% .

Оценка полноты внедрения протоколов на основе интегрального

индикатора показала, что наиболее востребованными для использования медицинскими работниками оказались протоколы, включавшие в себя активные лечебные и диагностические мероприятия (протоколы по дистрессу плода, преэклампсии).

Анализ медицинской эффективности клиничко-организационных руководств показал, что за время исследования доля ведения родов с использованием партограммы ВОЗ возросла в 4 раза с 15% до 60%, а доля затрудненных родов снизилась в 5 раз, с 31% до 8,6% снизилась частота эпизиотомий. Следование протоколу позволило избежать массивных кровопотерь объемом более 1000 мл с 63% до 18,1% и, что самое главное, материнской смертности от кровотечения.

Анализ экономической эффективности внедрения новых практик установил снижение: общей стоимости услуг на 28%, средней стоимости госпитализации на одного пациента на 26%, расходов на лечение и обследование новорожденных, включая инфекционные осложнения на 76%. Анализ экономического эффекта внедрения клиничко-организационных протоколов на основе оценки интегральных индикаторов выполнения протоколов выявил корреляционную зависимость между величиной индикатора выполнения и достигнутой экономией. Общая экономия по 4 учреждениям за время наблюдения составил 20 млн. рублей.

7. Методически обоснованной и адекватной стратегией по сокращению уровня перинатальных и материнских потерь и улучшения показателей здоровья женщин и новорожденных детей может быть региональная функционально-организационная модель акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, предусматривающая стандартизацию акушерской и неонатологической практики на основе доказательной медицины и внедрение единых для всего региона обучающих программ.

За время исследования в регионах в родовом и послеродовом уходе увеличилось использование эффективных и обоснованных медицинских

практик и снизилось использование необоснованных и потенциально опасных практик. Число желанных, запланированных беременностей увеличилось с 67% до 80%, с 31% до 66% увеличилось число женщин, проконсультированных по обеспечению физиологического интервала между беременностями, и 1,7 раза сократилось число повторных абортов.

8. Организация мониторинга показателей организации медицинской помощи, ее качества и доступности должна включать в себя оценку знаний и навыков медицинских работников всех уровней, а также мнения населения об оказании лечебно-профилактической помощи, что обеспечивает не только оценку изменений, но и позволяет корректировать функциональные звенья модели. По данным исследования за время наблюдения число беременных женщин, положительно оценивших работу ЛПУ, достоверно увеличилось с 59% до 83,7%, женщин после родов – с 62,2% до 86,1% и женщин после аборта с 74,3% до 79,8%.

9. Отдаленные результаты внедрения предложенной организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в регионах РФ свидетельствуют о ее преимуществах для разных участников и уровней системы здравоохранения:

➤ Преимущества для медработников: облегчает процесс принятия решения, избавляет от рутинных действий, обеспечивает стандартизацию лечения и диагностики, помогает в улучшении качества помощи, повышает удовлетворенность клиентов/пациентов и защищает при судебных процессах.

➤ Преимущества для пациентов: улучшает качество лечения и его исходы, борется с полипрагмазией, с необоснованными и опасными технологиями, объективно информирует пациентов об необходимом объеме диагностики и лечения, способствует улучшению взаимопонимания с медицинским персоналом и повышению приверженности к соблюдению рекомендаций специалистов, при необходимости может служить механизмом для оплаты оказанных услуг.

➤ Преимущества для системы здравоохранения: способствуют успешному внедрению новых, эффективных технологий и улучшению качества медицинской помощи, улучшают показатели здравоохранения, объективно оценивать качество помощи в отдельных ЛПУ и в системе в целом, рационализируют использование ресурсов, уменьшают риски и неоправданные затраты, позволяет контролировать качество лечения и расходы, способствует формированию позитивного общественного мнения.

Практические рекомендации

- При разработке политики по охране здоровья женщин и детей могут быть использованы материалы данного исследования, которые отражают позитивные результаты образовательного, организационного, функционального развития акушерско-гинекологической и перинатальной службы, адекватно соответствующие тенденциям современного развития качественной и доступной медицинской помощи.
- Предложенные методологические подходы к совершенствованию региональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи и организационные механизмы оптимизации ее деятельности должны предусматривать процессы организации лечебно-профилактической помощи в системе охраны материнства и детства на основе доказательных данных.
- Органам управления здравоохранением РФ и субъектов Федерации необходимо обеспечить новое качество оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям, основанной на эффективных и безопасных практиках и потребностях пациента.
- Клинико-организационные руководства и протоколы, основанные на данных доказательной медицины, должны стать базой для организации работы родовспомогательных учреждений любого уровня оказания помощи, обеспечения преемственности в деятельности ЛПУ для обеспечения профилактического и лечебно-диагностического процесса оказания помощи женщинам и детям.

- Одной из важнейших составляющих, обеспечивающих внедрение клинико-организационных руководств, является интегрированное обучение организаторов здравоохранения, руководителей всех уровней в области охраны здоровья матери и ребенка, врачей (акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров) и среднего медицинского персонала современным методам качественной клинической и консультативной помощи. Наряду с этим необходимо проводить обучение населения с применением различных форм от консультирования медицинским персоналом до различных форм работы СМИ, волонтеров и другие формы обучения.
- Образовательные программы для медицинского персонала, должны использовать новые методики преподавания для взрослой профессиональной аудитории, современные источники информации, а также мониторинг показателей результатов обучения.
- Система мониторинга показателей оценки внедрения новых технологий в акушерско-гинекологической и перинатальной помощи позволит формулировать предложения, касающиеся повышения качества медицинской помощи на любом уровне организации акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

Список научных трудов, опубликованных по теме диссертации:

Публикации в журналах, рекомендованных ВАК:

1. Vartapetova, N. Iron deficiency anaemia and opportunities for intervention among pregnant women: Russian experience. / Natalia V. Vartapetova // *Ann Nutr Metab.* – 2003. - 47. - 471.
2. Vartapetova, N. Assessing Breastfeeding in the Infant Feeding Intervention Project. / Natalia V. Vartapetova, Patricia H. David. // *Ann Nutr Metab.* - 2003. – 47. - 522.
3. Vartapetova, N. The Women and Infants' Health Project. A Guide to Implementing Effective Health Care for Women and Infants. // Natalia Vartapetova, Natalia Kisseleva, Inna Sachi, Rashad Massoud, Michelle Berdy, Yulia Boyarkina, and Patricia David. - 2003. URL: <http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/Publications/women.cfm>.
4. Vartapetova, N. An Evaluation of the WIN Project: evidence of effectiveness. / Patricia David and Natalia Vartapetova // - 2003. URL: <http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/Publications>.
5. Вартапетова, Н.В. Опыт реализации программ по повышению эффективности перинатальной помощи. / И.И. Рюмина, Н.В. Вартапетова, А. Баччи, А.В. Корсунский, Г.И. Гусарова, Н.П. Коробейников Опыт реализации программ по повышению эффективности перинатальной помощи. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2004, Т. 49.- №4.- С. 5-9.

6. Вартапетова, Н.В. Эпидемиологическая оценка внедрения проекта «Мать и дитя» в учреждениях родовспоможения. / Н.И.Маркович, В.И.Сергеевич, Н.П.Коробейников, Н.В.Вартапетова // Эпидемиологическая оценка внедрения проекта «Мать и дитя» в учреждениях родовспоможения // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2005. - 6 (25). - С.41-44.
7. Vartapetova, N. Meeting women's reproductive health needs in Russia: learning from an intervention to improve post-abortion care. / P. David, L. Reichenbach, I. Savieleva, R. Potemkina, N. Vartapetova // Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series. - 2005. – Vol. 15. - N1. - P. 1 – 35.
8. Вартапетова, Н.В. Пути совершенствования родовспоможения: опыт проекта «Мать и дитя» в российских регионах. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, А.Г. Трушков, О.Р. Швабский // Сибирский медицинский журнал. – 2005. - Т.56. - N S7. - С.76-78.
9. Вартапетова, Н.В. Современные методы профилактики перинатальной передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку. / А.В.Карпушкина, Н.В Вартапетова, В.Н.Садовникова, Н.В. Протопопова, О.П. Горбунова // Сибирский медицинский журнал. – 2005, Т. 56.- N S7. - С. 7-11.
10. Vartapetova, N. Maternal and Child health Initiative (MCHI) Monitoring and Evaluation Guidelines. / Vartapetova N., Boyarkina Y., Potemkina R. // - 2006. URL: <http://dec.usaid.gov/>.
11. Vartapetova, N. Prevention of Mother-to-Child Transmission and Family Planning Practices in HIV-infected Women Facility Survey. / Natalia V. Vartapetova, Anna V. Karpushkina. // USAID. - December 2006. URL: <http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr03-rs-00>.
12. Vartapetova, N. Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care? / David PH, Reichenbach L, Savelieva I, Vartapetova N, Potemkina R. // Health Policy Plan. - 2007 Mar. - 22(2). – P.83-94.
13. Vartapetova, N. Russia: Integrating Family Planning into the health System. A Case Study of the Maternal and Child health Initiative. / Cappa Laurie, Natalia Vartapetova, Tatyana Makarova, and Polina Flahive. // 2007. Arlington, Va.: DELIVER, for USAID. URL: <http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/Publications/women.cfm>.
14. Вартапетова, Н.В. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями. Пути совершенствования медико-социальной помощи / В.Н. Садовникова, О.В. Чумакова, Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина // Вопросы современной педиатрии.- 2008, Т.7.- №1, С.18-20.
15. Вартапетова, Н.В. Организационные аспекты диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных. / В.Н. Садовникова, О.В. Чумакова О.В., О.С. Филипов, Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. - №2. URL: <http://www.mediasphera.ru/journals/akuvest/429/>.
16. Вартапетова, Н.В. Организационные аспекты профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. / В.Н. Садовникова, Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, Н.В. Протопопова // Сибирский медицинский журнал. – 2008.- № 3.- С. 68-72.
17. Вартапетова, Н.В. Анализ заболеваемости населения Российской Федерации инфекциями, передаваемыми половым путем, за период с 1997 по 2008гг. / М.А. Иванова, С.А. Виноградова, Н.В. Вартапетова, Н.С. Малыгина, О.В. Залевская. // Соц. аспекты здоровья населения. - 2009 (11), - №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/44/30>.
18. Вартапетова, Н.В. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации и Республике Беларусь. / В.В. Люцко, Г.Ю. Уткина, Н.В. Вартапетова, М.А. Иванова, И.В. Фурманова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. - Т.5. - №4.- С. 521-523.
19. Вартапетова, Н.В. Результаты социологического опроса различных специалистов о путях повышения профессиональных знаний. / Н.В. Вартапетова // Врач и информационные технологии. – 2010. - №5. - С. 27-32

20. Вартапетова, Н.В. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем – приоритетная задача современного здравоохранения. / Н.В. Вартапетова // Андрология и генитальная хирургия. – 2010. - №4. – С. 65-68
21. Вартапетова, Н.В. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья / Н.В. Вартапетова // Врач. - 2010. - № 9. - С. 79-80.
22. Вартапетова, Н.В. Показатели смертности доношенных детей и мертворождаемость – как факторы качества организации работы учреждений родовспоможения / Н.В. Вартапетова // Соц. аспекты здоровья населения. - 2010 (15) - №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/227/30/>.
23. Вартапетова, Н.В. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации и Республике Беларусь. / Е.В. Агрызко, С.А. Виноградова, Н.В. Вартапетова // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. - №6. – С.33-39
24. Вартапетова, Н.В. Современное состояние родовспоможения (на примере Пермского края). / Н.В. Вартапетова, А.Г. Трушков // Соц. аспекты здоровья населения. - 2010 (16) - №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/244/30/>.
25. Вартапетова, Н.В. Состояние репродуктивного здоровья женщин с ВИЧ-инфекцией. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, Л.А. Дементьева, Н.С. Брынза, О.П. Горбунова // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. - №1. - С. 13-19.
26. Вартапетова, Н.В. Обоснованность и безопасность медицинских технологий в учреждениях родовспоможения. / Н.В. Вартапетова, О.Р. Швабский // Медицинская наука и образование Урала. - 2011. - №1. - С. 9-12.
27. Вартапетова, Н.В. Частота выявляемой патологии и исходы беременностей женщин г. Перми. / Н.В. Вартапетова, А.Г. Трушков, В.Б. Алексеев // Соц. аспекты здоровья населения. - 2011 (17) - № 1. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/262/30/>.
28. Вартапетова, Н.В. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и родах. / Н.В. Башмакова, В.В. Ковалев, С.В. Татарева, Н.А. Зильбер, А.В. Каюмова, Н.Б. Давыденко, Н.В. Вартапетова // Акушерство и гинекология. – 2011.- № 2. - С. 86-92.

Клинико-организационные руководства, протоколы и рекомендации

29. Вартапетова, Н.В. Руководство по внедрению эффективной помощи в области охраны здоровья женщин и детей 1-го года жизни. / Н.В.Вартапетова, Н.Киселева, И.Саччи, Р.Массуд, Мишель Берди, Ю.Бояркина, П.Давид// Руководство. М., 2003. - 54 с.
30. Вартапетова, Н.В. Клинико-организационное руководство по грудному вскармливанию. / Н.В. Вартапетова, Н.Г. Киселева, Е.И.Сафронова, Л.М. Шмарова// М., 2003. - 65 с.
31. Вартапетова, Н.В. Клинико-организационное руководство по организации работы акушерского стационара на основе новых технологий родовспоможения и инфекционного контроля. / Н.В. Вартапетова, А.А.Корсунский, В.И.Кулаков, Рашад Массуд. // Клинико-организационное руководство. М., 2003. - 84 с.
32. Вартапетова, Н.В. Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, В.Н. Садовникова, Ж.В. Терентьева, Т.А. Епоян и соавт. // Клинико-организационное руководство. М., 2005. - 78 с.
33. Вартапетова, Н.В. Дородовое наблюдение за беременными низкого риска. / Н.С. Брынза, А.Ю. Рудзевич, В.Ф. Игошев, Н.В. Вартапетова // Методические рекомендации. Тюмень, 2006. – 23 с.
34. Вартапетова, Н.В. Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В.Карпушкина. // Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ. М., 2006. – 116 с.
35. Вартапетова, Н.В. Формирование приверженности к медицинскому наблюдению и приему антиретровирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // Рекомендации для медицинских работников. М., 2006. – 116 с.

36. Вартапетова, Н.В. Клинические протоколы. / Н.В. Вартапетова, М.М. Падруль и группа разработчиков // М., 2006. – 138 с.
37. Вартапетова, Н.В. Избранные клинические протоколы. / М.М. Падруль, Н.В. Вартапетова, В.Л. Кабаков, И.Н. Костин и др. // Протоколы. Пермь, 2006. – 153 с.
38. Вартапетова, Н.В. Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // М., 2008. – 75 с.
39. Вартапетова, Н.В. Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ. М., 2008. – 116 с.
40. Вартапетова, Н.В. Клинические протоколы. / Н.В. Вартапетова, Бугаева Е.В., Веккер И.Р., Даценко А.В., Лагунко К.П., Костин И.Н., Рудзевич А.Ю., Селиванов О.Л., Трушков А.Г., Швабский О.Р. // М., 2008. – 160 с.
41. Вартапетова, Н.В. Руководство по оценке медицинских учреждений проводить профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, Р.Н. Малюта. Ю.А. Фомин и др. // М., 2008. – 115 с.
42. Вартапетова, Н.В. Пособие для социальных работников по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и планированию семьи у ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант. // М., 2008. – 60 с.
43. Вартапетова, Н.В. Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ. М., 2009. – 116 с.
44. Вартапетова, Н.В. Руководство по консультированию ППМР для медицинских работников. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // М., 2009. – 75 с.
45. Вартапетова, Н.В. Практическое руководство по уходу за новорожденным в родовом блоке и в послеродовом отделении. / Н.В. Вартапетова, Е.И. Сафронова и рабочая группа. // М., 2009. – 28 с.
46. Вартапетова, Н.В. Инфекции, передаваемые половым путем / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, В.И. Кисина. // Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. М., 2009. – 166 с.
47. Вартапетова, Н.В. Пособие по оценке качества перинатальной помощи в учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов. / Н.В. Вартапетова и рабочая группа. // М., 2009. – 37 с.
- Статьи и научные публикации в других изданиях**
48. Vartapetova, N. Provider Practices and Client Experiences in Russian Health Facilities. / Patricia H. David, Natalia V. Vartapetova, Colleen Conroy // Global Health Forum. May, 2001. PP.: P4
49. Vartapetova, N. Women and Infant Health Project: A Model for Improving Maternal and Child Health Services in Russia. / N. Vartapetova. // Global Health Forum. May, 2002. PP: P30.
50. Vartapetova, N. Women and Infant's Health (WIN) Project: A model for improving maternal and child health services in Russia. / N. Vartapetova. // USAID 10-Year Retrospective Conference. July 28 – July 31, 2002. Washington, DC, USA.
51. Vartapetova, N. Promotion of evidence-based perinatal practices in Russian health facilities. / Natalia V. Vartapetova, Patricia H. David, Rimma A. Potemkina. // APHA 130th Annual Meeting, November, 2002. P.49680.
52. Vartapetova, N. Breast-feeding practices and strategies for change in US-Russia Women's and Infants' health (WIN) Project. / Natalia V. Vartapetova. // APHA 130th Annual Meeting, November, 2002. P.29715.
53. Vartapetova, N. Assessing changes in women's health care in Russian health facilities. / Patricia H. David, Natalia V. Vartapetova, Rimma A. Potemkina // APHA 130th Annual Meeting, November, 2002, P. 38263

54. Vartapetova, N. Reduction of Iron deficiency anaemia in Russia – dietary approaches. / Natalia V. Vartapetova. // Meeting of Nutrition Counterparts in the WHO European Region. 28 February – 2 March, 2003. Athens, Greece.
55. Vartapetova, N. WIN Project in Russia: from pilot sites to national level. / Natalia V. Vartapetova // WHO Euro Partners' Meeting. May 1-2, 2003. Stratford-upon-Avon, UK.
56. Vartapetova, N. Using evidence to improve women and infants health policies and practices in Russia: the WIN project model. / Natalia V. Vartapetova, Patricia H. David // 5th International Conference on the Scientific Basis of Health Services. September, 2003.
57. Вартапетова, Н.В. Актуальность совершенствования перинатальной профилактики ВИЧ: результаты многоцентрового исследования. / Н.В. Вартапетова // Сборник Национального конгресса «Человек и здоровье». Иркутск, 9-10 сентября 2004. - С.162.
58. Vartapetova, N. Actuality of HIV prevention among women of reproductive age. / Natalia V. Vartapetova. // International Russian-Canadian Conference on HIV/AIDS. Moscow, December 7-9, 2004. P. 11.
59. Vartapetova, N. Urgent Need for Increasing HIV-Prevention Activities among Women of Reproductive Age. / Natalia V. Vartapetova. // International Russian-Canadian Conference on HIV/AIDS. Moscow, December 7-9, 2004. P.11.
60. Вартапетова, Н.В. Проект «Мать и Дитя»: внедрение эффективной помощи в практику здравоохранения. Опыт российско-американского сотрудничества. / Н.В. Вартапетова // Материалы VI Российского форума «Мать и Дитя». – М., 2004. - С. 604 -605.
61. Вартапетова, Н.В. Внедрение современных стандартов оказания помощи женщинам и детям: опыт Российско-Американского проекта «Мать и Дитя» / Н.В. Вартапетова // Всероссийский Конгресс «Человек и Здоровье». Иркутск, 2004. - С. 161 -162.
62. Вартапетова, Н.В. Проект «Мать и дитя» в России: основные этапы деятельности. / Н.В.Вартапетова // Журнал российского общества акушеров-гинекологов. - 1/2004. - С. 39-40.
63. Вартапетова, Н.В. Необходимость улучшения профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку: результаты многоцентрового исследования проекта «Мать и Дитя». / Н.В. Вартапетова, А.В.Карпушкина // Всероссийский Конгресс «Человек и Здоровье». Иркутск, 2004. - С. 162-163.
64. Вартапетова, Н.В. Внедрение современных стандартов оказания помощи женщинам и детям: опыт российско-американского проекта «Мать и дитя». / Н.В. Вартапетова // Материалы Всероссийского конгресса «Человек и здоровье». Иркутск, 2004. - С. 161-162.
65. Vartapetova, N. Promoting breastfeeding in Russia: From WIN project to Maternal and Child Health Initiative. / Natalia V. Vartapetova. // APHA 2005 Annual Meeting. December 2005.
66. Vartapetova, N. International input in development national PMTCT guidelines in Russia: maternal and child health initiative experience. / Natalia V. Vartapetova. // XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. August 13 – 18, 2006. CD TUPE0971.
67. Vartapetova, N. Current PMTCT practices in Russia: client perceptions from a Maternal and Child Health Initiative survey. / Natalia V. Vartapetova. // XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. August 13 – 18, 2006. CDC0515.
68. Vartapetova, N. Family planning needs of HIV-positive women in Russia: data of maternal and child health initiative. / Natalia V. Vartapetova. // XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. August 13 – 18, 2006. CD WEPE0835.
69. Vartapetova, N. HIV screening of women in Russia: maternal and child health initiative facility-based survey. / Natalia V. Vartapetova. // XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. August 13 – 18, 2006. CDC1107.
70. Vartapetova, N. Evidence –Based Perinatal Care Package in Eastern Europe. / Natalia V. Vartapetova. // Women Deliver Conference. London, UK. October 2007.
71. Вартапетова, Н.В. Эффективные программы по сохранению и укреплению здоровья подростков: опыт проекта «Мать и Дитя»./ Н.В. Вартапетова, Ю.В. Бояркина//

- Формирование культуры здоровья в современной образовательной среде. М., - 2007. - С. 96-101.
72. Вартапетова, Н.В. Отчет по результатам исследования по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и планированию семьи у ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // М., 2007. – 61 с.
73. Вартапетова, Н.В. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Опыт международного сотрудничества. / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина, В.Н. Садовникова, Ж.В. Терентьева, Т.А. Епоян и соавт. // Информационно-аналитический сборник. М., 2007. – 78 с.
74. Вартапетова, Н.В. Совершенствование системы предоставления услуг в области репродуктивного здоровья: результаты многоцентрового исследования – опыт международного проекта «Мать и дитя». / Н.В. Вартапетова, Е.Б. Стемковская. // 2-й международный Конгресс по репродуктивной медицине. Москва, январь 2008. - С. 13-14.
75. Вартапетова, Н.В. Практика ведения родов у ВИЧ-инфицированных женщин. / Н.В. Вартапетова. // II Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Москва. 3 – 5 мая 2008.
76. Вартапетова, Н.В. Consequences of lack of antenatal monitoring for HIV-positive women. / Н.В. Вартапетова. // II Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Москва. 3 – 5 мая 2008.
77. Vartapetova, N. Prevalence of STIs and viral hepatitis among HIV-positive women attending health facilities to give birth or abort pregnancy in Russia. / Natalia V. Vartapetova. // XVI International AIDS Conference. Mexico city, Mexico. August 3-8, 2008. CD MOPE0363.
78. Вартапетова, Н.В. Эффективные программы по сохранению и укреплению здоровья подростков./Н.В. Вартапетова.// Роль социальных институтов в профилактике наркозависимости среди подростков и молодежи. СПб, 2008. - С. 99-103.
79. Вартапетова, Н.В. С учетом интересов пациента. Возможности улучшения помощи женщинам и детям. / Н.В. Вартапетова // Экономика и медицина сегодня. М., 2008. – С. 13-15.
80. Вартапетова, Н.В. Оценка готовности медицинских учреждений первичного звена здравоохранения к проведению ППМР. / Н.В. Вартапетова. // III Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Москва, 28 – 30 октября 2009. - С. 61-62.
81. Vartapetova, N. Introducing Evidence Based Perinatal Practices in Russia: International Project Carried Out in Yet Another Country. / Natalia V. Vartapetova, Oleg R. Shvabskiy, Andrey G. Trushkov. // FIGO Congress. October 2009.
82. Vartapetova, N. Implementing innovations in maternity care in Russia: lessons learned from Maternal and Child Health Initiative (MCHI). / Natalia V. Vartapetova, Oleg R. Shvabskiy, Andrey G. Trushkov. // APHA Annual Meeting. November, 2009.
83. Вартапетова, Н.В. Пути улучшения качества медицинской помощи женщинам и детям. Десятилетний опыт проекта «Мать и дитя» в России. / Н.В. Вартапетова // Современные медицинские технологии. – 2009. - № 2. - С. 100-102.
84. Вартапетова, Н.В. Организация медицинской помощи по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Опыт регионов РФ / Н.В. Вартапетова, А.В. Карпушкина. // Информационный буклет и видео-фильм. М., 2009. – 20 с.
85. Вартапетова, Н.В. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, – одна из приоритетных задач проекта «Мать и дитя». / Н.В. Вартапетова // Современные медицинские технологии. – 2009. - № 3. - С. 54-57.