

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

УДК: 618.11.2-07-08:616-058

На правах рукописи

КЫЗАЕВА АЙЖАН ДЮСЕНБЕКОВНА

**Медико-социальная и экономическая эффективность внедрения
стандартов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии**

6D110200- Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии PhD

Научные консультанты

доктор медицинских наук,
профессор Аканов А.А.,

доктор медицинских наук,
профессор Мейманалиев Т.С.,

кандидат медицинских наук,
Кудаманова А.Б.

Республика Казахстан
Алматы, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	9
ВВЕДЕНИЕ.....	11
1 АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КАЗАХСТАНЕ И МИРЕ.....	15
1.1 Физиологические роды и воспалительные заболевания органов малого таза как наиболее актуальные вопросы акушерства и гинекологии в Казахстане.....	15
1.2 Организация акушерской помощи в странах с разным уровнем развития экономики.....	17
1.2.1 Международный и отечественный опыт интранатального ухода.....	20
1.2.2 Доказательная медицина и стандарты диагностики и лечения как инструмент повышения качества акушерской помощи.....	30
1.3 Организация гинекологической помощи в странах с разным уровнем развития экономики.....	35
1.3.1 Казахстанский и зарубежный опыт ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в том числе сальпингитами и оофоритами.....	35
1.3.2 Стандарты диагностики и лечения в гинекологии в разных странах мира.....	38
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	42
3 СТАНДАРТЫ (ПРОТОКОЛЫ) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ НА ПРИМЕРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ.....	55
3.1 Анализ протоколов диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане.....	55
3.2 Результаты анализа анкетирования врачей и акушерок по вопросам использования стандартов диагностики и лечения.....	56
3.3 Ретроспективный аудит тактики ведения пациенток при физиологических родах.....	69
3.4 Оценка медико-социальной эффективности внедрения протокола диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане.....	72
3.5 Оценка экономической эффективности внедрения протокола диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане.....	74
4 СТАНДАРТЫ (ПРОТОКОЛЫ) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С САЛЬПИНГИТАМИ И ОФОРИТАМИ.....	84

4.1 Анализ протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит».....	84
4.2 Результаты анализа анкетирования врачей по вопросам использования протоколов диагностики и лечения в гинекологии.....	87
4.3 Ретроспективный аудит соответствия тактики ведения пациенток при сальпингитах и оофоритах требованиям протоколов диагностики и лечения	94
4.4 Оценка медико-социальной эффективности внедрения протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит».....	96
4.5 Оценка экономической эффективности протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит».....	99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	111
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	118
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	129

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Приказ МЗ РК от 28.12.2007 № 764 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний» (с изменениями и дополнениями)

Послание Президента Республики Казахстан-Лидера Нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Казахстан 2050: новый политический курс состоявшегося государства» от 14.12.2012

Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы» (Утверждена Указом Президента РК от 29.11.2010 № 1113)

Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», 18.09.2009 №193-IV

Приказ МЗ РК от 2.10.2012 №676- «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»

Приказ МЗ РК от 27.08.2012 №593 «Об утверждении положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь»

Приказ МЗ РК от 07.05.2010 №325 «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан»

Протокол заседания экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения №18 МЗ РК от 19.09.2013 г.

Приказ МЗ РК от 7.04.2010 №239 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения» (с изменениями и дополнениями)

Приказ МЗ РК от 31.12.2013 №770 «Об утверждении тарификатора медицинских услуг»

Постановление Правительства РК от 3.11.2011 № 1280 «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции»

Постановление Правительства РК от 12.01.2012 №33 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» с изменениями от 19.06.2013 (Постановление Правительства №627)

Постановление Правительства РК от 11.02.2009 № 134 «О некоторых вопросах по внедрению единой системы дистрибьюции лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»

Приказ МЗ РК от 15 апреля 2013 года № 224 «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, подлежащих закупу у Единого дистрибьютора» (с изменениями и дополнениями)

Приказ МЗ РК от 6.03.2013 №128 «Об утверждении форм, предназначенных для сбора административных данных субъектов здравоохранения»

Постановление Правительства РК от 10.02.2010 № 81 «О стратегическом плане Министерства Здравоохранения Республики Казахстан на 2010-2014 годы»

Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О стратегическом плане Министерства Здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы»

Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2013 года № 1594 О стратегическом плане Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2014 – 2018 годы (с изменениями и дополнениями от 19.06.2014 г.)

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Акушерское пособие - манипуляция, применяемая в родах для обеспечения их нормального течения.

Амниотомия - (в переводе amnion – водная оболочка, tomie – рассечение)- это акушерская операция по искусственному вскрытию плодного пузыря.

Антенатальный уход (дороговое наблюдение) - помощь беременной женщине в сохранении ее здоровья и здоровья плода, а также помощь ее партнеру или семье при переходе к материнству и отцовству.

Аудит клинический – подробный ретроспективный анализ и оценка по установленным показателям медицинской помощи медицинских карт, используемый для количественной и качественной оценки профессиональной деятельности медицинских работников и деятельности организации в целом с помощью сопоставления выявленных параметров с принятыми стандартами или с современными профессиональными суждениями.

Безопасное материнство - международная программа (технология), начатая ВОЗ в 1987 году, целью которой является разработка современной концепции оказания высококачественной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам для снижения материнской смертности.

Витаминно-гормональный-кальциевый фон - сочетание препаратов, используемых с целью подготовки шейки матки к родам: раствор синестрола 0,1% – 1 мл внутримышечно, эстрон (раствор фолликулина 0,1% – 1 мл (5000ЕД) внутримышечно), раствор тиамин хлорида 5% – 1мл (В1), раствор пиридоксина гидрохлорида 5% – 1 мл (В6) внутримышечно, декстроза (раствор глюкозы 40% – 5 мл внутривенно), раствор кальция глюконата 10% – 5 мл внутривенно, раствор кислоты аскорбиновой 5% – 1 мл внутривенно.

Воспалительные заболевания органов малого таза - группа заболеваний (самостоятельных нозологических форм) верхних отделов репродуктивного тракта женщины, которая может включать в себя комбинацию эндометрита, сальпингита, оофорита, tuboовариального абсцесса и пельвиоперитонита.

Врач общей практики - дипломированный медицинский работник, имеющий соответствующее разрешение на оказание первичной и непрерывной медицинской помощи отдельным лицам, семьям и всему контингенту лиц, прикрепленных к его практике, независимо от возраста, пола или характера заболевания.

Второй период родов – (период изгнания) — время от момента полного раскрытия маточного зева до рождения плода.

Дисфункциональные маточные кровотечения - кровотечения, не связанные ни с органическими изменениями в половых органах, ни с системными заболеваниями, приводящими к нарушению свертывающей

системы крови, в основе которых лежит нарушение ритма и продукции гонадотропных гормонов и гормонов яичника.

Доказательная медицина - подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются, исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных.

Единый дистрибьютор лекарственных средств - юридическое лицо, осуществляющее в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи организацию и проведение закупок, выбор поставщиков и заключение с ними договоров поставки лекарственных средств.

Интранатальный уход - уход за женщиной (роженицей) во время родов.

Клинико-экономический анализ - методология сравнительной оценки двух и более методов профилактики, диагностики, лекарственного и нелекарственного лечения на основе комплексного взаимосвязанного учета результатов медицинских вмешательств и затрат на их выполнение.

Клинические руководства - документ, содержащий систематически разрабатываемые положения в помощь практическому врачу при принятии клинического решения об оказании соответствующей медицинской помощи при определенных клинических обстоятельствах.

Материнская смертность - статистический показатель, характеризующий частоту случаев смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от любого патологического состояния, связанного с беременностью (не учитываются несчастные случаи или группа случайных причин).

Медико-социальная эффективность - степень достижения медико-социального результата (например, выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем, удельный вес излеченных больных, уменьшение числа осложнений, числа койко-дней и прочее).

Неонатальная смертность - статистический показатель, характеризующий смертность новорожденных (смертность детей с момента рождения до 28-го дня жизни).

Партограмма – графическая запись течения родов, на которой отражаются наиболее выраженные критерии состояния матери, плода и течения родов, включающие пульс, артериальное давление, температуру тела, конфигурацию головки, сердцебиение плода и прочее

Пельвиоперитонит - воспаление брюшины малого таза.

Первый период родов - (период раскрытия шейки матки) начинается с первыми регулярными родовыми схватками и заканчивается полным раскрытием шейки матки, достаточным для прохождения по родовому каналу плода.

Перинеотомия – срединное рассечение промежности.

Полипрагмазия - одновременное назначение (нередко неоправданное) больному многих лекарственных веществ или лечебных процедур.

Послеродовой патронаж - наблюдение за женщиной и новорожденным в послеродовом периоде, которое проводится участковыми врачами, медицинскими сестрами, акушерками и фельдшерами на дому.

Прием Крестеллера - ручной акушерский прием для ускорения изгнания плода, заключающийся в надавливании на дно матки через брюшную стенку во время потуги при прорезывании головки.

Приверженность требованиям протоколов – как готовность следовать протоколу, так и соблюдение его требований.

Регионализация - распределение родовспомогательных медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов.

Роды физиологические (нормальные) - это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии.

Сальпингит и оофорит - воспаление придатков матки (маточных труб и яичников).

Стандарты диагностики и лечения (протоколы диагностики и лечения) - это нормативные стандарты, регламентирующие диагностику и лечение заболеваний

Точки клинической эффективности - это специальные критерии для оценки эффективности медицинского вмешательства при проведении клинико-экономического анализа

Третий период родов – последовый период, когда происходит отделение и рождение плаценты и плодных оболочек.

Триада Николасва - совокупность трех мероприятий, направленных на лечение и профилактику внутриутробной гипоксии плода: 1 мл 10% раствора кардиазола (при его отсутствии – кордиамина) одновременно с 50 мл 40% раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты.

Экономическая эффективность - это соотношение полученных результатов и произведенных затрат.

Экстрагенитальные заболевания - это многочисленная группа разнообразных заболеваний, синдромов и состояний у беременных женщин, объединенных тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями или акушерскими осложнениями беременности, но могут осложнять течение беременности и родов.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АД - артериальное давление
БАД - биологически-активные добавки
ВГКФ - витаминно-гормональный- кальциевый фон
ВИЧ - Вирус Иммунодефицита Человека
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ - высшее учебное заведение
ГБО - гипербарическая оксигенация
ГКБ - городская клиническая больница
ГСВ - группа семейных врачей
ДИ - доверительный интервал
ЕД - единица действия
ЕНСЗ – Единая Национальная система здравоохранения
ИППП - инфекции, передаваемые половым путем
КазНМУ- Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова
КТГ- кардиотокография
ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
ЛС - лекарственные средства
МЗ РК - Министерство здравоохранения Республики Казахстан
НПВП - нестероидные противовоспалительные средства
ОАК - общий анализ крови
ОАМ - общий анализ мочи
ОБП - органы брюшной полости
ОМТ - органы малого таза
ООН - Организация Объединенных Наций
ОР - отношение рисков
ОШ - отношение шансов
ОЭСР - Организация экономического сотрудничества и развития
ПДЛ - Протоколы диагностики и лечения
ПМСП - Первичная медико-санитарная помощь
ПЦР - полимеразная цепная реакция
РК - Республика Казахстан
РКИ - рандомизированные контролируемые клинические исследования
РМИЦ - Республиканский медико-информационный центр
СВА - семейно-врачебная амбулатория
СНГ- Содружество Независимых Государств
СПИД - Синдром Приобретенного Иммунодефицита Человека
СССР - Союз Советских Социалистических Республик
США - Соединенные Штаты Америки
ТТГ- тиреотропный гормон
УЗИ - ультразвуковое исследование
ФАП - фельдшерско-акушерский пункт
ХГЧ - хорионический гонадотропин человека

ЦГКБ - Центральная Городская Клиническая больница
ЭКГ - электрокардиограмма
ЯМРТ - ядерно-магнитно-резонансная томография
GP - General practitioner
NHS - National Health Service
NICE - National Institute for Health and Care Excellence

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В Государственной программе «Саламатты Казахстан», особо отмечено, что непрерывное совершенствование качества медицинской помощи в Казахстане является приоритетным направлением развития здравоохранения. Для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи в стране используются современные технологии организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, в соответствии с принципами доказательной медицины, в ряду которых - стандарты (протоколы) диагностики и лечения. Казахстанский опыт использования стандартов (протоколов) имеет почти двадцатилетнюю историю: от медико-экономических стандартов в 1995 году до протоколов диагностики и лечения, применяющихся в настоящее время [1-4].

Одними из первых протоколы диагностики и лечения были внедрены в акушерстве и гинекологии. Совершенствование акушерско-гинекологической помощи занимает особое место в стратегическом развитии казахстанского здравоохранения. Наиболее актуальными вопросами современного акушерства и гинекологии РК являются дефицит медицинских кадров (акушеров-гинекологов и акушерок), в особенности в сельской местности [5, 6-17], рост числа кесаревых сечений [6-17], воспалительных заболеваний органов малого таза, в том числе сальпингитов, оофоритов [18] и другое.

В этой связи поиск новых и совершенствование существующих механизмов повышения качества медицинской помощи в акушерстве и гинекологии представляют особый интерес.

Внедрение стандартов (протоколов) диагностики и лечения преследовало целью повысить экономическую рентабельность лечения и клинические результаты, исходя из опыта зарубежных стран [19, 20]. Несмотря на то, что с момента внедрения протоколов диагностики и лечения прошло более 7 лет до сих пор открытым остается вопрос, повышают ли последние медико-социальную и экономическую эффективность всей системы здравоохранения и акушерства и гинекологии в частности [21]. Актуальность проблемы обусловлена тем, что на сегодняшний день в Казахстане проведено несколько исследований, посвященных оценке медико-экономической эффективности протоколов диагностики и лечения в терапии, хирургии [22, 23], тогда как с момента внедрения протоколов таких исследований в акушерстве и гинекологии не проводилось.

Проведение оценки медико-социальной и экономической эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии позволит выявить возможные проблемы и наметить пути совершенствования системы оказания медицинской помощи матери и ребенку, что имеет важное значение для успешного развития Казахстана в целом.

Цель исследования: Оценить медико-социальную и экономическую эффективность внедрения стандартов (протоколов) диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии

Объект исследования:

- Протоколы диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии.
- Врачи акушеры - гинекологи и акушерки родильных домов, врачи акушеры - гинекологи гинекологических стационаров г. Алматы.
- Истории родов и истории болезни стационарного больного.

Предмет исследования:

- Соответствие казахстанских протоколов диагностики и лечения принципам доказательной медицины.
- Мнение медицинского персонала по вопросам использования протоколов диагностики и лечения.
- Степень приверженности врачей требованиям протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии.
- Клинико-экономический анализ внедрения протоколов диагностики и лечения.

Задачи:

1. Провести сравнительный анализ протоколов диагностики и лечения, акушерско-гинекологической помощи в Казахстане и мире с позиции доказательной медицины.

2. Изучить мнение врачей акушеров-гинекологов и акушерок по вопросу использования протоколов диагностики и лечения на практике

3. Провести ретроспективный аудит использования протоколов диагностики и лечения в практическом акушерстве и гинекологии

4. Оценить медико-социальную и экономическую эффективность протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии

Научная новизна:

В рамках исследования впервые:

- Проведена оценка казахстанских протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии с позиции доказательной медицины.
- Изучено мнение врачей и акушерок по вопросам использования протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии.
- Проведена оценка фактического использования протоколов диагностики и лечения (ретроспективный аудит) в работе акушерско-гинекологических стационаров г. Алматы.
- Определена медико-социальная и экономическая эффективность протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии на примере выбранных нозологий.

Положения, выносимые на защиту

Высокая приверженность врачей требованиям протоколов диагностики и лечения на примере ведения физиологических родов повышает медико-социальную и экономическую эффективность.

Недостаточность мониторинга и контроля за соблюдением требований протоколов диагностики и лечения в гинекологии, на примере тактики ведения сальпингитов и оофоритов не приводит к ожидаемой медико-социальной и экономической эффективности.

Регулярный пересмотр и обновление протоколов диагностики и лечения с учетом международного опыта и современных достижений доказательной медицины обеспечит высокую медико-социальную и экономическую эффективность

Практическая, теоретическая значимость

Проведен анализ содержания протоколов диагностики и лечения с позиции доказательной медицины и лучшего мирового опыта.

Была разработана методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения, которая может быть взята за основу при проведении аналогичных научных исследований, а также клинических аудитов внутри медицинской организации.

Детальное и комплексное изучение внедрения протоколов диагностики и лечения, позволило выявить возможные проблемы при использовании протоколов и наметить пути совершенствования их использования в практическом здравоохранении.

Внедрение результатов исследования

По результатам проведенного исследования были разработаны:

- Методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения (свидетельство о государственной регистрации прав на объекты авторского права № 1799 от 29.09.2014)
- Анкета для врачей акушеров-гинекологов по оценке эффективности использования протоколов диагностики и лечения (свидетельство о государственной регистрации прав на объекты авторского права № 1569 от 13.08.2014).
- «Методические рекомендации по поиску электронных ресурсов доказательной медицины для врачей акушеров-гинекологов», которые могут быть использованы при обучении практикующих врачей акушеров-гинекологов, акушерок, резидентов, интернов, студентов, магистрантов и докторантов доказательной медицине.

Публикации по теме диссертации.

По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 5 статей в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 5 публикаций в сборниках международных и зарубежных конференций, 1 статья в зарубежном журнале Life Science Journal, входящем в базу данных Scopus, 1 тезис в зарубежном журнале European Journal of Epidemiology с импакт-фактором 5,118; 2 свидетельства о государственной регистрации прав на объекты авторского права № 1799 от 29.09.2014 и № 1569 от 13.08.2014 г., 1- методические рекомендации по поиску электронных ресурсов доказательной медицины для врачей акушеров-гинекологов.

Апробация диссертации

Основные результаты, положения, заключения и выводы диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях: Международной научно-практической конференции Asia Pacific Conference 2012, Бейшу, Япония, 2012; Международной научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты активного долголетия», Алматы, 2012; Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здравоохранения», Алматы, 2012; Международной научно-практической конференции, посвященной 130-летию Х. Досмухамедова «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения», Алматы, 2013; Международной научной конференции «Медицина и здравоохранение», г. Уфа, 2014.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 136 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, двух разделов собственных исследований, заключения, включающего выводы и рекомендации для практического внедрения, библиографического списка использованных источников, приложений. Работа иллюстрирована 45 таблицами и 32 рисунками.

1 АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КАЗАХСТАНЕ И МИРЕ

1.1 Физиологические роды и воспалительные заболевания органов малого таза как наиболее актуальные вопросы акушерства и гинекологии в Казахстане

Ежедневно, по данным ООН, в мире происходит 365 000 родов [24]. Несмотря на всю «естественность», правильная организация акушерской помощи женщинам во время родов имеет большое значение и влияет на материнскую, неонатальную смертность, частоту осложнений у матери и ребенка [25-27].

Для Казахстана анализ практики ведения физиологических родов весьма актуален, в связи с тем, что из года в год, число родов в стране неизменно растет, и если по данным 2011 года в РК было 378343 (Рисунок 1) [28], то в 2012 - 2013 годах, число родов возросло до 385253 и 389150 соответственно [6-17].



Рисунок 1 - Число родов в Казахстане в 2001-2013 годах

Согласно данным ВОЗ [29], около 70-80 % от общего числа родов по всему миру, независимо от системы здравоохранения, являются физиологическими, а следовательно, степень риска здоровью и жизни матери и плода во время родоразрешения является минимальной, и роды имеют благополучный исход.

Достигнутые успехи в области рождаемости не умаляют актуальность гинекологической патологии, в частности, воспалительных заболеваний органов малого таза, в том числе сальпингитов, оофоритов. Данная группа заболеваний представляет наибольший интерес для общественного здравоохранения, в связи с тем, что они являются основной причиной бесплодия [30-32], и, следовательно, косвенно влияют на демографические показатели, кроме того, это так называемая группа заболеваний,

«чувствительных к ПМСП и амбулаторной помощи» - Ambulatory Care Sensitive Conditions [33-34]. Своевременная и эффективная амбулаторная помощь при воспалительных заболеваниях органов малого таза очень важна как основной фактор, предотвращающий развитие осложнений и необходимость дальнейшей госпитализации. В этой связи, правильное «управление» данной группой заболеваний, уменьшит число необоснованных госпитализаций и улучшит качество медицинской помощи женщинам [18, с.66].

В Республике Казахстан, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению (рисунок 2), уровень заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза (сальпингитом, оофоритом) в расчете на 100 000 населения по-прежнему очень высок, превышая таковой в США в 2,7 раз [35] и в Великобритании (по данным 2011 года) – в 3,7 раз [36].

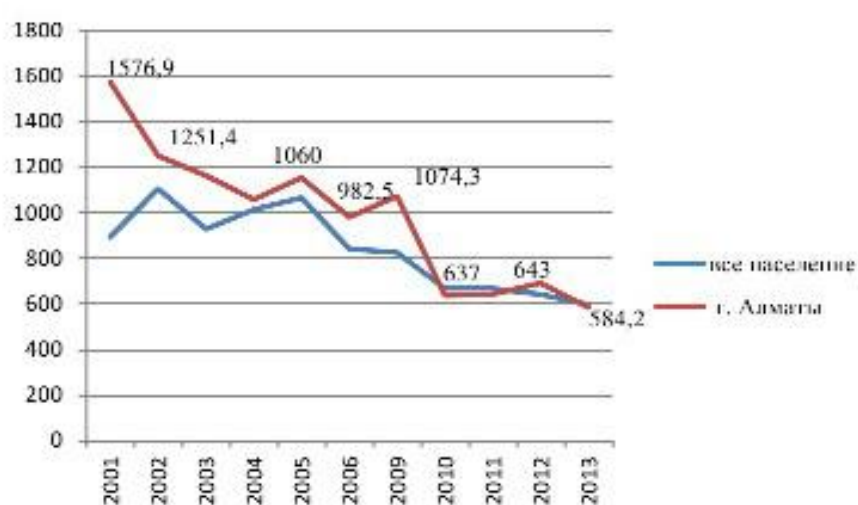


Рисунок 2 - Заболеваемость сальпингитом и оофоритом на 100000 человек населения (расчет на женское население 15 лет и старше) по Республике Казахстан и по г. Алматы в 2001-2013 гг.

Наиболее остро проблема воспалительных заболеваний малого таза встает в крупных мегаполисах (рисунок 2). Так, например, заболеваемость сальпингитом и оофоритом в г. Алматы по данным официальной статистики до 2010 года [6-17] в несколько раз превышала общереспубликанский уровень. Кроме того, эта проблема остается актуальной как для городского населения, так и для сельского: если в 2001-2005 годах уровень заболеваемости городского населения превышал таковой сельского населения в 1,8-1,3 раза соответственно, то в последние годы этот разрыв практически исчез (рисунок 3) [6-17].

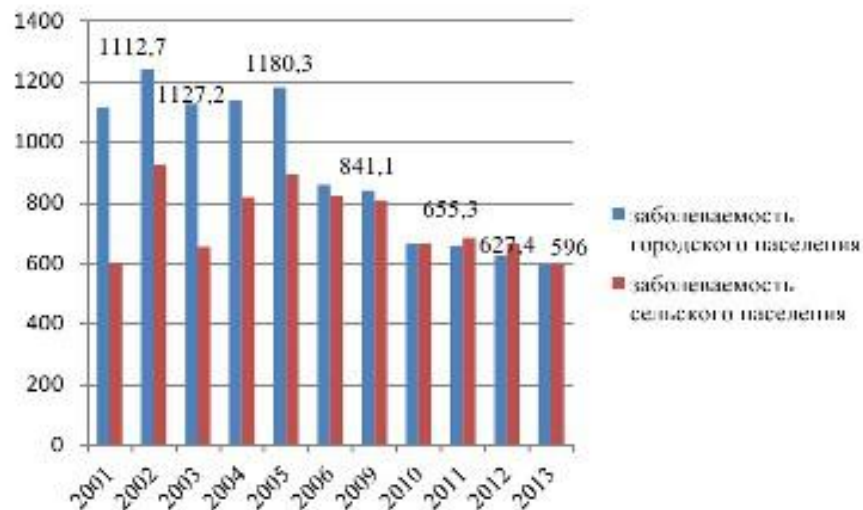


Рисунок 3 - Заболеваемость сальпингитом и оофоритом городского и сельского населения на 100000 человек (расчет на женское население 15 лет и старше) в РК в 2001-2013 гг.

В связи с вышперечисленным, в данной работе мы остановились на оценке двух основных состояний/патологий, имеющих наиболее актуальное значение для казахстанского здравоохранения- ведение физиологических родов и воспалительных заболеваний органов малого таза (включая сальпингиты и оофориты).

1.2 Организация акушерской помощи в странах с разным уровнем развития экономики

Улучшение охраны материнства является одной из восьми приоритетных целей, поставленных перед миром в новом тысячелетии [37]. Разные страны используют собственные модели оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам, в предлагаемом обзоре мы осветили опыт нескольких стран с разным уровнем развития экономики: из стран с высоким уровнем доходов нами выбраны Великобритания, США, Канада; из стран с низким и средним уровнем доходов - страны бывшего СССР: Беларусь, Казахстан, Кыргызстан [38].

Согласно опубликованным данным World health statistics (2014) [39], рассматриваемые страны имеют значительные различия по наиболее важным показателям, характеризующим не только работу служб охраны здоровья женщин, но и систем здравоохранения в целом.

Так, показатель материнской смертности (в расчете на 100 000 живорожденных) по оценкам ВОЗ в данных странах представлен на рисунке 4 [39]:

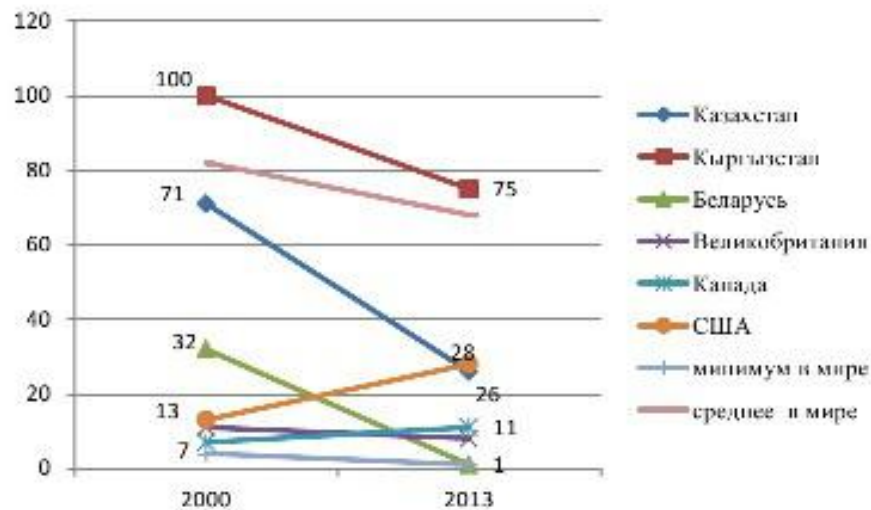


Рисунок 4- Динамика материнской смертности в странах с разным уровнем дохода за 2000-2013 гг.

Из рисунка 4 следует, что Великобритания, Канада, Беларусь имеют одни из самых низких показателей материнской смертности в мире. Казахстану за последние 13 лет удалось добиться заметных успехов в снижении материнской смертности, в США наоборот, материнская смертность за исследуемый период увеличилась более чем в 2 раза. В Кыргызстане показатели материнской смертности превышают средние значения в мире, и, несмотря на тенденцию к снижению за последние 13 лет, еще слишком высоки.

Еще одним важным показателем, характеризующим работу акушерско-гинекологической службы, является неонатальная смертность. Уровень неонатальной смертности в изучаемых странах представлен на рисунке 5 [39].

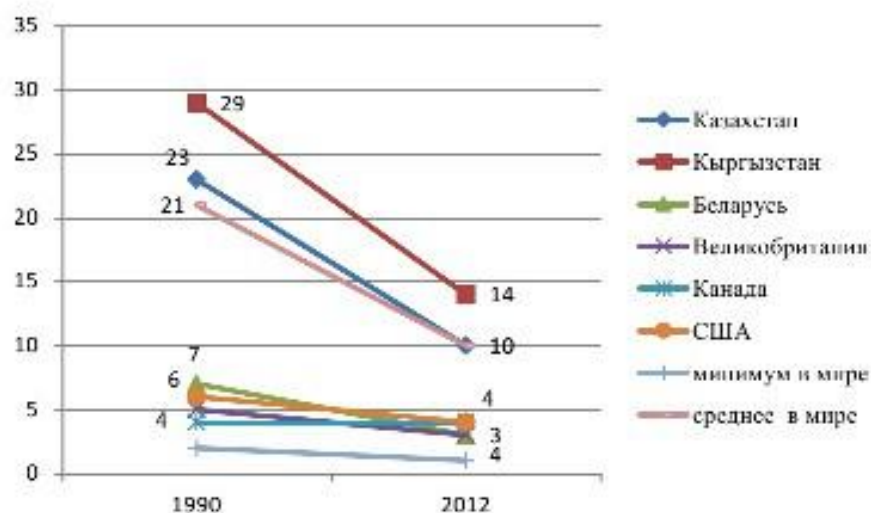
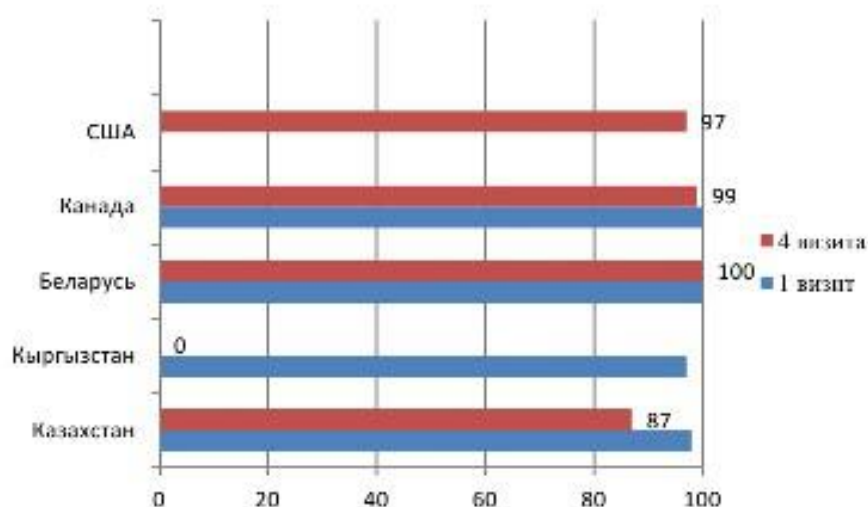


Рисунок 5 - Динамика неонатальной смертности в странах с разным уровнем дохода за 1990-2012 гг.

Как видно из рисунка 5, в Казахстане и Кыргызстане, несмотря на наметившиеся успехи в области снижения неонатальной смертности, уровень последней еще превышает средние значения в мире. В остальных рассматриваемых странах - уровень неонатальной смертности низок и стремится к минимальным показателям в мире.

О качестве работы служб охраны здоровья матерей можно судить по охвату антенатальным (дородовым наблюдением) и доли родов, проходящих в присутствии обученного медицинского персонала. На рисунке 6 представлен уровень охвата дородовым наблюдением [39]:

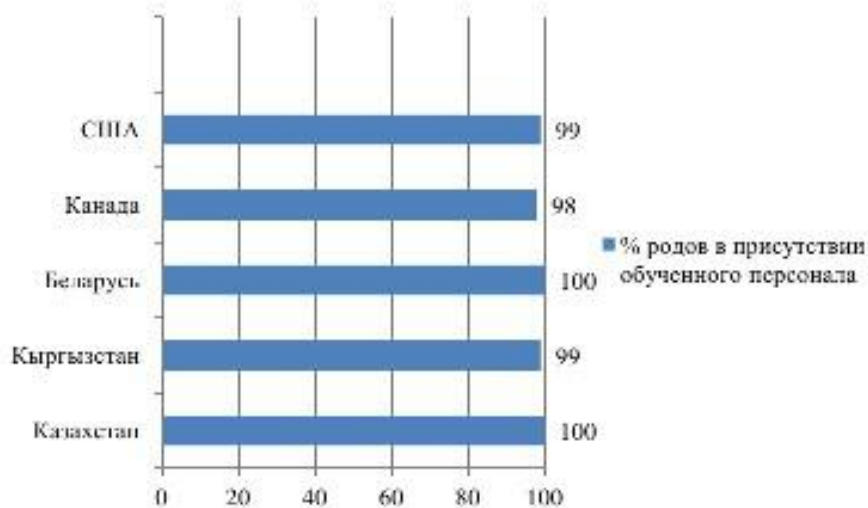


*По Великобритании - нет данных

Рисунок 6 - Процент охвата дородовым наблюдением в странах с разным уровнем доходов (2006-2013 гг.)

Как представлено на рисунке 6, во всех изучаемых странах отмечается высокий уровень охвата беременных дородовым наблюдением: практически все беременные женщины находятся под медицинским наблюдением: по крайней мере, одно посещение во время беременности проходят от 97 до 100 % пациенток, четыре посещения - не менее 87-100 % беременных женщин.

На рисунке 7 показана доля родов в присутствии обученного персонала [39]:



*По Великобритании - нет данных

Рисунок 7 - Процент родов в присутствии обученного персонала в странах с разным уровнем доходов (2006-2013 гг.)

Из рисунка 7 следует, что в изучаемых странах практически все роды проводятся в присутствии обученного персонала – от 98 до 100 % случаев.

Разница в показателях материнской и неонатальной смертности и успехи в области охвата беременных женщин дородовым наблюдением, доли родов в присутствии обученного персонала, несомненно, во многом определяются качеством организации акушерско-гинекологической помощи в рассматриваемых странах. Ниже приводится более подробное описание практики акушерской помощи в изучаемых странах.

1.2.1 Международный и отечественный опыт интранатального ухода

Опыт Великобритании [40]. Британская система здравоохранения входит в Топ-25 стран с одной из лучших систем здравоохранения мира согласно рейтингу ВОЗ (World Health Organization's ranking of the world's health systems) [29].

Существующая система National Health System- NHS, на протяжении более 60 лет предоставляет гражданам Великобритании равный, всеобъемлющий доступ к услугам здравоохранения [41].

Акушерско-гинекологическую помощь женщинам во время беременности оказывают 158 больниц (данные за ноябрь 2012), и более 98 % всех родов приходится на систему NHS. По данным 2012 года в стране работают 21249 акушерок, 1570 врачей акушеров-гинекологов, 2635 врачей-интернов и врачей-стажеров [41].

Система оказания помощи женщинам во время беременности и родов значительно отличается от казахстанской, прежде всего тем, что акцент медицинской помощи при физиологической беременности и нормальных родах

приходится на акушерок. Все женщины во время беременности наблюдаются акушерками, женщины высокого риска наблюдаются как у акушерки, так и у врача акушера-гинеколога [42].

Акушерки помогают женщине во время родов и принимают самостоятельно все срочные вагинальные роды. Кроме того, все женщины обязательно находятся под контролем и получают при необходимости медицинскую помощь от акушерок минимум в течение 10 дней после родов, и число посещений на дому после родов постоянно увеличивается. (Nursing and Midwifery Council 2012) [43].

Особенностью и преимуществом охраны материнства в Великобритании является сильная политика поддержки выбора женщины и приоритетности эффективных методов оказания помощи матери и ребенку, базирующихся на мощной доказательной базе. В Великобритании разработаны и действует целый ряд нормативных документов, регламентирующих порядок оказания помощи женщинам во время беременности и родов: руководств, стандартов и пр. (Standards for maternity care, Maternity Matters, Intrapartum care).

Существующую политику оказания акушерской помощи женщинам можно представить в виде схемы (рисунок 8) [44].



Рисунок 8 – Схема организации медицинской помощи женщинам во время беременности и родов в Великобритании. Источник: www.nice.org.uk

Как представлено на рисунке 8, в Великобритании существуют несколько типов родовспомогательных учреждений. Группа Midwifery care включает в себя следующие типы помощи:

Акушерские отделения при больницах. Obstetric unit -это больницы, относящиеся к NHS, как правило, многопрофильные, с командой опытных

специалистов. Акушеры-гинекологи осуществляют наблюдение за женщинами высокой группы риска. Акушерки оказывают помощь всем женщинам, а также несут ответственность за нее в течение всей беременности и родов. Несомненным плюсом таких подразделений является возможность экстренной акушерской, неонатологической, анестезиологической помощи круглосуточно.

Ближайший пункт акушерской помощи Alongside midwifery unit - это учреждения, в которых наблюдаются женщины с нормально протекающей беременностью, без риска возможных осложнений. Всю ответственность за женщину в период беременности и родов несут акушерки. В то же время, при необходимости, акушерская, неонатологическая, анестезиологическая помощь доступна либо в том же здании, что и данный акушерский пункт, либо в другом месте, в непосредственной близости к нему. При этом, транспортировка пациентки может быть осуществлена с использованием каталок, или специальных инвалидных кресел.

Самостоятельный пункт акушерской помощи. Freestanding midwifery unit- вид учреждений в которых осуществляется наблюдение за женщинами в период беременности и родов, при отсутствии риска возможных осложнений. Всю ответственность за женщину несут акушерки, кроме того могут быть привлечены и Врачи общей практики (GP). Во время родов диагностические и лечебные мероприятия не могут быть оказаны экстренно, так как ближайшие госпитали находятся на определенном удалении от пункта, и транспортировка пациентки при необходимости может быть осуществлена на автомобиле или скорой помощи.

На дому. Home: пациентка один на один с акушеркой. В Великобритании роды на дому при физиологическом течении являются обычной акушерской практикой и не запрещены.

В настоящее время предпочтения женщин в Англии в отношении выбора места родов, можно представить в виде диаграммы (рисунок 9): (NHS Maternity Statistics, England: 2010-2011).

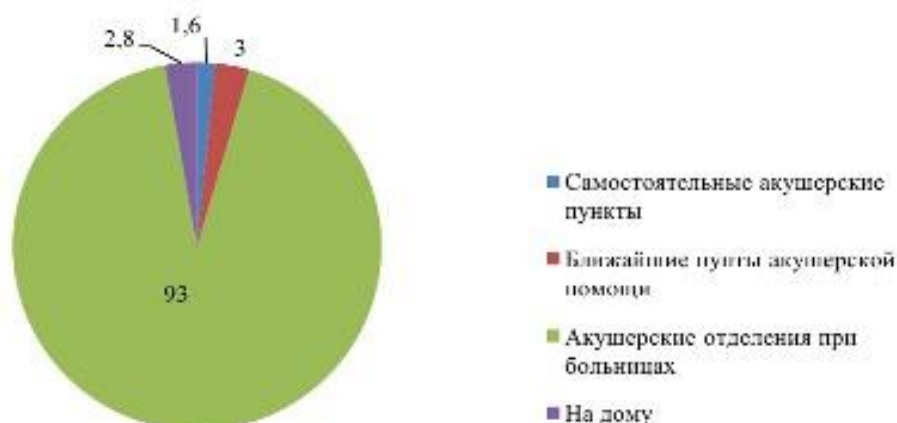


Рисунок 9 - Предпочтения женщин при выборе места родов в Великобритании, в % в 2010-2011 гг.

Почти вся помощь женщинам в Англии находится под охраной NHS, и бесплатна. В 40% случаев (по данным 2009 года) роды принимают врачи акушеры-гинекологи, и около 60 %- акушерки [41]. Высокий процент родов в стационарах в настоящее время связан с тем, что число акушерских пунктов пока ограничено [45].

Значительно отличается от британской система оказания медицинской помощи беременным женщинам и роженицам в США.

Опыт США.

Более 4,3 млн. родов ежегодно происходят в США и являются одной из лидирующих причин госпитализаций после пневмонии, рака, заболеваний сердца, переломов и инсульта [46].

Беременность, послеродовой период также входят в число наиболее часто встречающихся причин амбулаторных посещений, составляя более 2,8% от общего числа всех посещений ПМСП после профилактических осмотров, лечения капля, динамического наблюдения хронических больных [47]. Таким образом, охрана здоровья матерей в США занимает одно из важнейших мест в системе здравоохранения. Кроме того, именно материнство является одним из главных компонентов, составляющих расходы здравоохранения. Так, счета больниц за роды составляют около 44 млрд. долл. в год, за уход за новорожденным – около 35 млрд. долл. в год и в сумме составляют около 79 277 733 843\$, превышая расходы на другие заболевания и состояния (Agency for Healthcare Research and Quality 2008) [48].

Затраты на роды в США зависят от места, где проводятся роды и наличия или отсутствия осложнений и кесарева сечения и варьируют от 7000 до 16 000 долларов (в больницах) и 1600 долларов в так называемых freestanding birth centers (специализированных родовых центрах) (рисунок 10).

Однако следует отметить, что специализированные родовые центры не пользуются большой популярностью среди американок, и их выбирают менее 1 % всех рожениц [49].

Как представлено на рисунке 10, из года в год расходы на роды в США возрастают в зависимости от наличия осложнений и оперативного вмешательства, увеличивается и стоимость родов. Наиболее затратными являются роды путем кесарева сечения при возникновении осложнений.

Одним из наиболее важных вопросов в организации акушерско-гинекологической помощи является вопрос о персонале, принимающем роды. Министерство здравоохранения США на своем сайте [50] разместило информацию для женщин по алгоритму выбора врача и клиники для родов, согласно которому женщине предоставляется возможность свободного выбора персонала, принимающего роды: врач акушер-гинеколог, семейный врач или акушерка.

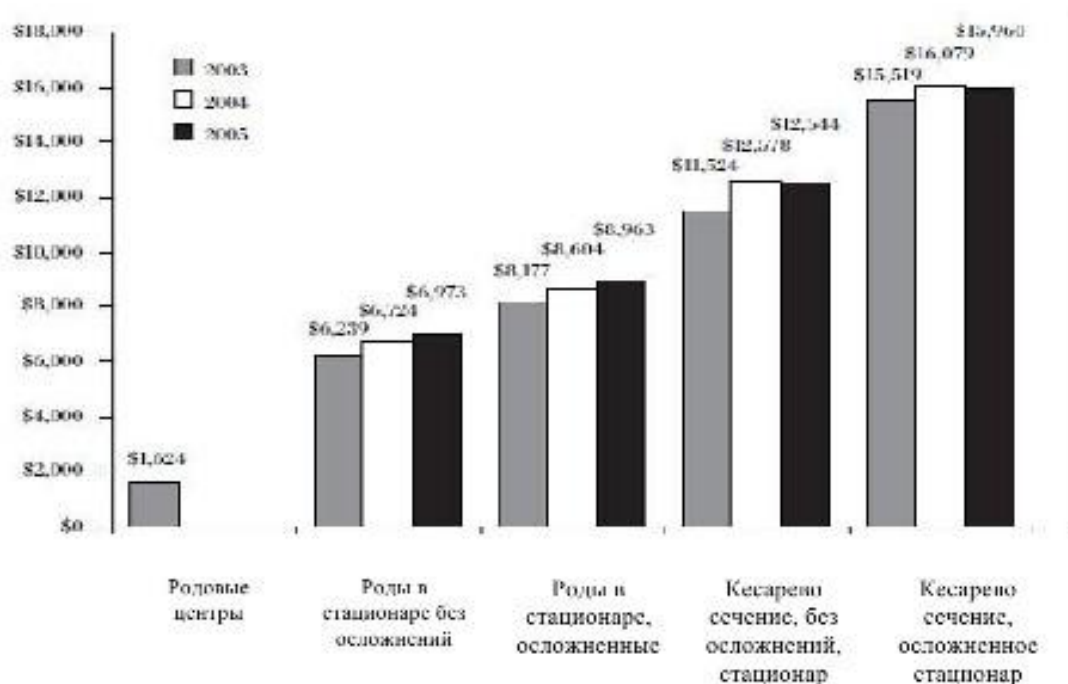


Рисунок 10 - Стоимость родов в США 2003-2005 гг.
 Источник: Agency for Healthcare Research and Quality 2008
<http://www.ahrq.gov/>

*В расходы больниц не включены расходы на эпидуральную анестезию

Врач акушер-гинеколог (an obstetrician) в США, как правило, принимает роды у следующей группы населения:

- при осложненной беременности
- беременности двойней, тройней и прочее
- с экстрагенитальными заболеваниями
- при необходимости кесарева сечения или указании в анамнезе на перенесенное кесарево сечение.

Семейный врач (family physician)- это врач общей практики, который осуществляет наблюдение и лечение как женщин, так и мужчин, детей и взрослых. Несомненным преимуществом семейных врачей в США является то, что они могут осуществлять дородовое наблюдение беременной и в дальнейшем принимать у нее роды (при физиологических родах), кроме того, именно семейные врачи проводят послеродовой патронаж и ведение новорожденного.

Акушерки (Certified nurse-midwives Сертифицированные медицинские сестры-акушерки) - как правило, такие акушерки в США имеют степень бакалавра по сестринскому делу, степень магистра - по акушерству, и получили сертификат Американского колледжа медицинских сестер и акушерок (American College of Nurse-Midwives). Акушерки могут наблюдать беременность и вести роды при отсутствии осложнений, при появлении

сомнений или возможности осложненного течения беременности и родов, акушерки передают ведение пациентки врачу.

При анализе статистических данных по США [51], выявлено, что в 2009 году 98,9% всех родов в США происходили в стационарах, оставшиеся 1,1%-вне больничных учреждений. При этом вне стационара - в 67,2%- это роды на дому, 27,6%- в специализированных родовых центрах. Как правило, роды принимали врачи или акушерки -86,7%, Doctors of osteopathy- врачи-остеопаты - принимали около 5,4% всех родов в стационаре, сертифицированные акушерки - около7,4%.

Глубокий анализ выбора места родов в США, описанном в Public Health National Vital Statistics Reports (Национальном статистическом отчете по общественному здравоохранению) [52] показал, что в период с 2004-2006 годы число родов вне стационара незначительно возросло (на 3%), в основном за счет увеличения числа домашних родов, при этом, по сравнению с 1990 г, уменьшилось число домашних родов, принятых врачами (с 21,6% до 7,6%), и возросла роль акушерок при домашних родах (число родов, принятых акушерками в 2006 г. составило 44,6%, сертифицированными акушерками-16,3%). Основные результаты данного исследования представлены на рисунке 11.

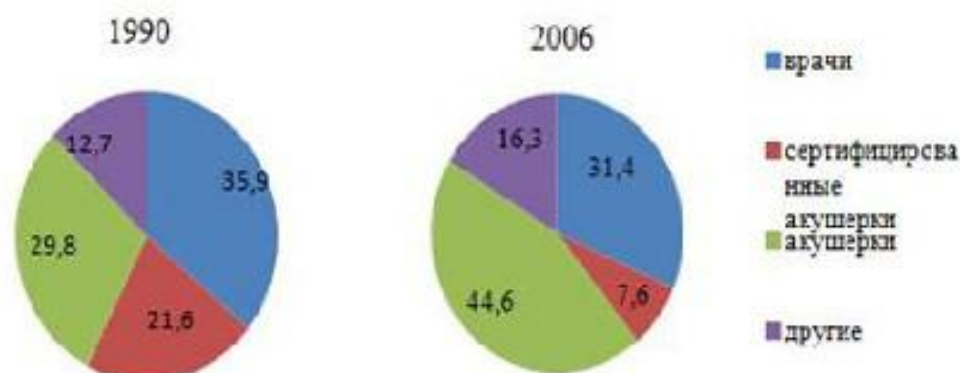


Рисунок 11 - Ведение родов квалифицированным медицинским персоналом в США в 1990, 2006 гг.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что опыт США по организации акушерско-гинекологической помощи сложно назвать самым удачным в мире, так как по данным ВОЗ [39], по уровню материнской смертности США занимает 34 место, ранней неонатальной смертности - 38, детской смертности - 41 место, по уровню рождения детей с низкой массой тела - 66 место в мире. По данным ОЭСР [53] уровень кесарева сечения в США настолько высок, что страна занимает 5 место в списке стран с высоким и средним уровнем доходов по числу оперативных родов. При этом стоимость физиологических родов превышает таковую в других странах, в том числе Канаде, Франции и Австралии [54]. Большая часть родов в США проходит в

стационаре (98,9 %), при этом основная нагрузка при ведении родов приходится на врачей акушеров-гинекологов. Альтернативой родам в стационаре являются специализированные родовые центры, которые не пользуются большой популярностью у рожениц. Кроме того, незначительная часть рожениц выбирает роды на дому, при этом роды проводят врачи, акушерки, сертифицированные акушерки.

Не менее интересен, опыт акушерской помощи еще одной страны с развитой экономикой, Канады, представленный ниже.

Опыт Канады.

Масштабное исследование, проведенное в Канаде при поддержке агентства по здравоохранению: «What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey» (Что говорят матери: Канадское исследование по опыту матерей) (2009) [55], отразило все стороны организации акушерско-гинекологической помощи женщинам в Канаде. Исследование подробно изучило основные аспекты охраны материнства в Канаде, с учетом особенностей медицинской помощи наиболее социально-уязвимых слоев населения, таких как коренных жителей (аборигенов), иммигрантов, девочек-подростков и прочее.

Согласно данному исследованию, дородовое наблюдение за женщиной во время беременности осуществляют врачи акушеры-гинекологи в 58,1 %, семейные врачи в 34,2 % случаев, и в оставшиеся 6,1 % и 0,6 % соответственно - акушерки и медицинские сестры.

Число посещений женщиной врача во время беременности в среднем составляет - 12,9 визитов.

Что касается места родов, то в 97,9 %- это стационары или клиники, около 1,2 % - на дому и 0,8 % в специализированных родовых центрах. Как правило, роды вне стационара выбирают повторнородящие и женщины более старшего возраста (рисунок 12).

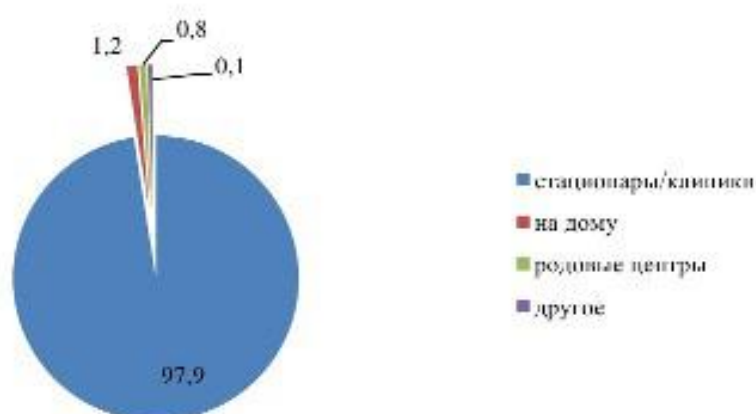


Рисунок 12 - Предпочтения женщин при выборе места родов в Канаде, 2009 [55]

У около двух третей женщин 69,6 % роды принимают врачи акушеры-гинекологи, в 14,6 % - семейные врачи, в 4,7 % - медицинские сестры и в 4,3% - акушерки. У около половины женщин (49,4%) роды принимает тот же врач или медицинская сестра/акушерка, что и наблюдала беременность, и согласно проведенному опросу для большинства женщин (88,4%) - это имеет очень важное положительное значение и влияние на роды.

В целом, следует особо отметить, что проведенное масштабное исследование [55], показало высокий уровень удовлетворенности женщин в Канаде уровнем оказания акушерско-гинекологической помощи.

Таким образом, в Канаде качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи находится на высоком уровне. У женщин есть право выбора места родов и поставщика медицинских услуг, при этом в отличие от казахстанского опыта оказания акушерской помощи, семейные врачи и акушерки, а также медицинские сестры могут осуществлять как дородовой, так и интранатальный уход.

Обусловленные совершенно другой политической историей, типом систем здравоохранения, эпидемиологическими особенностями, акушерско-гинекологические службы стран с переходной экономикой, имеют свои особенности, представленные ниже.

Опыт стран с переходной экономикой: Казахстан, Беларусь, Кыргызстан

В данном обзоре мы рассмотрели опыт трех постсоветских стран: Казахстана, Беларусь, Кыргызстана. Во времена Советского Союза все изучаемые страны имели одинаковую систему акушерско-гинекологической помощи, которая в организационном аспекте сохранилась и в настоящее время.

Рассмотрим систему охраны здоровья женщин на примере акушерско-гинекологической службы в РК.

В Казахстане, согласно Приказу МЗ РК № 593 от 27.08.2012 «Об утверждении положения о деятельности организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь» для города и села существуют разные типы организаций осуществляющих антенатальный уход. В селах - это районные поликлиники, сельские поликлиники, СВА, ФАПы, медицинские пункты. В городах - городские поликлиники. До сих пор, как и на территории, бывшего СССР в РК функционируют женские консультации, то есть целые самостоятельные отделения, которые занимаются ведением беременных и гинекологических больных.

Согласно вышеуказанному приказу, помимо врача акушера-гинеколога, в данных медицинских учреждениях «... доврачебная и квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения по охране репродуктивного здоровья женщин оказывается врачами общей практики, участковыми терапевтами/педиатрами, фельдшерами, акушерками и медицинскими сестрами...».

Роды в РК проводятся исключительно в родильных домах. Согласно используемому принципу регионализации перинатальной помощи (Приказ МЗ РК от 07.05.2010 №325) различают стационары трех уровней: первого (для

женщин с несложненной беременностью и срочными физиологическими родами), второго (для женщин с несложненной беременностью, преждевременными родами более 34 недель беременности, и высокого риска), третьего уровня (перинатальные центры, областные больницы и другое - для женщин с несложненной беременностью, преждевременными родами от 22 недель, и высоким риском развития перинатальной патологии).

Такой принцип был внедрен в РК с 2007 года с целью обеспечения более рационального использования существующих ресурсов здравоохранения. Организационная система оказания помощи по охране здоровья матери и ребенка в РК представлена на рисунке 13.



Рисунок 13 - Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам в РК

Одним из наследий постсоветского периода в изучаемых странах является то, что существовавшая десятилетиями система распределения обязанностей между врачами и акушерками, несмотря на переход к международным стандартам оказания медицинской помощи (клинические протоколы) существует до сих пор. Акушерки ограничены в своей свободе по вопросу принятия решений и ведения даже физиологических беременностей и родов, строго выполняя указания врачей [28, с.204].

В тоже время, научные исследования последних лет доказали, что ведение физиологической беременности и родов акушеркой или врачами общей практики улучшают исходы беременности и более предпочтительны для женщины [57-64]. На пути повышения роли акушерок в Казахстане в последние годы наметились коренные изменения. Так, согласно Приказу МЗ РК от 27

августа 2012 года № 593 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь» (п.3.7) «...допускается ведение физиологической, неосложненной беременности акушеркой...», что касается родов, то фактически интранатальный уход осуществляют врачи акушеры-гинекологи, именно они несут основную ответственность за роженицу и ребенка и определяют тактику родов, в то же время, последнее обновление Протоколов диагностики и лечения предусматривает ведение нормальных родов акушеркой самостоятельно (Протоколы диагностики и лечения утверждены протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения № 18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года).

В Республике Беларусь также полномочия акушерок несколько расширились после принятия приказа № 1182 от 09.10.2012 «Об утверждении клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц и родильниц диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии», согласно которому, учитывая наблюдательно-контролирующую тактику ведения физиологической беременности (в отличие от лечебно-профилактической тактики ведения патологической беременности) допускается в сроки 13-29 и 31-37 недель проводить осмотр и консультацию беременной специально подготовленной акушеркой. Однако роды проводят только врачи акушеры-гинекологи [65].

Особенностью антенатального ухода в Кыргызстане является то, что наблюдение за беременной женщиной могут проводить Группы семейных врачей (Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы, утверждена Приказом МЗ Кыргызской Республики N 315 от 20 июня 2008 года) [66]. Семейные врачи в Группе Семейных врачей в Кыргызстане – это терапевты, проработавшие в поликлинике в качестве специалистов (терапевт, педиатр, гинеколог, и т.д.) и получившие регистрацию семейного врача по окончании восьми - месячных курсов в течение двух лет. Ведение родов в Кыргызстане по-прежнему предоставлено врачам акушерам-гинекологам (за исключением отдаленных сельских районов).

Еще одним принципиальным отличием в организации акушерской помощи в Великобритании, США, Канаде и Казахстане, Беларусь, Кыргызстане является то, что в постсоветских странах домашние роды недопустимы и не приветствуются, кроме того не предусмотрено создание альтернативных учреждений для женщин помимо родильных домов, таких как например, специализированные родовые центры.

Роды в Казахстане преимущественно происходят в стационарах (родильные дома, перинатальные центры) (96,5%- роды в стационаре, 3,5%- на дому) [6-17], как и в Белоруссии.

В республике Кыргызстан, роды в подавляющем большинстве случаев (97,7%) проходят в медицинских организациях (ФАПы и ГСВ с родильными койками, родильные отделения территориальных больниц, областных объединенных больниц, городские родильные дома, перинатальные центры).

Согласно данным РМИЦ в Кыргызстане имеется 47 территориальных больниц и 17 филиалов больниц.

Во всех изучаемых странах с переходной экономикой международными организациями внедряется ряд ключевых программ, в основе которых лежат стратегии ВОЗ – обеспечение безопасной беременности/действие эффективной перинатальной помощи, грудное вскармливание, первичная реанимация новорожденных, методология BABIES, критерии живо - и мертворождения, регистр новорожденных.

1.2.2 Доказательная медицина и стандарты диагностики и лечения как инструмент повышения качества акушерской помощи

Несмотря на то, что роды - физиологический процесс, согласно данным мировой литературы [67], активное вмешательство медиков в естественное течение даже нормальных родов, при нормально протекающей беременности - было обычной практикой на протяжении последнего столетия по всему миру и также продолжает расти в ряде западных и развивающихся стран [68-70].

С развитием доказательной медицины, стало возможным научно обосновать целесообразность использования или наоборот, отказ от некоторых рутинных процедур. Основанные на доказательствах эффективности в ряде стран мира, в том числе и в Казахстане, приняты стандарты диагностики и лечения: клинические протоколы, клинические рекомендации и прочее, регламентирующие порядок и перечень необходимых мероприятий при ведении физиологических родов [71-73]. В данных стандартах получили свое отражение научно-обоснованные эффективные методы диагностики и лечения и отказ от использования активного вмешательства медиков в естественное течение родового процесса.

Так, например, неэффективность назначения очистительной клизмы доказана в систематическом обзоре Reveiz L с соавт. (2013) [74]. Данный систематический обзор включал 4 РКИ и 1917 женщин, для мета-анализа были изучены 2 испытания. Исследование показало, что нет статистически значимых различий между частотой осложнений и исходов у матери и ребенка и использованием очистительной клизмы, в то же время, нет исследований, оценивающих боль и дискомфорт женщины при назначении клизмы, поэтому использование клизмы во время родов не должно поощряться, и не имеет доказанной целесообразности применения (уровень доказательности Ia).

Долгое время использовавшееся рутинное сбривание волос с промежности во время родов с целью санитарной обработки и снижения риска инфекций, доказало свою неэффективность в проведенном систематическом обзоре Basevi V с соавторами (2009) [75]. Исследователи нашли 3 испытания, отвечающие критериям отбора исследований для систематического обзора, при этом оценивались исходы для матери и ребенка с использованием бритья промежности в родах и без. Исследование показало, что статистической значимой разницы в выбранных критериях эффективности для матери и плода при использовании бритья промежности не выявлено, при этом особо отмечено,

что нет научных исследований, оценивающих побочные эффекты после бритья промежности, такие как боль, раздражение, дискомфорт после бритья, а также чувства женщины (смущение, стыд и прочее), поэтому рутинное бритье лобка в родах не должно использоваться (уровень доказательности Ia).

Еще одним рутинным методом, применяющемся в родах, долгое время являлась эпизиотомия, однако при анализе современной литературы, доказана ее неэффективность при нормальных вагинальных родах: Carroli G с соавт. (2009) [76]. Данное исследование включало 8 РКИ (5541 рожениц), при этом, согласно требованиям проведения качественных систематических обзоров, данный обзор проводили два автора независимо друг от друга. Ограничительная политика эпизиотомии была более эффективной по сравнению с рутинной, по числу тяжелых травм промежности, разрывов задней спайки, наложения швов и осложнений при заживлении раны (отношение шансов от 12% до 31%); при оценке частоты возникновения боли, недержания мочи, болезненного полового акта или тяжелой травмы влагалища/промежности после родов статистически значимых различий не выявлено, исходя из этого, рутинная эпизиотомия при нормальных родах не рекомендуется.

Помимо вышеперечисленных рутинных процедур при нормальных родах, долгое время использовалась амниотомия при раскрытии шейки матки 8 см и более, с целью сокращения продолжительности родов, однако систематические обзоры Кокрановского сотрудничества отвергают эту теорию: Smyth R с соавт. (2013) [77]. Авторы включили в систематический обзор 15 РКИ отвечающие требованиям включения/исключения, что составило более 5500 рожениц. Данный систематический обзор показал, что нет доказательств того, что амниотомия при самопроизвольных родах уменьшает продолжительность первого периода или влияет на ощущение боли у рожениц, кроме того, частота кесарева сечения в родах не зависит от использования или неиспользования рутинной амниотомии. Однако авторы не рекомендуют проведение амниотомии рутинно всем женщинам и предлагают медицинскому персоналу проводить информирование женщины по полученным доказательствам для принятия женщиной самостоятельного решения по вопросу использования амниотомии.

С повышением доступности современных диагностических исследований, таких как, например, кардиотокография (КТГ) для мониторинга состояния внутриутробного плода, увеличилось число необоснованных назначений КТГ в родах. Для оценки эффективности назначения КТГ в родах проведен систематический обзор Declan Devane с соавт. (2011) [78]. Исследование заключалось в проведении обзора по базам данных Кокрановской библиотеки за 2011 год, MEDLINE (с 1966 по 17 мая 2011 года), CINAHL (1982 по 17 мая 2011 года), авторефератов диссертаций (1980 по 17 мая 2011 года) согласно критериям включения/исключения. Проводился анализ РКИ и квази-рандомизированных исследований, в которых сравнивались результаты при использовании КТГ и традиционной аускультации у женщин низкой группы

риса в родах. Систематический обзор проводился независимо двумя авторами. Было найдено четыре испытания хорошего качества, с участием более 13 000 женщин. Все четыре исследования включали рожениц при физиологических родах. В результате получены доказательства того, что использование КТГ для женщин с низким риском в родах неэффективно. Более того, доказано, что использование КТГ увеличивает частоту кесарева сечения примерно на 20%.

Еще один систематический обзор Alfrevic Z с соавт. (2013) [79] включал 383 рандомизированных контролируемых клинических испытаний по данной теме, в которых сравнивались исходы для плода при использовании мониторинга КТГ в родах и без, из которых 17 соответствовали критериям включения/исключения, что составило 37 715 женщин, и 4 не соответствовали требованиям. В целом было проанализировано 13 испытаний, 2 из которых были очень высокого качества. Исследование проводилось двумя независимыми авторами, которые оценивали исследования, их качество, содержание и проводили анализ. По сравнению с периодической аускультацией, непрерывная КТГ не показала значительного влияния на снижение показателей перинатальной смертности (отношение рисков (ОР) 0,86, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,59 до 1,23, $p = 33\ 513$, 11 испытаний), однако ее использование привело к уменьшению вдвое судорог новорожденного (Отношение рисков 0,50, 95% ДИ от 0,31 до 0,80, $p = 32\ 386$, девять испытаний). Существенного различия в шансах возникновения церебрального паралича у новорожденного при использовании КТГ-мониторирования не выявлено (ОИИ 1,75, 95% ДИ от 0,84 до 3,63, $p = 13\ 252$, два испытания). В то же время, использование КТГ приводило к высокому числу кесарева сечения (ОИИ 1,63 ДИ от 1,29 до 2,07, $p = 18\ 861$, 11 испытаний) и инструментальных родов (ОИИ 1,15, 95% ДИ от 1,01 до 1,33, $p = 18\ 615$, 10 испытаний). Таким образом, исследование подтвердило, что использование КТГ во время родов не приводит к существенной разнице в рисках возникновения церебрального паралича, младенческой смертности или других стандартных показателей исходов новорожденных. Тем не менее, использование КТГ было связано с увеличением числа кесаревых сечений и инструментальных вагинальных родов.

Одним из принципиальных различий в тактике ведения родов до и после внедрения ПДЛ является сокращение числа лекарственных средств, используемых в родах при низком риске осложнений для матери и ребенка. Так, например, до внедрения безопасного материнства и протоколов диагностики и лечения широко использовались ВГКФ и триада Николаева. Проведенные исследования последних лет не рекомендуют использовать медикаменты в родах, кроме Окситоцина в третьем периоде родов, тем более имеются доказательства неэффективности внутривенных вливаний растворов, в том числе декстрозы [80]. Исследование Dawood F с соавт. (2013) включало анализ 9 РКИ с вовлечением 1781 женщины и позволило сделать вывод, о том что использование внутривенного введения растворов не влияет на сокращение продолжительности родов, а использование декстрозы имеет негативное

влияние на состояние внутриутробного плода, вследствие чего авторы не рекомендуют рутинное назначение лекарственных средств в виде капельного введения в родах.

Неэффективность использования ВГКФ подтверждена в российских работах [81]. Данных об эффективности или неэффективности использования триады Николаева в современной литературе не найдено. (Примечание: триада Николаева начала использоваться более 50 лет назад в бывшем Советском союзе).

Согласно доказательной медицине, единственным обоснованным назначением при нормальных родах является окситоцин, что подтверждено при проведении систематического обзора Gina Westhoff, Amanda M Colter (2013) [82]. Данный систематический обзор РКИ и квази-рандомизированных исследований включал анализ 20 исследований (10806 женщин) и проводился двумя независимыми исследователями. Результаты обзора подтвердили, что назначение Окситоцина доказано уменьшает риск послеродовых кровотечений, и более эффективно по сравнению с другими утеротоническими средствами, например алкалоидами спорыньи. Кроме того, при анализе баз данных обнаружены исследования (систематические обзоры) по вопросам времени использования Окситоцина Hoga Soltani, David R Hutchon, (2010) [83] и сравнению разных препаратов с утеротоническим эффектом Susan J McDonald с соавт. (2004) [84] и путей введения Окситоцина (T Oladapo с соавт., 2012) [85]. Помимо окситоцина, до внедрения доказательной практики в родах широко использовались спазмолитические препараты, однако современные исследования доказали их неэффективность и нецелесообразность использования при нормальных родах [86]. Систематический обзор Rohwer AC, Khondowe O, (2013) проводился двумя исследователями независимо друг от друга. Для анализа использовались базы данных Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, the ProQuest (базы данных диссертаций, базы данных диссертаций University of Stellenbosch и Google Scholar, кроме того, исследователи непосредственно связывались с авторами при недостатке информации. В систематический обзор были включены 21 источник (3286 рождений), в мета-анализ - 17 исследований (2617 рождений). Данное исследование не выявило взаимосвязи между сокращением продолжительности родов и увеличения скорости раскрытия шейки матки и приемом спазмолитических средств, в то же время не обнаружено достаточно достоверных данных о безопасности приема данных препаратов в родах для матери и плода. В результате, можно сделать вывод, что использование спазмолитических препаратов в родах нерационально.

Таким образом, используя высшую степень доказательности - систематические обзоры, можно с уверенностью оценить эффективность практики ведения физиологических родов в разных странах.

Мы провели сравнение тактики ведения нормальных родов в Великобритании, Республике Беларусь и Казахстане с рекомендациями ВОЗ, представленное в таблице 1 [71-73].

Таблица 1 - Сравнение клинических протоколов Великобритании, Республики Беларусь и Казахстана по физиологическим родам

	ВОЗ	Казахстан	Великобритания	Беларусь
Источник	[71]	Приказ МЗ РК №239	[72]	[73]
Рутинные обследования	Измерение температуры тела, артериального давления, пульса	Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, Сокращений матки, выслушивание сердцебиения плода, влагалищное исследование, определение группы крови и резус фактора	Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, сокращений матки, оценка влагалищных выделений, оценка родовой боли, частота опорожнения мочевого пузыря	Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение роста и массы тела; обследование по системам организма.
Дополнительные мероприятия и манипуляции	Нет	Нет	Нет	Очистительная клизма Санитарная обработка
Методы облегчения родовой боли - немедикаментозные	Психологическая поддержка, Активное положение роженицы	Психопрофилактика, душ и ванна, музыка, акупунктура, проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией,	Активное положение роженицы,	Активное положение роженицы, приемы самообезболивания, самомассаж, управление дыханием
медикаментозные	нет	По желанию женщины: регионарное обезболивание; - закись азота; - опиаты	По желанию женщины	Баралгетас Метамизол натрия Тримеперидина гидрохлорид
манипуляции	-	-	-	Амниотомия при раскрытии маточного зева 8 см

Как следует из таблицы 1, в первом периоде родов, во всех изучаемых руководствах (стандартах, протоколах) рекомендованы психологическая поддержка роженицы и немедикаментозные методы обезболивания.

Во втором периоде родов используется акушерское пособие, а в Беларусь - по показаниям эпизио- и перинеотомия, тогда как рекомендации ВОЗ предполагают минимальное вмешательство в течение нормальных родов.

В третьем периоде родов ВОЗ рекомендует профилактическое введение окситоцина в третьем периоде при риске кровотечения, подтягивание за пуповину профилактику гипотермии ребенка, кожный контакт, раннее прикладывание к груди, рутинное исследование плаценты и оболочек, что и применяется в Казахстане согласно принятым протоколам. В Великобритании родильница сама может выбрать тактику ведения: активную или физиологическую. В Республике Беларусь помимо общих процедур, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, предполагается использование мочевого катетера.

Таким образом, клинические руководства ВОЗ, Великобритании и протоколы диагностики и лечения Казахстана имеют, общую тактику ведения родов, предполагающую минимальное вмешательство в нормальное течение физиологических родов. В Беларусь придерживаются другой тактики, включающей целый ряд рутинных мероприятий (санитарная обработка, очистительная клизма, бритье лобка, обследование на педикулез и пр.), которые относятся к категории В,С,D по классификации ВОЗ. Но, несмотря на то, что большинство методов, применяемых при ведении физиологических родов в Беларусь, не рекомендуются ВОЗ, стране удалось добиться значительного прогресса в снижении материнской смертности (0,9 на 100 000 живорожденных в 2011 г), продемонстрировав лучшие показатели среди стран СНГ [87].

Доказательная практика и новые технологии в настоящее время распространились не только в акушерстве, но и в гинекологии.

1.3 Организация гинекологической помощи в странах с разным уровнем развития экономики

1.3.1 Казахстанский и зарубежный опыт ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в том числе сальпингитами и оофоритами

Воспалительные заболевания органов малого таза являются актуальной проблемой общественного здравоохранения [88-90].

Особенностью воспалительных заболеваний органов малого таза, в том числе сальпингитов, оофоритов, является то, что они не всегда имеют яркую клиническую картину, а большинство симптомов неспецифично, и по данным литературы, две трети случаев воспалительных заболеваний органов малого таза остаются недиагностированными. В то же время замедление с началом лечения приводит к распространению воспаления и возникновению более тяжелых последствий [90-91], к которым относятся: синдром хронической тазовой боли, внематочная беременность, бесплодие.

Оценить истинную картину воспалительных заболеваний органов малого таза очень сложно ввиду бессимптомности, стертости клинической картины, а также в связи с тем, что нередко женщины с диагнозом воспалительных заболеваний органов малого таза обращаются на прием не только к акушеру-гинекологу, но и урологу, хирургу, и чаще всего - к врачу общей практики.

Основные особенности тактики ведения пациенток при воспалительных заболеваниях органов малого таза, включая сальпингиты и оофориты, в разных странах представлены ниже.

Опыт Великобритании. Воспалительные заболевания органов малого таза актуальны для Великобритании, в связи с тем, что по оценкам, представленным в General Practice Research Database [92], заболеваемость ими в Англии составляет не менее 189 на 100 000 женщин фертильного возраста, так как фактически этот показатель может быть в несколько раз больше, в связи со сложностями в диагностике и частым бессимптомным течением [93]. Пациентки с воспалительными заболеваниями органов малого таза в Великобритании, как правило, получают лечение амбулаторно. Исключение составляют тяжелые клинические формы, неуверенность в диагнозе, беременные пациентки, неэффективность амбулаторного лечения в течении 72 часов, возникновение tuboовариального процесса, неследование врачебным рекомендациям [94]. При этом в руководстве по управлению воспалительными заболеваниями органов малого таза особо отмечено, что врач должен получить письменное подтверждение от пациентки, что ей разъяснены возможные осложнения и необходимость лечения, а также обследования и лечения полового партнера.

Опыт США. Как и в Великобритании, воспалительные заболевания органов малого таза, в том числе сальпингиты, оофориты - очень актуальны для США, так как с ними ежегодно связано около 2,5 млн. посещений врача, 200 000 госпитализаций и около 100 000 хирургических вмешательств [30]. Именно данная группа заболеваний занимает первое место из числа всей гинекологической заболеваемости, по причинам вызовов скорой помощи (около 350 000 в год), и общие расходы на лечение воспалительных заболеваний органов малого таза составляют более 2 млрд. долл. в год [95].

В США при воспалительных заболеваниях органов малого таза рекомендуется назначение антибактериальной терапии, незамедлительно после постановки диагноза, в связи с тем, что отсутствие осложнений напрямую зависит от своевременности начатого лечения. При этом врач должен выбирать наиболее экономически-выгодные схемы лечения, учитывать предпочтения пациентов и антибиотикограмму [96]. Кроме того, врачи должны иметь настороженность при ведении женщин с подозрением на воспалительные заболевания органов малого таза [97] и назначать эмпирическое лечение у женщин группы риска [30]. Согласно рекомендациям Center for disease control and prevention, амбулаторное лечение данных заболеваний, в числе которых сальпингиты и оофориты, при легкой и средней степени тяжести не имеет статистически значимой разницы в предотвращении

кратко- и долгосрочных последствий по сравнению со стационарным лечением. Кроме того, подростки и пожилые женщины имеют те же строгие показания к госпитализации, и не имеют преимуществ, по сравнению с женщинами фертильного возраста.

При выборе тактики лечения, врачи в США руководствуются следующими принципами: назначение антибактериальной терапии в пероральном режиме в течение 24-48 часов до клинического улучшения, и далее - перорально, не менее 14 дней.

В клинических руководствах по управлению воспалительными заболеваниями органов малого таза [30] особо отмечено, что ведение пациентки в амбулаторных условиях, без клинического улучшения в течение 72 часов от начала антибактериальной терапии, должно настораживать врача, при этом женщине обязательно показана госпитализация. Такой четкий алгоритм ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, когда каждое вмешательство и процедура определены по времени, улучшает прогноз заболевания и снижает риск тяжелых осложнений. Кроме того, последующее 2-4 недельное наблюдение за пациенткой, позволяет определить клинические результаты лечения, провести контрольные обследования половых партнеров, оценить, как выполняются назначения, провести дообследование и так далее [98].

Опыт Канады по управлению воспалительными заболеваниями органов малого таза в целом, имеет много общего с вышеописанными странами [99]. На официальном сайте министерства здравоохранения Канады представлен алгоритм ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, который предусматривает в основном амбулаторное лечение, так как эффективность амбулаторного и стационарного лечения одинаковы [100]. В тоже время, показаниями к госпитализации могут стать: отсутствие клинического улучшения в течение 48-72 часов, беременность, подростковый возраст, ВИЧ, сомнения в диагнозе и другое. Особо отмечено, что своевременная диагностика и лечение имеют решающее значение в предотвращении бесплодия [101].

Итак, управление воспалительными заболеваниями органов малого таза в развитых странах заключается в своевременной диагностике и раннем начале лечения, нередко даже эмпирическом, наличии четких алгоритмов ведения пациенток и схем терапии, в составе которой преимущественно пероральные формы антибиотикотерапии и амбулаторное наблюдение. Значительно отличается практика ведения воспалительных заболеваний органов малого таза в странах с переходной экономикой.

В Казахстане, Беларусь, Кыргызстане лечение острых форм воспалительных заболеваний органов малого таза и обострение хронических, проводится в стационаре.

1.3.2 Стандарты диагностики и лечения в гинекологии в разных странах мира

Основные отличия в тактике ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, представлены в таблице 2 на примере сравнения стандартов диагностики и лечения Казахстана, Беларусь и Великобритании.

Как следует из таблицы 2, в целом, тактика ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза в исследуемых странах, отличается по количеству используемых диагностических мероприятий и лекарственных средств. Так, например, в Республике Беларусь к стандартным методам исследования добавлено более глубокое исследование пациентки, включающее определение группы крови, ИППП, биохимический анализ и коагулограмму, уровень глюкозы и пр. тогда как за рубежом (Европа, Великобритания), ИППП только при подозрении на наличие специфической инфекции, а кровь исследуется только для определения числа лейкоцитов.

При выборе медикаментозных методов лечения, схемы ведения пациенток с воспалительными заболеваниями малого таза, различаются (группой антибактериальных препаратов, их сочетание, дозировки и прочее). В Республике Беларусь, помимо общих методов лечения (антибактериальная терапия, инфузионная терапии и прочее), также используются, нестероидные противовоспалительные средства, иммуномодуляторы, противогрибковые препараты и методы физиотерапии, иглотерапии, гипербарическая оксигенация и так далее, что не имеет доказательной базы.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что, несмотря на внедрение доказательной практики, в странах бывшего Советского Союза (Казахстан, Беларусь) в ведении воспалительных заболеваний органов малого таза, по сравнению с Европейскими странами и Великобританией, преобладает большее число лабораторно-диагностических мероприятий и медикаментозных методов лечения, не имеющих доказательств, подтверждающих их эффективность.

Итак, в данной главе мы описали особенности организации акушерско-гинекологической помощи. Как показал анализ литературных данных, актуальность выбора наилучшей тактики ведения пациенток акушерско-гинекологического профиля обусловлена влиянием на показатели материнской и неонатальной смертности, заболеваемости, опосредованно - рождаемости, и не вызывает сомнения. Разработанные с учетом национальных особенностей эпидемиологических показателей, менталитета населения, системы здравоохранения и других факторов стандарты диагностики и лечения в разных странах отличаются друг от друга, и в тоже время объединены общей целью – постоянное повышение качества медицинских услуг.

Таблица 2 - Сравнительный анализ клинических руководств (протоколов) по воспалительным заболеваниям органов малого таза

Мероприятия	КАЗАХСТАН	БЕЛАРУСЬ	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	ЕВРОПА
1	2	3	4	5
Название	Протоколы диагностики и лечения, 2007 г. [Приказ МЗ РК №764]	Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии, 2012 [73]	UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011 Национальные руководства по менеджменту воспалительных заболеваний малого таза [94]	2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease Европейские рекомендации по ведению воспалительных заболеваний малого таза [108]
Диагностические мероприятия	1. Определение концентрации С-реактивного белка крови 2. Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции. 3. Общий анализ крови 4. Общий анализ мочи 5. Определение ХГЧ 6. Мазок по Папаниколау.	1) Мазок на степень чистоты 2) Мазок на онкоцитологию	1) Обследование на гонорею и хламидии 2) С-реактивный белок Мазок из шейки матки	1) Обследование на гонорею и хламидии 2) С-реактивный белок 3) Мазок из шейки матки 4) Лапароскопия по показаниям 5) Тест на беременность 6) Число лейкоцитов 7) УЗИ и биопсия эндометрия
Специальные исследования	Трансвагинальное УЗИ. Биопсия эндометрия.	ЭКГ УЗИ органов малого таза	-	-
Доп. Диагностические мероприятия	Бактериальный посев на определение чувствительности к антибиотикам. Иммунограмма.	Бактериальный посев на определение чувствительности к антибиотикам.	Тест на беременность Скрининг на ИППП, включая СПИД	Скрининг на ИППП, включая СПИД

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
		Обследование на ИППП Анализ крови общий Определение группы крови и Rh-фактора Исследование крови на сифилис Исследование крови на ВИЧ-инфекцию Биохимическое исследование крови Исследование крови на глюкозу Коагулограмма Анализ мочи общий		
Перечень основных медикаментов	Тетрациклины Фторхинолоны Линкозамиды Цефалоспорины Нитроимидазолы Макролиды Противогрибковые препараты	Аминогликозиды Карбапенемы Линкозамиды Нитроимидазолы Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Макролиды Тетрациклины Фторхинолоны Иммуномодуляторы Нестероидные Противовоспалительные Противогрибковые Коллоидные и кристаллоидные растворы (Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО))	Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Нитроимидазолы Макролиды	Тетрациклины Фторхинолоны Цефалоспорины Нитроимидазолы

В то же время, согласно литературным данным, несмотря на внедрение стандартов диагностики и лечения (протоколов, клинических руководств), основанных на лучшей доказательной практике и нацеленных на повышение как медико-социальной, так и экономической эффективности проводимой терапии [102-107] очень трудно одновременно изменить существовавшую десятилетиями практику эмпирического лечения и обеспечить приверженность врачей требованиям данных стандартов как в акушерстве [109-124], так и в гинекологии [125]. В этой связи исследования, направленные на изучение приверженности врачей стандартам диагностики и лечения, а также медико-социальной и экономической эффективности внедрения данных стандартов в акушерстве и гинекологии представляют особый интерес.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходя из актуальности для казахстанского здравоохранения при проведении исследования нами были выбраны два протокола диагностики и лечения: по акушерству - «Физиологические роды», по гинекологии - «Сальпингит и оофорит» (стационар).

Для достижения цели и решения поставленных задач, разработана комплексная программа исследования, представленная в таблице 3.

Таблица 3- Программа исследования

Вид исследования	Материалы исследования	Методы исследования	Объем исследования по ПДЛ «Физиологические роды»	Объем исследования по ПДЛ «Сальпингит/оофорит»
1	2	3	4	5
Литературный обзор	Базы данных медицинской информации PubMed, Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE Диссертации отечественных и зарубежных (страны СНГ) ученых, Нормативно-правовая база РК	Информационно-аналитический	125 источников литературы	
Анализ мнения врачей по вопросу использования протоколов диагностики и лечения в практическом здравоохранении	Анкеты для врачей и акушеров	Анкетирование, аналитический, статистический	72 акушерки и 50 врачей акушеров-гинекологов родильных домов г. Алматы. ИТОГО: 122 респондентов	64 врача гинекологических стационаров
Ретроспективный аудит соответствия требованиям протоколов по диагностике и лечению	Истории родов (форма 096/у), история болезни стационарного больного (форма 003/у) за 2013 год	Выкопировка данных, аналитический, статистический	380 историй родов	271 история болезни стационарного больного

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
Оценка медико-социальной эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения	Истории родов (форма 096/у), история болезни стационарного больного (форма 003/у) за 2003 и 2013 гг.	Выкопировка данных, аналитический, статистический	378 историй родов за 2003 год 380 историй родов за 2013 год	267 историй болезни стационарного больного за 2003 год 271 историй болезни стационарного больного за 2013 год
Оценка экономической эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения	Истории родов (форма 096/у), история болезни стационарного больного (форма 003/у) за 2003 и 2013 гг.	ABC, VEN, частотный анализ	378 историй родов за 2003 год 380 историй родов за 2013 год	267 историй болезни стационарного больного за 2003 год 271 историй болезни стационарного больного за 2013 год

На первом этапе был изучен мировой и отечественный опыт организации акушерско-гинекологической помощи на примере Великобритании, США, Канады, Беларусь, Кыргызстана при физиологических родах и воспалительных заболеваниях органов малого таза, в том числе сальпингитах и оофоритах, и роль стандартов диагностики и лечения в повышении качества медицинской помощи женщинам. В рамках литературного обзора проведен углубленный анализ 125 литературных источников. При проведении обзора нами использовались базы данных медицинской информации PubMed, Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, диссертации отечественных и зарубежных ученых, была изучена нормативно-правовая база РК.

Основную часть работы структурно мы разделили на два раздела: первый - изучение медико-социальной и экономической эффективности протокола диагностики и лечения в акушерстве - «Физиологические роды», второй в гинекологии - «Сальпингит и оофорит». Методика анализа протоколов представлена на рисунке 14. Данная «Методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения» является объектом авторского права Кызаевой А.Д., Мейманалиева Т.С., зарегистрированном в Комитете по правам интеллектуальной собственности № 1799 от 29.09.2014 ИС 0013155 (Рисунок 14) (ПРИЛОЖЕНИЕ А) [126].

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СТАНДАРТОВ (ПРОТОКОЛОВ) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (ПДЛ)

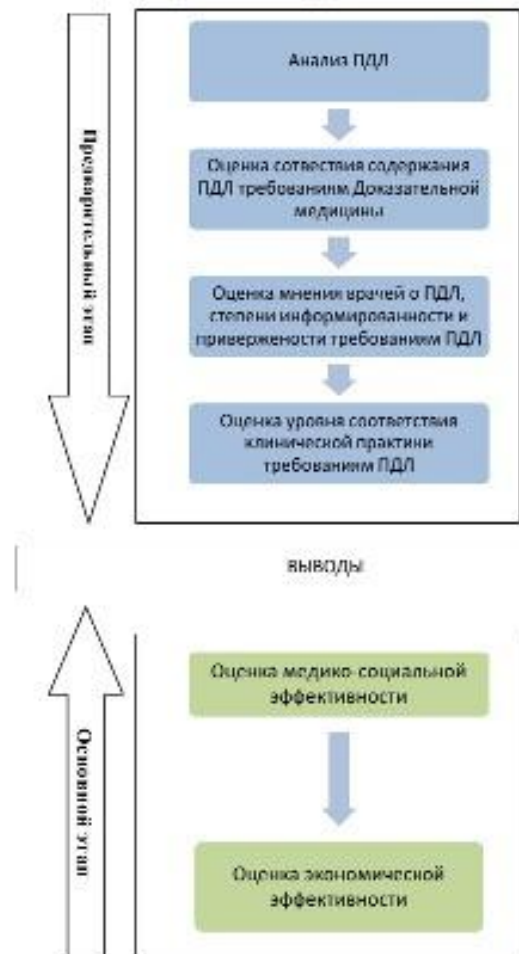


Рисунок 14 - Методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения

Согласно данной методике, для оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения, необходимы два этапа: *предварительный* и *основной*. Такое деление обосновано тем, что без оценки содержания протокола диагностики и лечения и соответствия требованиям и принципам доказательной медицины, оценки мнения практикующих врачей и акушерок, а также степени фактического использования и приверженности врачей требованиям протоколов диагностики и лечения, невозможно перейти к следующему этапу - оценке медико-социальной и экономической эффективности.

Анализ содержания протокола и оценка диагностических и лечебных мероприятий (второй этап), утвержденных протоколов диагностики и лечения с позиции их эффективности при данной нозологии/состоянии в соответствии с доказательной медициной проводился с использованием баз данных систематических обзоров (Cochrane Library, PubMed).

Оценка целесообразности назначения диагностических исследований и лекарственных средств проводилась с использованием адаптированной Градации доказательств, на основе классификации Оксфордского центра доказательной медицины, Март, 2009 [127]:

- Класс (уровень) I (A) большие двойные слепые плацебо-контролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе и систематическом обзоре нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
- Класс (уровень) II (B) небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, систематические обзоры когортных исследований, когортные исследования.
- Класс (уровень) III (C) систематические обзоры исследований случай-контроль, исследования случай-контроль, небольшие исследования.
- Класс (уровень) IV (D)- описание серии случаев, случай-контроль.
- Класс (уровень) V (F) мнение экспертов, выработка консенсуса по определённой проблеме.

Для протокола «Физиологические роды» помимо использования вышеописанной Градации доказательств была использована классификация доказательств эффективности ВОЗ [71]:

- Категория А: практика, которая доказала свою эффективность и должна быть использована.
- Категория В: методы, которые доказано неэффективны и опасны, и не должны использоваться.
- Категория С: методы, в отношении которых недостаточно научно-обоснованных данных по их эффективности и безопасности и использование которых должно быть с осторожностью.
- Категория D: методы, которые часто используются неуместно.

На третьем этапе исследования мы провели оценку мнения врачей и акушерок по вопросам использования протоколов диагностики и лечения, степени информированности и приверженности требованиям протоколов путем проведения социологического опроса. Для проведения данного социологического опроса было получено одобрение *локальной этической комиссии* КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (протокол заседания №4 от 7.04.2014 г.). Социологический опрос проводился методом анонимного анкетирования.

В качестве инструмента исследования использовалась специально разработанная анкета для врачей акушеров-гинекологов, акушерок, которая является *объектом авторского права* Кызаевой А.Д., Кудамановой А.Б. (Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права № 1569 от 13 августа 2014 г. ИС 0012885).(ПРИЛОЖЕНИЕ Б, В).

Анкетирование проводилось во всех родильных домах, стационарах, в которых имеются отделения гинекологии г. Алматы (ПРИЛОЖЕНИЕ Г). Город Алматы был выбран в связи с тем, что является мегаполисом Казахстана с наибольшим числом акушеров-гинекологов и акушерок. Так, по данным

статистического сборника «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году», число медицинских работников со средним медицинским образованием по специальности Акушерское дело по г. Алматы составило -763, врачей акушеров-гинекологов- 856, что превышает показатели в других городах страны.

В виду того, что участие в анкетировании было добровольным, анонимным, в исследование были включены только те, респонденты, которые прошли инструктаж и подписали информированное согласие.

Основными критериями включения/исключения в исследование являлись:

Для врачей акушеров-гинекологов и акушерок родильных домов:

-Критерии включения:

Непосредственное участие в ведении физиологических родов: врачи акушеры-гинекологи приемного покоя, отделений родильного дома, а также акушерки приемного покоя и родовых отделений.

-Критерии исключения:

врачи акушеры-гинекологи и акушерки послеродовых отделений, отделения патологии, администрация, врачи функциональной диагностики и другие, которые не принимают непосредственного участия в родах. Лица, отказавшиеся от анкетирования.

Для врачей акушеров-гинекологов стационаров:

-Критерии включения:

врачи акушеры-гинекологи приемного покоя, отделений стационара (бюджетные отделения), сотрудники и резиденты кафедры «Акушерство и гинекология» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (на базе клинических центров исследования).

-Критерии исключения: врачи, отказавшиеся принять участие в исследовании.

При разработке анкеты мы опирались на аналогичные исследования казахстанских и зарубежных авторов [22, 128]. Каждая анкета состояла из следующих основных частей:

-Паспортная часть: Пол, возраст, стаж работы, место работы, какое среднее (высшее) медицинское учреждение окончили, место работы, категория

-Вопросы, касающиеся доказательной медицины и протоколов диагностики и лечения: известно ли понятие «доказательная медицина», используются ли в работе протоколы диагностики и лечения, соответствуют ли протоколы принципам доказательной медицины, доступны ли казахстанские протоколы в работе и прочее.

-Вопросы, касающиеся практики ведения родов/родового ухода/воспалительных заболеваний органов малого таза (для выявления соответствия существующей практики ведения родов и приверженности врачей требованиям протоколов).

-Вопросы, касающиеся подготовки акушерок, распределения обязанностей, передачи полномочий акушеркам и так далее (для анкет акушеров-гинекологов и акушерок родильных домов).

Для определения размера выборки был проведен анализ исследований по данной теме. Так, в работе Акпаловой Д.З. для изучения мнения врачей по использованию протоколов диагностики и лечения в терапии, репрезентативной определена выборка в пределах 12,6% от генеральной совокупности [22, с.26].

Для проведения настоящего исследования размер выборки рассчитан с учетом размера генеральной совокупности, определенной по годовой статистической форме № 30 (Таблица 4).

Таблица 4 - Определение размера выборки для исследования

Показатель	Врачи акушеры-гинекологи родильных домов	Акушерки родильных домов
Размер генеральной совокупности (данные за 2013 год)	113	316
Проанкетировано всего	50	72
% от генеральной совокупности	44%	22,7%
ИТОГО по родильным домам	122	

Общее число врачей акушеров-гинекологов гинекологических стационаров по данным отчетной формы №14 за 2013 год составило 49 человек. Для повышения степени репрезентативности результатов, минимальный размер выборки, согласно данным литературы, должен составлять не менее 50 [129]. В этой связи мы привлекли к участию в исследовании сотрудников (преподавателей) и резидентов кафедры «Акушерство и гинекология» на базе клинических центров исследования. Таким образом, размер выборки для анкетирования составил 64 человека (43 врача гинекологических стационаров (87,7%) и 21 преподаватель и резидент КазНМУ им С.Д. Асфендиярова). Общее число лиц, принимавших участие в анкетировании в родильных домах и гинекологических стационарах составило 186 человек.

На четвертом этапе исследования был осуществлен ретроспективный аудит, который проводился по типу клинического аудита. Методика клинического аудита широко распространена за рубежом, и в современном общественном здравоохранении применяется с целью определения соответствия тактики ведения пациентов принятым стандартам диагностики и лечения [130-135]. Клинический аудит рассматривается в качестве краеугольного камня клинических руководств (*Oyebode et al 1999*).

Для проведения ретроспективного аудита нами было выбрано несколько центров исследования:

Для оценки Протокола диагностики и лечения «Физиологические роды»: ГКБ №1, родильный дом №5;

Для оценки Протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит»: ЦГКБ, ГКБ№4.

Для анализа был выбран период с 1 января 2013 г по 31 декабря 2013 года. Размер выборки для исследования (SS) был определен с помощью программы Sample Size Calculation (доверительная вероятность 95%, доверительный интервал +5) с использованием следующей формулы:

$$SS = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2} \quad (1)$$

Где, Z = Z коэффициент
 p = предполагаемая частота признака
 c = доверительный интервал

Размер генеральной совокупности определен по количеству случаев в выбранной патологии/состояния по г. Алматы за соответствующий период по данным официальной статистики РК (Статистический сборник Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2003 году и 2013 году) и отчетных форм № 14, 32, и представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Выкопировка из историй родов/болезни за 2013 г.

Показатель	2013 год		
	Размер генеральной совокупности	Размер выборочной совокупности	Количество историй родов/болезни
ПДЛ по акушерству (физиологические роды)	18388	377	380
ПДЛ по гинекологии (сальпингит, оофорит)	903	270	271

Для оценки протокола диагностики и лечения «Физиологические роды» были определены следующие критерии включения/исключения:

Критерии включения: срочные нормальные роды, срок беременности 37-42 недель, затылочное предлежание, 1 плод.

Критерии исключения: преждевременные роды, тяжелая экстрагенитальная патология матери, дородовое излитие околоплодных вод, тазовое предлежание, роды двойней (тройней), беременность после экстракорпорального оплодотворения, домашние роды.

Для протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит»:

Критерии включения: острый (обострение хронического, подострый) сальпингит/оофорит/сальпингоофорит/аднексит лево-/право-/двухсторонний

Критерии исключения: тубоовариальное образование, пельвиоперитонит, постабортный эндометрит, эндометрит и сальпингоофорит на фоне остатков плодного яйца.

Алгоритм интерпретации степени соответствия требованиям протокола диагностики и лечения адаптирована по методике описанной в диссертации Кумар А.Б, 2013 г.[23, с.44-48] и представлена в таблицах 6, 7:

Таблица 6 - Алгоритм интерпретации диагностики и лечения при физиологических родах

Показатель	Полное соответствие ПДЛ	Частичное соответствие ПДЛ	Несоответствие ПДЛ
Перечень основных диагностических мероприятий (лабораторных, инструментальных)	0	1-3 (ОАК,ОАМ, мазок)	4 и более (биохимический анализ крови, коагулограмма и другое)
Перечень дополнительных диагностических мероприятий	0	0	1 и более (КТГ, ЭКГ, УЗИ и другое)
Медикаментозное лечение	Окситоцин 10 ЕД внутримышечно	Окситоцин 10 ЕД внутримышечно	Окситоцин 10 ЕД внутримышечно/отсутствие
Наличие других ЛС	0	В наличии (1-2 лекарственных средств)	В наличии (3 и более лекарственных средств)
Наличие дополнительных ЛС, не соответствующих ДМ (БАД)	0	0	В наличии

Таблица 7 - Алгоритм интерпретации диагностики и лечения сальпингитов/оофоритов

Показатель	Полное соответствие ПДЛ	Частичное соответствие ПДЛ	Несоответствие ПДЛ
1	2	3	4
Перечень основных диагностических мероприятий	Общий анализ крови. Определение концентрации С-реактивного белка крови. Общий анализ мочи. Микробиологическая диагностика материала из влагалища, цервикального канала, полости матки.	В наличии, или отсутствие основных диагностических мероприятий (1-2)	В наличии или отсутствие основных диагностических мероприятий (3 и более)

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4
Перечень дополнительных диагностических мероприятий	Коагулограмма. βХГЧ. Мазок по Папаниколау. Биохимия крови. Бак. посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам. УЗИ ОМТ Компьютерная томография. Лапароскопия. Реография.	Наличие дополнительных диагностических мероприятий (1-2)	Наличие дополнительных диагностических мероприятий (3 и более)
Медикаментозное лечение	Цефалоспорины Макролиды, Фторхинолоны Доксициклин Метронидазол Метронидазол Азитромицин Итраконазол Декстран 60 Глюкоза раствор Кристаллоидные растворы флакон Аскорбиновая кислота Флуконазол	Наличие препаратов, не входящих в ПДЛ (1-3 лекарственных препарата)	Наличие препаратов, не входящих в ПДЛ (4 и более) и/или наличие препаратов, не соответствующих доказательной практике (БАД)
Примечание - *Не входящих в ПДЛ			

Для проведения выкопировки была использована специально разработанная выкопировочная карта, в которой отмечались: вид ЛПУ, возраст пациентки, диагноз, число проведенных койко-дней, перечень всех диагностических мероприятий и лекарственных средств (и кратность их назначения), а также показатели, необходимые для оценки выбранных точек клинической эффективности:

-Протокол диагностики и лечения по физиологическим родам: продолжительность родов (от момента начала родовой деятельности до рождения плода), наличие травм промежности (разрывов, эпизиотомии), наличие осложнений (экстренное кесарево сечение, ручное отделение последа, акушерские щипцы)

- Протокол диагностики и лечения по сальпингитам и оофоритам: наличие осложнений (показания к оперативному вмешательству, пельвиоперитонит), исходы заболевания (ухудшение, без изменений, улучшение, выздоровление).

В дальнейшем данные, полученные при проведении ретроспективного аудита, были также использованы для последующих этапов исследования, в частности оценки медико-социальной эффективности.

Под медико-социальной эффективностью в настоящем исследовании подразумевается степень достижения медицинского и социального результата: уменьшение числа койко-дней, частоты осложнений и неблагоприятных исходов [136-137].

Как известно, оценка медико-социальной эффективности проводится путем сравнения выбранных точек клинической эффективности в двух и более группах: контрольной и группе – исследования [138-140]. В этой связи в качестве контрольной группы нами методом случайной выборки были выбраны истории родов/болезней в период с 1 января 2003-по 31 декабря 2003 года, до внедрения протоколов диагностики и лечения. Выкопировка данных за 2003 г. проводилась в тех же базах исследования, что и для ретроспективного аудита и с использованием вышеупомянутой выкопировочной карты.

Размер выборки за 2003 год для проведения пятого этапа исследования представлен в таблице 8.

Таблица 8 - Выкопировка из историй родов/болезни за 2003 и 2013 год

Показатель	2003 год	2013 год
ПДЛ по акушерству (физиологические роды)	378	380
ПДЛ по гинекологии (сальпингит и оофорит)	270	271

Статистическая обработка.

Все данные, полученные в результате третьего, четвертого и пятого этапов исследования были закодированы, защищены паролем и внесены в общую базу данных исследования. Статистический анализ проводился в программе SPSS версии 20.

Большинство параметров были представлены в абсолютных числах и процентах. Для описания количественных данных, отличающихся от нормального распределения, мы использовали среднюю (медиану, первый квартиль (Q1), третий квартиль (Q3); а для не отличающихся от нормального распределения – среднюю и стандартное отклонение (SD).

В зависимости от нормальности распределения количественных данных применялись параметрические и непараметрические критерии анализа. Среди параметрических: t-критерий Стьюдента для независимых выборок, однофакторный дисперсионный анализ. Среди непараметрических: критерий Манна-Уитни (U) и его величина эффекта (r), критерий Краскела-Уоллиса (H).

Для номинальных данных использовались χ^2 -квадрат Пирсона (ожидаемые значения более 10), отношение правдоподобия (ожидаемые значения от 5 до 10), точный критерий Фишера (ожидаемые значения менее 5). Для определения

силы взаимосвязи номинальных данных мы использовали критерий Фи, V-Крамера и коэффициент сопряженности. Для порядковых данных использовался критерий Тау-в Кендала (количество строк и столбцов одинаковое) или Тау-сКендала (количество строк и столбцов разное).

Для корреляционного анализа были использованы критерий корреляции Пирсона (номинальные от номинальных) и Спирмена (номинальные от ранговых).

Критический уровень значимости p при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. Доверительный интервал (95%/ДИ) рассчитывался в программе Confidence Interval Analysis Version 2.2.0.

После оценки медико-социальной эффективности мы перенесли к завершающему этапу исследования- оценке экономической эффективности, для которой были выбраны методы ABC, VEN и частотного анализа [141-144]:

ABC- анализ- метод распределения медицинских технологий по доле затрат на каждую из них в общей структуре расходов от наиболее затратных к наименее затратным с выделением трех групп:

Группа А – охватывает 80% бюджета

Группа В – 15% (средний уровень потребления)

Группа С – не более 5% (низкий уровень потребления)

VEN –анализ- метод оценки обоснованности потребления медицинских технологий путем распределения их по категориям:

«V» (vital) — жизненно необходимые

«E» (essential) — важные

«N» (nonessential) — второстепенные

VEN анализ проводился по формализованному методу, согласно которому, диагностические мероприятия и лекарственные препараты, входящие в ПДЛ рассматривались как «V», то есть жизненно необходимые, обязательные, все оставшиеся (не вошедшие в ПДЛ) - как «N» второстепенные, необязательные. К категории «E» были отнесены те диагностические мероприятия, которые в протоколе классифицированы как «дополнительные».

Частотный анализ осуществлялся для ретроспективной оценки частоты применения диагностических исследований и лекарственных средств, и в сочетании с методами ABC- и VEN- анализа позволил определить, на какие виды помощи уходила основная доля расходов в сравниваемых группах.

Расчет стоимости диагностических мероприятий проводился согласно Тарификатору медицинских услуг (Приказ МЗ РК от 31.12.2013 № 770 «Об утверждении тарификатора медицинских услуг», с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.04.2014). Стоимость лекарственных средств определялась согласно Прайсу Единого дистрибьютора лекарственных средств ТОО «СК-Фармация» (согласно Постановлению правительства РК от 11.02.2009 № 134 «О некоторых вопросах по внедрению единой системы дистрибуции лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года № 224 «Об утверждении списка

лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, подлежащих забору у Единого дистрибьютора» (с изменениями и дополнениями), размещенного на официальном сайте [145] (предельные цены), и сайте государственных закупок [146].

Экономический анализ диагностических мероприятий и лекарственной терапии проводился по схеме, представленной на Рисунке 15.

Следует отметить, что расчеты для 2003 года проведены по ценам 2013 года, в связи с чем считаются «условными» (в случае, если бы стоимость диагностических процедур и лекарственных препаратов в 2003 и 2013 годах были бы одинаковыми) и применяются исключительно для сравнения.

Оценка экономической эффективности проводилась путем сравнения условных затрат на диагностические исследования и лекарственную терапию в 2003, 2013 году, и при строгом соблюдении требований протоколов диагностики и лечения.

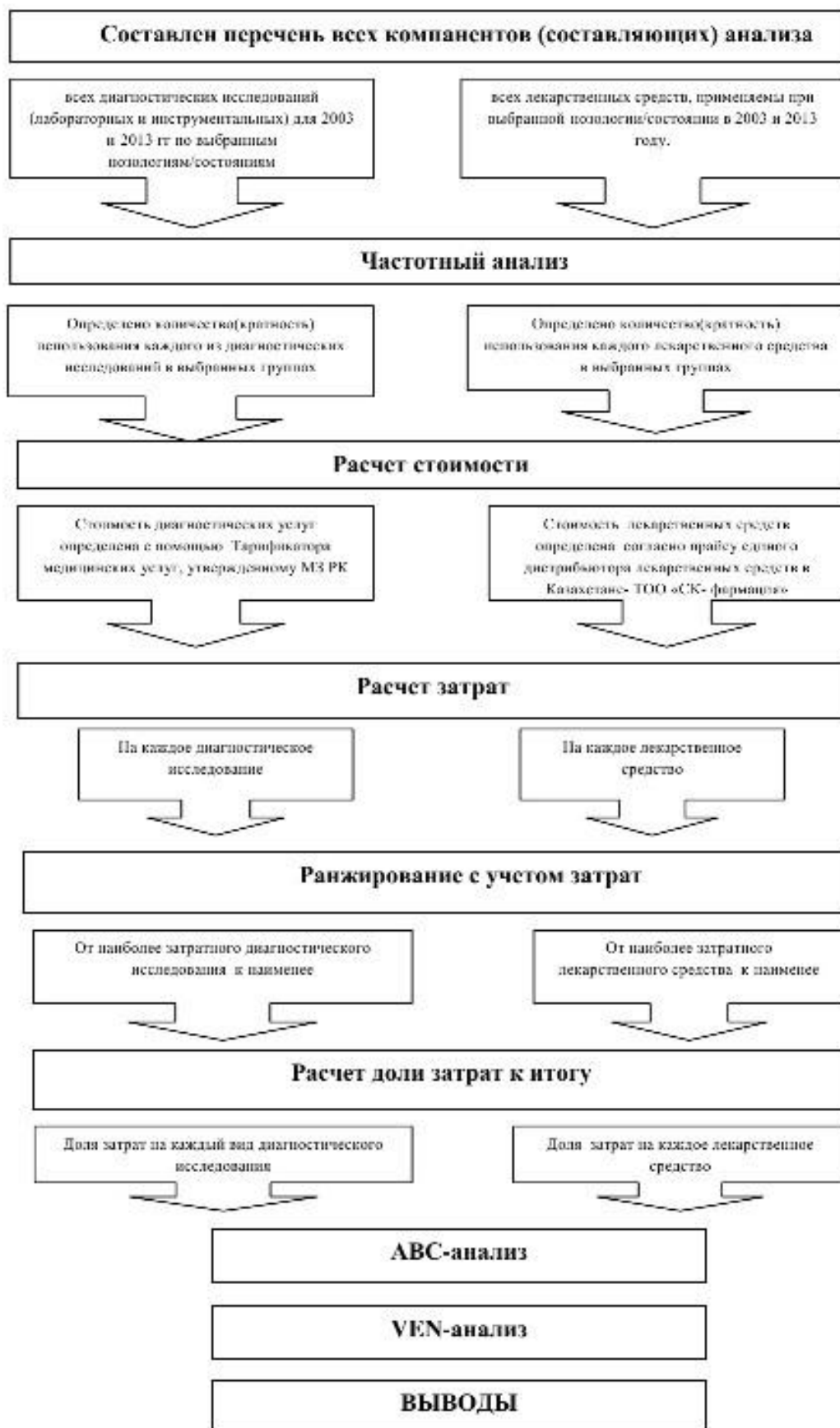


Рисунок 15 - Основные этапы оценки экономической эффективности

3 СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ НА ПРИМЕРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

3.1 Анализ протоколов диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане

Несмотря на всю «естественность» процесса, долгое время в Казахстане при физиологических родах использовалась тактика активного вмешательства медиков в нормальное течение родового процесса, что было результатом многолетнего влияния советской школы акушерства. Активное ведение физиологических родов предусматривало рутинное использование очистительной клизмы, бритье промежности, амниотомии, эпизио- и перинеотомии и использование большого количества лекарственных средств.

Распространение безопасного материнства и внедрение протоколов диагностики и лечения позволили в течение нескольких лет изменить существовавшие представления о медицинской помощи при нормальных родах.

За последние 7 лет протокол диагностики и лечения в РК по ведению нормальных родов обновлялся трижды, дополняясь новой информацией и более подробным описанием действий медицинского персонала и оснащением палат.

Основные отличия тактики ведения нормальных родов, применявшейся до и после внедрения протоколов диагностики и лечения и их оценка с позиции доказательной медицины, представлены в таблице 9. В перечень диагностических и лечебных мероприятий для проведения оценки включены процедуры/лекарственные средства, которые назначались женщинам до внедрения безопасного материнства, и относились к так называемой школе «классического» акушерства. Подробное описание данных медицинских вмешательств приводится в книге авторов Бодяжина В.Н. с соавторами (1995) [147].

Таким образом, существовавшая десятилетиями тактика активного вмешательства в процесс родов даже у женщин низкой группы риска, большое число рутинных процедур, анализов и инструментальных методов исследований, десятки препаратов, назначаемых роженице в процессе родов доказали свою неэффективность с распространением доказательной медицины. Современные казахстанские протоколы диагностики и лечения по ведению физиологических родов разработаны с учетом рекомендаций ВОЗ по интранатальному уходу и соответствуют принципам доказательной практики. В тоже время открытым остается вопрос об отношении персонала, непосредственно принимающего роды, к используемым протоколам диагностики и лечения, определения приверженности врачей и акушерок требованиям протоколов. С целью решения данной поставленной задачи, в рамках настоящего исследования, нами было проведено анкетирование медицинского персонала, непосредственно принимающего роды (врачей акушеров-гинекологов и акушерок).

Таблица 9 - Сравнительный анализ тактики ведения физиологических родов в РК до (2003 год) и после (2013 год) внедрения протоколов диагностики и лечения с позиции доказательной медицины

Мероприятия/лекарственные средства /процедуры	2003	2013	Уровень доказательности	Эффективность	Источник	Классификация ВОЗ
Использование очистительной клизмы	+	-	1a	неэффективно	[74]	B
Санитарная обработка роженицы (сбривание промежности)	+	-	1a	неэффективно	[75]	B
Рутинная эпизиотомия	+	-	1a	неэффективно	[76]	D
Амниотомия при открытии шейки матки 8 см и более	+	-	1a	неэффективно	[77]	C
КТГ	-	-	1a	неэффективно	[78-79]	D
ОАК	+	-		нет данных	-	D
ОАМ	+	-			-	
Мазок на степень чистоты	+	-			-	
Резус фактор, группа крови		+			-	
Окситоцин 10 ЕД	+	+	1a	эффективно	[82-85]	A
ВГКФ	+	-	1a	неэффективно	[81]	B
Триада Николаева	+	-	1a	неэффективно	-	B
Спазмолитические препараты*	+	-	1a	неэффективно	[86]	D

Примечание *Но-Шпа, Дротаверин, Папаверин, Дибазол, Платифиллин, Пле-Спа

3.2 Результаты анализа анкетирования врачей и акушерок по вопросам использования стандартов диагностики и лечения

Как описано в Главе 1, за рубежом обычной практикой является передача полномочий по ведению физиологических родов акушерке. В казахстанском здравоохранении в последние годы также наметились изменения, касающиеся роли среднего медицинского персонала и акушерок в частности. Так, последнее обновление протоколов диагностики и лечения предусматривает ведение физиологических родов как врачом, так и акушеркой. Однако одновременно перейти к новой организации интранатального ухода невозможно. Учитывая, что протоколы были разработаны как для врачей, так и для акушерок, к исследованию были привлечены специалисты с высшим и средним медицинским образованием.

В анкетировании приняли участие 72 акушерки и 50 врачей акушеров-гинекологов родильных домов г. Алматы. Средний возраст врачей составил 31,8 лет (Me=30,0; Q1=27,8; Q3=31,0 лет), средний стаж работы - 7,1 лет (Me=5,0; Q1=5,0; Q3=10,3 лет). Среди опрошенных большую часть составили женщины – 88%, n=44, мужчины - всего 12% (n=6).

Средний возраст опрошенных акушерок составил 35,41 лет (SD 10,6), средний стаж работы - 15,1 лет (SD 10,1). Все 100% акушерок, принимавших участие в анкетировании - женщины.

Среди врачей акушеров-гинекологов основную часть составили выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (76%,n=38) (таблица 10):

Таблица 10 - Распределение ответов врачей акушеров-гинекологов родильных домов на вопрос, «Какой ВУЗ Вы закончили?»

Вуз	n	%	$\chi^2=98,4$ df =4	p<0,001
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова	38	76,0		
Западно-Казахстанская Государственная медицинская академия им. М.Оспанова	5	10,0		
Государственный Медицинский университет города Семей	2	4,0		
Государственная медицинская Академия г. Самарканд	2	4,0		
Ташкентская медицинская академия	3	6,0		
ИТОГО	50	100,0		

Среди опрошенных акушерок преобладали выпускники медицинских колледжей г. Алматы- 63,4% (n=45).

В анкету были включены вопросы о категорийности врачей и наличия ученой и академической степени, в связи с тем, что они отражают уровень профессиональной подготовки и наличие научного опыта.

Обращает на себя внимание тот факт, что больше половины врачей, принимавших участие в анкетировании не имели медицинской категории (60%, n=30), 18% (n=9) респондентов имели вторую, 14% (n=7) - высшую и только 8% (n=4)- первую врачебную категорию ($\chi^2=33,68$ df =3, p<0,001). Распределение врачей родильных домов по наличию академической и ученой степени представлено на рисунке 16:

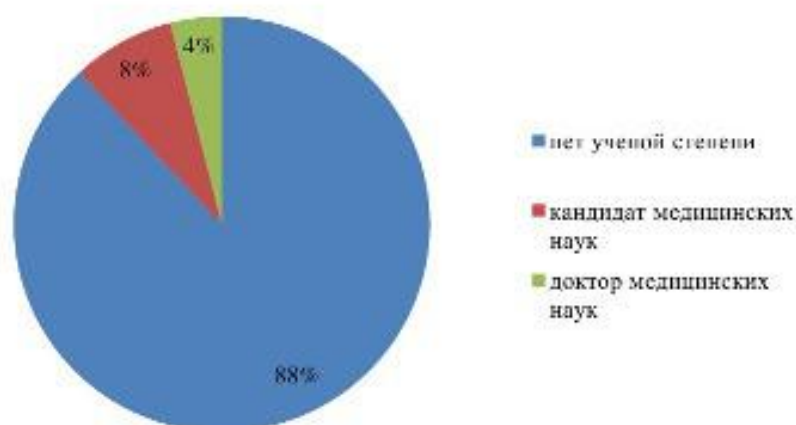


Рисунок 16 - Распределение акушеров-гинекологов по наличию ученой и академической степени

Как следует из рисунка 16, большая часть респондентов не имела ученой или академической степени, остальные имели степень кандидата или доктора наук. Магистров медицины и PhD среди респондентов не было.

Основной блок вопросов мы разделили на 4 части: первая – для оценки уровня использования доказательной медицины, вторая – для анализа отношения врачей к протоколам диагностики и лечения, третья – по определению степени приверженности врачей требованиям протокола «Физиологические роды», четвертая - по организации интранатального ухода и распределению обязанностей между врачом и акушеркой.

Учитывая, что научные открытия и публикации результатов исследований совершаются практически ежедневно, медицинскому персоналу необходимо постоянно повышать свой профессиональный уровень. В этой связи мы включили в анкетирование блок вопросов, посвященных профессиональной литературе и доказательной медицине.

Все опрошенные врачи акушеры-гинекологи на вопрос, читаете ли вы специализированную профессиональную литературу по акушерству и гинекологии, ответили положительно. Хотя, большинство респондентов (60%, $n=30$, $\chi^2=23,680$ $df=2$ $p<0,001$) отметили, что читают профессиональную литературу редко (реже чем 1 раз в неделю) или только перед квалификационными экзаменами (4%, $n=2$, $\chi^2=23,680$, $df=2$ $p<0,001$) (рисунок 17). Регулярно обращаются к профессиональным изданиям всего 36% респондентов-врачей ($n=18$). Среди акушерок менее половины респондентов-46,5% ($n=33$) читают специализированную литературу редко (менее 1 раза в неделю), 16,9% ($n=12$) - только перед квалификационными экзаменами, и, к сожалению, 2,8% ($n=2$) опрошенных профессиональную литературу не читают вовсе. Только треть акушерок ответили, что читают профессиональную

литературу регулярно, то есть не менее одного раза в неделю (33,8%, $p=24$, $\chi^2=31,141$ $df=3$ $p<0,001$).

Учитывая, что большая часть научных работ публикуется на английском языке, немаловажным является вопрос, какие именно издания и на каком языке чаще используют казахстанские акушеры-гинекологи.

На рисунке 17 представлено, как распределены ответы респондентов на вопрос о научных изданиях.

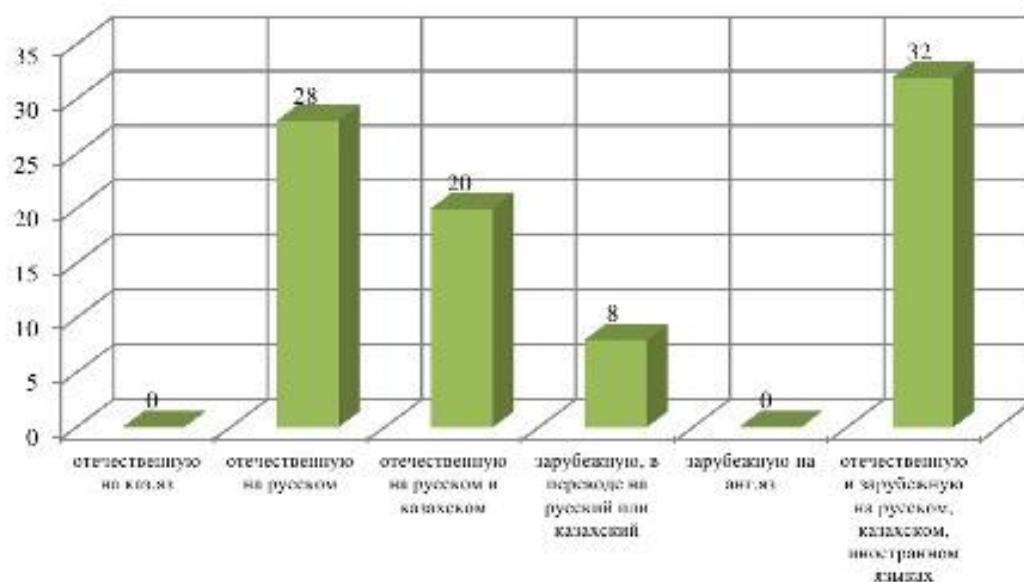


Рисунок 17 - Распределение ответов врачей акушеров-гинекологов родильных домов на вопрос «Какую специализированную профессиональную литературу вы читаете?», в %

Как следует из рисунка 7, большинство врачей ответили, что читают отечественную и зарубежную литературу на казахском, иностранном, русском языках, в то же время на следующий вопрос, перечислить несколько наиболее интересных изданий (включая интернет-источники) только 3 из 50 врачей смогли указать не более чем по 1-2 издания.

При анализе основных литературных источников, к которым прибегают акушерки для поиска информации по специальности, большинство из них - 43,7% ($n=31$, $\chi^2=31,141$ $df=3$ $p<0,001$) ответили, что читают зарубежную литературу в переводе на русский и казахский. Только 4 из 72 акушеров смогли указать, как и опрошенные врачи, по 1-2 издания, как наиболее часто используемые (медицинская энциклопедия, сайт ВОЗ, сайт МЗ РК, М. Энкин) (рисунок 18).

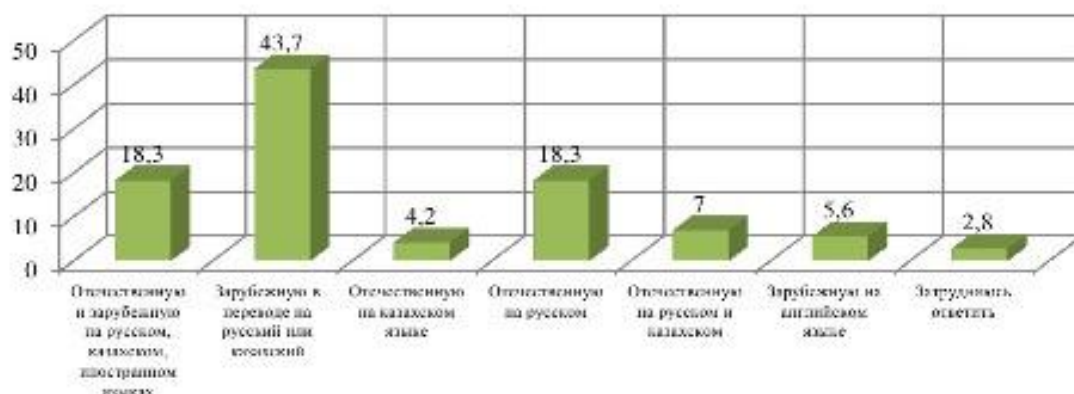


Рисунок 18 - Распределение ответов акушерок родильных домов на вопрос, какую специализированную профессиональную литературу вы читаете, в %

Следующий блок вопросов был посвящен проблеме использования доказательной медицины и протоколов диагностики и лечения на практике.

Учитывая, что в последнее десятилетие доказательная медицина активно развивается в Казахстане, практически все врачи (96% n=48) и большая часть акушерок (83,1% n=60) на вопрос, известно ли вам понятие доказательная медицина, ответили положительно.

Согласно полученным результатам анкетирования, более 96 % (n=48) врачей акушеров-гинекологов и 88,7 % (n=63) акушерок используют в работе протоколы диагностики и лечения, причем, более 94 % (n=47) и 57,7 % (n=41) из них соответственно, обращаются к протоколам диагностики и лечения регулярно.

На вопрос, соответствуют ли протоколы диагностики и лечения МЗ РК принципам доказательной медицины, распределение ответов врачей было следующим (таблица 11):

Таблица 11 - Распределение мнения врачей по вопросу соответствия протоколов диагностики и лечения принципам доказательной медицины

Категория	n	%	$\chi^2=63,500$ df =2	p<0,001
Соответствуют полностью	4	8,0		
Соответствуют частично	42	84,0		
Не соответствуют	2	4,0		
Затрудняюсь ответить	2	4,0		
Итого	50	100,0		

Из таблицы 11 следует, что большинство врачей родильных домов считают, что протоколы диагностики и лечения соответствуют принципам доказательной медицины только частично. Данный факт может отразиться на степени приверженности требованиям протоколов, так как несогласие с содержанием протокола будет ограничивать его использование на практике.

В повседневной работе, в особенности в urgentных ситуациях, которые встречаются в акушерстве, очень важно всегда иметь в свободном доступе утвержденные стандарты диагностики и лечения. В этой связи, мы оценили фактическое использование протоколов на рабочем месте, и их физическую доступность. Большинство респондентов врачей акушеров-гинекологов (92%, $n=46$, $\chi^2=77,44$ $df=2$ $p<0,001$), и больше половины опрошенных акушерок (59,2%, $n=42$, $\chi^2=57,4$, $df=3$, $p<0,001$) отметили, что протоколы доступны на рабочем месте в распечатанном виде. К сожалению, 4% врачей ($n=2$) и 2,8% ($n=2$) акушерок на вопрос о доступности протоколов ответили отрицательно. Остальные респонденты (4% $n=2$ врачей и 29,6% $n=21$ акушерок) используют как распечатанные, так и электронные варианты протоколов.

Как показали результаты анкетирования, соблюдение протоколов в родильных домах регулярно контролируют внутренние аудиторы (60%, $n=30$ всех опрошенных акушеров-гинекологов), часть респондентов -32% ($n=16$) однако отметила, что такие проверки проводятся периодически, только при подготовке к аудитам и еще 8% ($n=4$) затруднились ответить на данный вопрос. При несоблюдении протоколов, как отметили 40% ($n=20$) врачей применяются определенные меры дисциплинарного воздействия, например выговор, хотя 48% ($n=24$) врачей утверждают обратное, и еще 12% ($n=6$) респондентов не ответили на данный вопрос, что отразилось на результатах статистической обработки ($\chi^2=0,364$ $df=1$ $p=0,546$, следовательно, статистически значимой разницы не выявлено).

На следующий вопрос, об использовании протоколов в ежедневной работе и возможности выполнять перечень всех лечебно-диагностических процедур, 68% ($n=34$) врачей ответили положительно, 24% ($n=12$) - отрицательно, 8% ($n=4$) -затрудняются с ответом ($\chi^2=10,522$ $df=1$ $p=0,001$).

Из числа ответивших отрицательно, 67% ($n=8$) видят причину в отсутствии необходимого оборудования, 16,5% ($n=2$)- в наличии индивидуальных особенностей течения заболевания (например, непереносимость лекарств, сопутствующее заболевание и прочее), и еще 16,5% ($n=2$) - затрудняются с ответом ($\chi^2=3,6$ $df=1$ $p=0,058$ разница статистически не значима). Никто из респондентов не связал невозможность следования протоколу с отсутствием необходимых лекарственных средств в отделении, несоответствия срокам лечения, кратности введения препаратов и дозировками, или с несогласием с требованиями протокола.

В целом, большинство опрошенных врачей и акушерок родильных домов считают, что протоколы повышают качество медицинской помощи – 80% врачей ($n=40$, $\chi^2=65,636$, $df=2$, $p<0,001$), и 88,7% акушерок ($n=63$, $\chi^2=42,606$, $df=1$, $p<0,001$), однако все же часть врачей- 4% ($n=2$) и акушерок- 11,7% ($n=8$)

придерживаются обратного мнения, 16% (n=8) врачей затруднились ответить на данный вопрос.

Врачи акушеры-гинекологи выделили следующие основные причины, ограничивающие использование протоколов в работе (таблица 12):

Таблица 12 - Распределение ответов врачей акушеров-гинекологов, на вопрос «Что, по Вашему мнению, ограничивает использование протоколов диагностики и лечения в Казахстане?»

Показатель	n	%	$\chi^2=32,957$ df =3	p<0,001
Сложность в понимании	0	0		
Недоступность материалов	2	4,0		
Отсутствие тренингов, подготовительных занятий	24	48,0		
Неполный охват всех нозологий	18	36,0		
Несоответствие имеющихся диагностических ресурсов требованиям ПДЛ	2	4,0		
Затрудняюсь ответить	4	8,0		
Итого	50	100,0		

Среди причин, ограничивающих применение протоколов диагностики и лечения для акушеров, были названы следующие факторы, приведенные в таблице 13:

Таблица 13 - Распределение ответов акушеров, на вопрос «Что, по Вашему мнению, ограничивает использование протоколов диагностики и лечения в Казахстане?»

Показатель	n	%	$\chi^2=27,943$ df =5	p<0.001
Сложность в понимании	6	8,5		
Недоступность материалов	20	28,2		
Отсутствие тренингов, подготовительных занятий	15	21,1		
Неполный охват всех нозологий	2	2,8		
Несоответствие имеющихся диагностических ресурсов требованиям ПДЛ	5	7,0		
Другое	5	7,0		
Затрудняюсь ответить	18	25,4		
Итого	71	100,0		

Как показали результаты анкетирования, отсутствие тренингов и подготовительных занятий для врачей является наиболее частой причиной, по

которой протоколы диагностики и лечения не используются на практике, в то время как для акушерок - это недоступность материалов. В качестве мер для улучшения использования протоколов диагностики и лечения в работе 48% (n=24, $\chi^2=8,522$ df =2 p=0,014) врачей отметили необходимость постоянного обучения и информирование врачей, 28% (n=14, $\chi^2=8,522$ df =2 p=0,014) считают, что казахстанские протоколы нуждаются в регулярном обновлении и 16% (n=8, $\chi^2=8,522$ df =2 p=0,014)- придерживаются мнения об усилении контроля за использованием протоколов диагностики и лечения.

Для того чтобы определить фактическое использование протоколов диагностики и лечения, в анкетирование были включены вопросы по тактике ведения первого, второго, третьего периодов физиологических родов.

Согласно протоколам диагностики и лечения, принятым в Казахстане, (Приказ МЗ РК №239 от 7.04.2010 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения», протокол заседания экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК № 18 от 19.09.2013) на момент проведения исследования, в РК в первом периоде родов предусмотрено: динамическое наблюдение (частота пульса, артериального давления, маточных сокращений, выслушивание сердцебиений плода, ведение партограммы и влагалищное обследование - каждые 4 часа), психопрофилактика, душ и ванна, музыка, акупунктура, проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией, во втором периоде родов, помимо динамического наблюдения, акушерское пособие, в третьем периоде - потягивание за пуповину и профилактическое назначение окситоцина 10 ЕД.

Основные результаты, полученные при анализе тактики ведения первого периода родов, согласно данным анкетирования врачей и акушерок родильного дома представлены на рисунках 19,20:

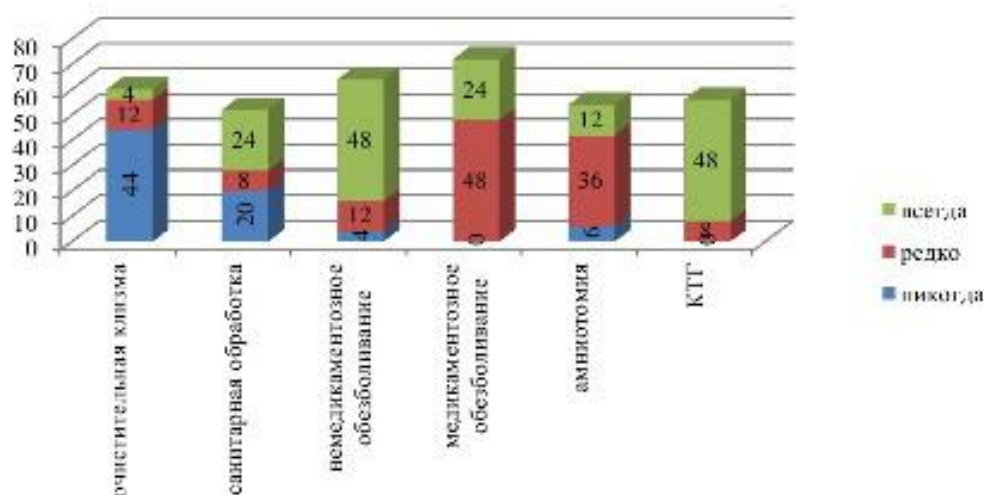


Рисунок 19 - Распределение ответов врачей акушеров-гинекологов по тактике ведения первого периода физиологических родов, %

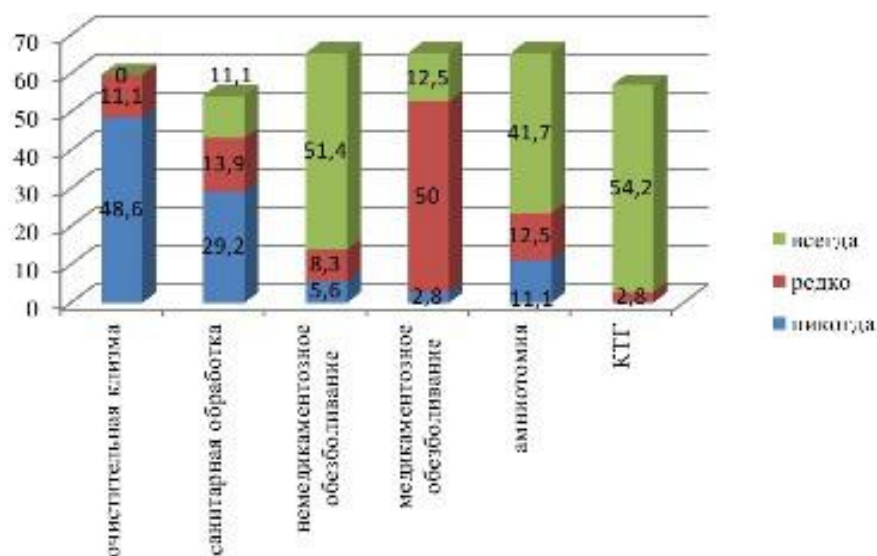


Рисунок 20 - Распределение ответов акушерок по тактике ведения первого периода физиологических родов, %

Как показано на рисунках 19 и 20, несмотря на внедрение доказательной практики в интранатальный уход, до сих пор используются рутинные и неэффективные процедуры. Так, очистительная клизма согласно ответам 12% врачей ($n=6$, $\chi^2 = 22,4$, $df = 2$, $p < 0,001$) и 11,1% акушерок родильных домов ($n=8$, $\chi^2 = 16,953$ $df = 1$, $p < 0,001$) «редко, но используется».

На вопрос о проведении санитарной обработки роженицы (бритье промежности, обработка наружных половых органов) ответили «используется всегда» 24 % ($n=12$, $\chi^2 = 4,0$, $df = 2$, $p = 0,135$) врачей и 11,1% акушерок родильных домов ($n=8$, $\chi^2 = 7,538$, $df = 2$, $p = 0,023$). Более того, продолжает использоваться амниотомия при раскрытии шейки матки 8 см и более: 12% врачей ($n=6$ $\chi^2 = 9,6$, $df = 2$ $p = 0,008$) и 41,7% акушерок ($n=30$, $\chi^2 = 19,702$, $df = 2$, $p < 0,001$) указали на частое использование данной процедуры. Все перечисленные выше манипуляции относятся к категории В согласно классификации ВОЗ, что означает, что их использование неэффективно и не должно поощряться в родах.

Хотя протоколы диагностики и лечения не предусматривают специальных методов диагностики в родах, часть респондентов указала на частое использование КТГ в первом периоде, что прослеживается в 48% ответов врачей ($n=24$ $\chi^2 = 14,268$, $df = 1$, $p < 0,001$) и 51,4% акушерок ($n=37$, $\chi^2 = 59,756$, $df = 2$, $p < 0,001$).

В первом периоде родов, 48% врачей ($n=24$, $\chi^2 = 25,750$; $df = 2$, $p < 0,001$) и 51,4% акушерок ($n=37$, $\chi^2 = 43,702$; $df = 2$, $p < 0,001$) указали на преимущественное использование немедикаментозных методов обезболивания, как например точечный массаж, самомассаж и прочее, что соответствует рекомендациям ВОЗ по интранатальному уходу.

По данным опроса, 54% (n=27, $\chi^2 = 60,25$; df = 3 p < 0,001) акушеров-гинекологов и 41,7% акушерок (n=30, $\chi^2 = 69,118$ df = 5 p < 0,001) осуществляют мониторинг состояния женщины в первом периоде родов каждые 4 часа, что соответствует протоколам. Регулярное выслушивание сердцебиения плода (каждые 30 минут) проводят 48 % врачей-респондентов (n=24 $\chi^2 = 48,4$ df = 3 p < 0,001) и 58,3% акушерок (n=42, $\chi^2 = 100$, df = 3, p < 0,001).

При анализе тактики ведения второго периода родов, мы определили, используется ли прием Крестеллера и КТГ. Настораживает тот факт, что на частое использование приема Крестеллера в родах, доказавшего свою неэффективность и опасность, указали 8 % врачей (n=4) и 11,1% (n=8) акушерок. Ответ «редко, но используется» выбрали 16 % (n=8) врачей и 8,3 % (n=6) акушерок. По случаям использования данного приема должен быть проведен детальный анализ и изучение причин, так как прием Крестеллера не только не соответствует протоколам и доказательной медицине, но и угрожает осложнениями как матери, так и ребенку.

Также следует отметить, что не соблюдение требований протокола касается использования КТГ во втором периоде родов: 44% врачей- (n=22 $\chi^2 = 15,636$, df = 2 p < 0,001) и 37,5% (n=27) акушерок используют КТГ для мониторингования внутриутробного состояния плода даже во втором периоде физиологических родов. Данный факт не имеет обоснования необходимости использования, так как речь идет о физиологических родах при низком риске осложнений для матери и ребенка. В тоже время необоснованное использование КТГ отражается на экономической эффективности как и на исходах для матери и плода.

При ведении третьего периода как показано на рисунке 23, наряду с рекомендованной активной тактикой ведения, используется и выжидательная, о чем свидетельствуют ответы 24% (n=12) врачей и 19,4% (n=14) акушерок. Также протоколом предусмотрено обязательное использование окситоцина в третьем периоде родов, что нашло свое подтверждение в ответах 80% врачей (n=40) и 63,9% (n=46, $\chi^2 = 35,280$, df = 1, p < 0,001) и совпадает с принятой международной практикой.

На рисунке 21 представлено, как распределились ответы респондентов на вопрос о тактике ведения третьего периода.

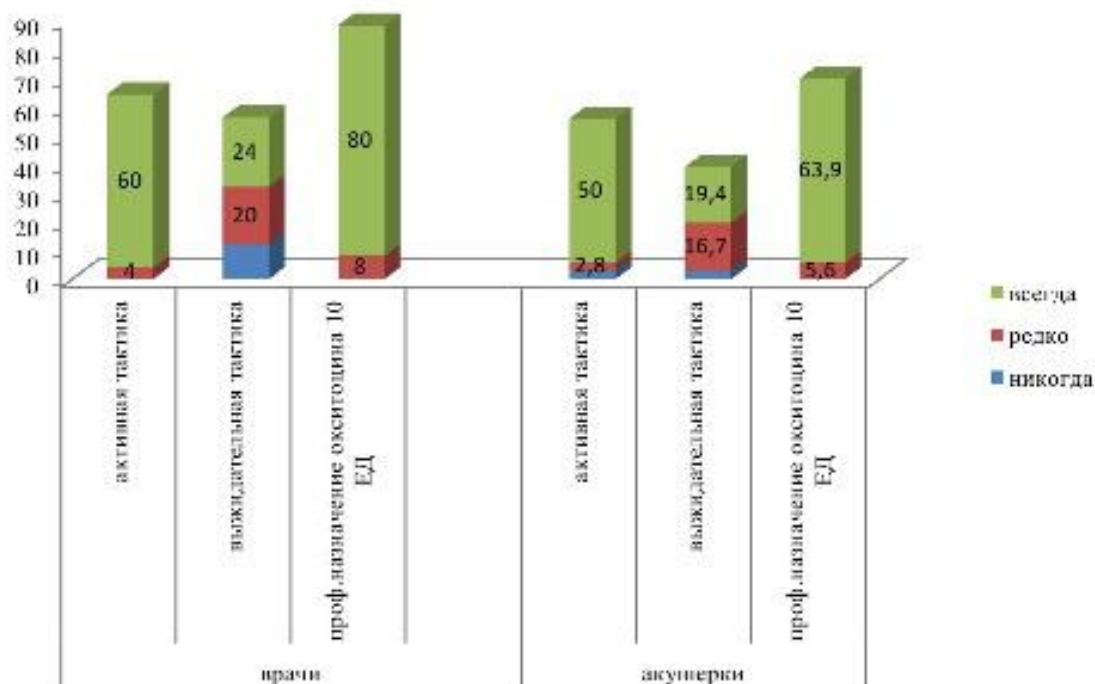


Рисунок 21 - Распределение ответов акушерок по тактике ведения третьего периода физиологических родов, %

Результаты анкетирования также выявили, что в третьем периоде родов используется рекомендованное протоколом потягивание за пуповину, что отметили 60% ($n=30$, $\chi^2 = 24,5$ $df = 1$ $p < 0,001$) акушеров-гинекологов и 50% ($n=36$, $\chi^2 = 57,8$ $df = 2$ $p < 0,001$) опрошенных акушерок.

Одним из принципиальных вопросов в организации интранатального ухода является вопрос о том, кто должен вести нормальные роды у женщин с низкой степенью риска осложнений - врач или акушерка. В этой связи мы включили в анкетирование вопросы об организации самого процесса родов и персонале, принимающем роды.

На вопрос, какова доля участия врача в родах, 76% ($n=38$, $\chi^2=32,400$ $df =1$ $p < 0,001$) акушеров-гинекологов ответили, что только наблюдают за процессом, а роды принимает акушерка и только 4 % ($n= 2$, $\chi^2=32,400$ $df =1$ $p < 0,001$) ответили, что самостоятельно принимают роды, остальные респонденты затруднились с ответом на данный вопрос.

На следующий вопрос, устраивает ли вас распределение обязанностей между врачом и акушеркой во время родов, большая часть опрошенных врачей (68% $n= 34$, $\chi^2=3,364$ $df =2$ $p < 0,001$) и больше половины акушерок 57,7% ($n=41$ $\chi^2=35,108$ $df =2$ $p < 0,001$) родильного дома ответили положительно (Рисунок 22).

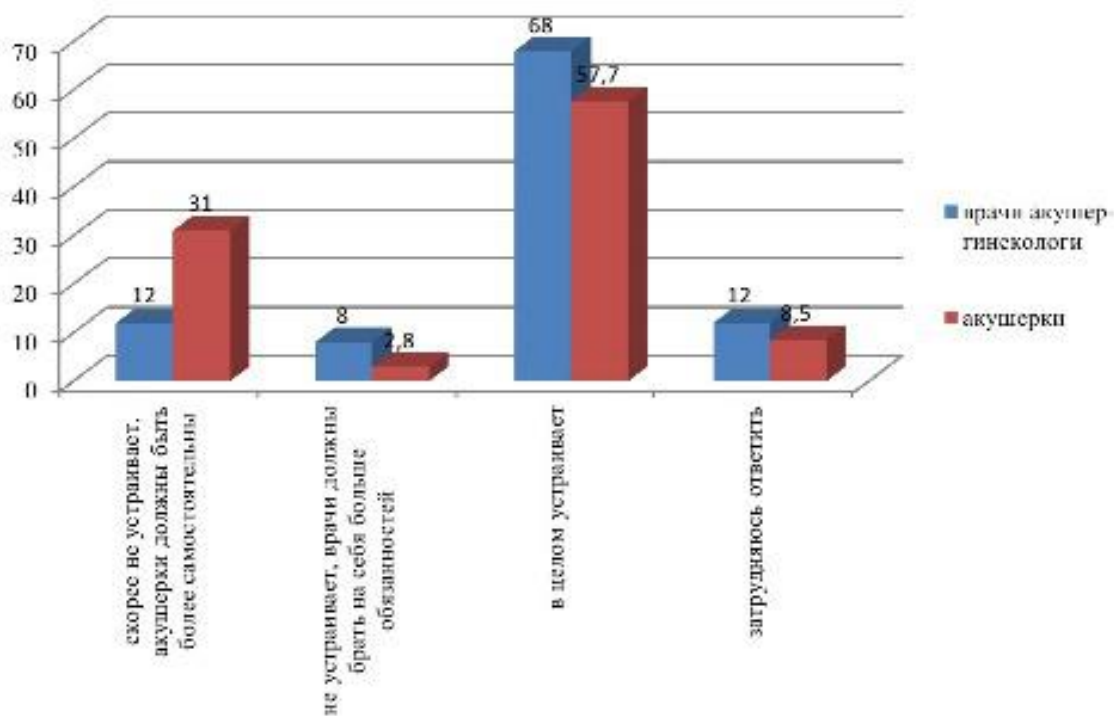


Рисунок 22 - Распределение ответов акушеров-гинекологов и акушерок родильного дома на вопрос, устраивает ли вас распределение обязанностей между врачом и акушеркой родильного дома, %

Около 20% (n=10) врачей не устраивает распределение обязанностей между врачом и акушеркой при ведении родов, при этом, 8% (n=4) из них считают, что врачи должны брать на себя больше обязанностей и 12% (n=6) опрошенных считают, что основную нагрузку должны нести именно акушерки.

В то же время, каждая третья акушерка не согласна с существующей тактикой организации интранатального ухода, при этом более 31% опрошенных акушерок (n=22, $\chi^2=35,108$ df =2 p<0,001) считают, им необходимо предоставлять большую ответственность и самостоятельность в принятии решений, и около 2,8% (n=2, $\chi^2=35,108$ df =2 p<0,001) считают, что врачи должны брать больше обязанностей на себя.

На вопрос, нужно ли давать акушеркам больше свободы в своих действиях, 48% врачей ответили положительно (n=24, $\chi^2=0,857$ df =1 p=0,355. Разница статистически не значима), 36% (n=18)- отрицательно, остальные респонденты - затруднились с ответом (16%, n=8). Среди акушерок 59,2%(n=42, $\chi^2=12,789$ df =1 p<0,001) считают, что им должны предоставить больше свободы в действиях и принятии решений, 21,1% (n=15) удовлетворены существующей практикой и уровнем самостоятельности, остальные 19,7%(n=14)- затруднились с ответом.

Мы также спросили у врачей, советуется ли они с акушеркой по вопросам, касающимся здоровья роженицы или ребенка. Больше половины респондентов 56% (n= 28, $\chi^2=21,143$ df =2 p<0,001) ответили положительно, «иногда»- около 16% (n=8), отрицательный ответ дали 12% (n=6) респондентов.

Говоря о передаче полномочий и повышении ответственности, важным фактом является компетентность специалистов, в этой связи мы спросили у врачей, достаточно ли знаний, по их мнению, у акушерок, чтобы вести неосложненные роды самостоятельно. Результаты распределились следующим образом: большинство респондентов более 68% (n=34, $\chi^2=16,095$ df =1 p<0,001) ответили положительно, 16% (n=8)- отрицательно, и еще столько же - затруднились с ответом на данный вопрос.

На вопрос о профессиональном уровне акушерок 76% (n=38 $\chi^2=23,636$ df =3 p<0,001) врачей, принявших участие в опросе, отметили удовлетворенность профессиональными качествами работающих с ними акушерок. Более подробное описание дано в таблице 14.

Таблица 14 - Распределение мнения врачей акушеров - гинекологов родильного дома на вопрос, удовлетворены ли Вы профессиональным уровнем акушерок, с которыми Вы работаете?

Ответ	n	%	$\chi^2=23,63$ 6 df =3	p<0,001
Да, полностью	18	36,0		
Скорее да, чем нет	20	40,0		
Нет, не удовлетворен	2	4,0		
Скорее нет, чем да	4	8,0		
Затрудняюсь ответить	6	12,0		
Итого	50	100,0		

Итак, проведенное анкетирование врачей и акушерок позволило решить ряд поставленных перед исследователями задач.

Было выявлено, что большая часть респондентов среди врачей и акушерок обращаются к специализированной профессиональной литературе время от времени (реже, чем 1 раз в неделю). Среди врачей предпочтения в выборе профессиональной литературы отдается как отечественным, так и зарубежным источникам, среди акушерок - преимущественно зарубежным в переводе на русский или казахский. Не смогли перечислить наиболее используемые издания и сайты практически все респонденты. Учитывая вышесказанное, можно предположить, что для сотрудников родильных домов стандарты диагностики и лечения как синтез доказательной практики были бы предпочтительнее и эффективнее.

Во втором блоке вопросов мы провели анализ мнения врачей и акушерок по вопросу использования протоколов. Результаты данного анализа показали, что, большинство опрошенных врачей акушеров-гинекологов и акушерок используют в работе протоколы диагностики и лечения регулярно, при этом

сами протоколы доступны в ежедневной работе в распечатанном виде. Соблюдение требований протоколов контролируется внутренними аудиторами. Ограничивает применение протоколов диагностики и лечения, по мнению врачей, отсутствие тренингов и подготовительных занятий, и, следовательно, в качестве мер по улучшению использования ПЦП большинство респондентов предложили информирование и обучение врачей.

Третий блок вопросов включал исследование фактического использования протокола по физиологическим родам. При анализе было выявлено, что в родильных домах г. Алматы выполняются рекомендации ВОЗ, но не во всех случаях нормальных родов. До сих пор имеют место нерекондуемые процедуры и мероприятия, такие как очистительная клизма, санитарная обработка, прием Кристеллера, что требует более детального изучения причин.

Четвертый блок вопросов выявил отношение медицинского персонала к организации интранатального ухода и распределению полномочий между врачом и акушеркой. Исследование показало, что большая часть опрошенных врачей и акушерок довольны распределением обязанностей при ведении нормальных родов, при котором роды ведет акушерка, но основную ответственность и принятие решений берет на себя врач акушер-гинеколог. Однако большинство респондентов отмечает, что акушеркам нужно предоставлять больше свободы в действиях. При этом, значительная часть врачей в целом удовлетворена уровнем профессиональной подготовки и навыками казахстанских акушерок, кроме того при ведении родов больше половины опрошенных советуются с акушеркой по вопросам, касающимся здоровья роженицы или ребенка. Сами же акушерки также считают, что им нужно предоставлять больше ответственности и свободы при принятии решений, и самостоятельности. Таким образом, в Казахстане созданы предпосылки перехода на новую модель интранатального ухода, при которой акушеркам предоставляется большая свобода в действиях и принятии решений, и данная модель, предусматривающая повышение ответственности и смещение акцента на акушерок, могла бы уменьшить нагрузку на врачей акушеров-гинекологов и, следовательно, разрешить проблему дефицита кадров, в особенности в сельской местности.

Проведенное анкетирование позволило определить отношение медицинского персонала к протоколам диагностики, соблюдение требований протоколов на местах и выявление возможных недостатков, тогда как для оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов нами были использованы дополнительные методы научного исследования - ретроспективный аудит и клинико-экономический анализ.

3.3 Ретроспективный аудит тактики ведения пациенток при физиологических родах

Для проведения ретроспективного аудита нами методом случайной выборки были отобраны 380 историй родов. Результаты проведенного исследования показали, на сколько врачи фактически соблюдают требования

протоколов диагностики и лечения. Так, при оценке степени соответствия диагностических исследований требованиям протокола нами были получены следующие данные, представленные в Таблице 15.

Таблица 15 – Соответствие требованиям протокола диагностики и лечения «Физиологические роды» по диагностике в 2013 году

Соответствие требованиям протокола	n	%	95%ДИ
Полное соответствие	0	0	0
Частичное соответствие	276	72,6	67,9-76,9
Не соответствие	104	27,4	23,1-32,1
Итого	380	100	-

Как видно из таблицы 15, полного соблюдения требований протокола по диагностическим исследованиям не выявлено.

В 72,6% (ДИ 67,9-76,9) отмечено частичное соответствие протоколу назначаемых диагностических исследований, что обусловлено рутинным использованием обще-клинических анализов - ОАК, ОАМ и мазка на степень чистоты. Полное несоответствие протоколу (27,4% ДИ 23,1-32,1) в основном было связано с назначением КТГ и УЗИ плода в родах даже у женщин низкой группы риска, что не соответствует принципам доказательной практики и протоколам диагностики и лечения.

Следует особо отметить, что у некоторых женщин в выбранных историях родов был взят анализ крови на определение ВИЧ. Данный факт не рассматривался нами в качестве несоответствия протоколам диагностики и лечения, в виду того, что по г. Алматы, в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой по ВИЧ, обследование беременных является обязательным (Постановление правительства РК от 3.11.2011 № 1280 «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции»).

Также мы не рассматривали в качестве несоответствия протоколу диагностики и лечения флюорографическое обследование после родов, так как оно является обязательным для всех родильниц согласно Постановлению правительства РК от 12.01.2012 №33 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»» с изменениями от 19.06.2013 (Постановление Правительства №627).

Следующим этапом ретроспективного аудита было определение соответствия назначаемых лекарственных средств требованиям протокола диагностики и лечения (таблица 16).

Таблица 16 - Соответствие протоколу диагностики и лечения «Физиологические роды» по лечению в 2013 году

Соответствие требованиям протокола	n	%	95%ДИ
Полное соответствие	368	96,8	94,6-98,2
Частичное соответствие	12	3,2	1,8-5,4
Не соответствие	0	0	0
Итого	380	100	-

При анализе лечения, было выявлено, что практически всем женщинам сразу после родов назначается Окситоцин в дозе 10 ЕД внутримышечно, что интерпретировалось нами как полное соответствие (96,8% ДИ 94,6-98,2), частичное несоответствие (3,2% ДИ 1,8-5,4) связано с назначением спазмолитических и обезболивающих препаратов в родах, что не отвечает требованиям протоколов и доказательной медицины.

Полученные данные можно суммировать в диаграмме (рисунок 23):

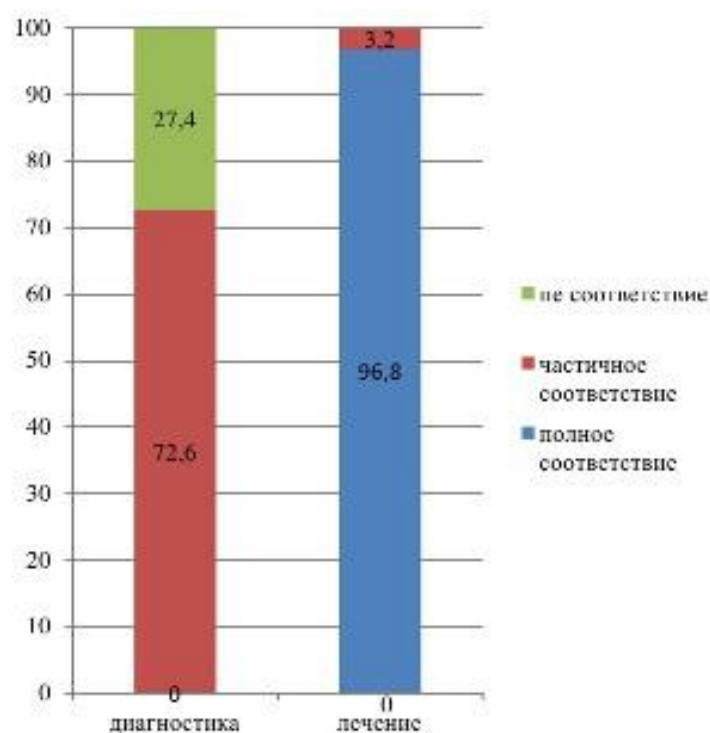


Рисунок 23 - Результаты ретроспективного аудита по определению соответствия тактики ведения физиологических родов требованиям протоколов диагностики и лечения

Как показано на рисунке 23 по диагностике преобладает несоответствие требованиям протоколов, тогда как по лечению практически во всех случаях протоколы соблюдены.

Согласно протоколу по физиологическим родам, при поступлении роженицы в родильный дом, дополнительных инструментальных и лабораторных исследований не предусмотрено, тогда результаты аудита выявили, что во всех историях родов, женщине назначены рутинные общеклинические исследования, а в каждом четвертом случае - более сложные инструментальные исследования, такие как УЗИ и КТГ. В тоже время, доказанное эффективное использование Окситоцина 10ЕД внутримышечно в третьем периоде родов имеет место практически во всех изучаемых историях родов, что означает полное соответствие с требованиями протокола диагностики и лечения при назначении лекарственной терапии.

На следующем этапе нашего исследования мы оценили медико-социальную эффективность внедрения протоколов в акушерстве в РК.

3.4 Оценка медико-социальной эффективности внедрения протокола диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане

Оценка медико-социальной эффективности проводилась согласно выбранным точкам клинической эффективности: числа койко-дней, продолжительности родов, наличия разрывов и эпизиотомии, возникновение осложнений (кесарево сечение, акушерские щипцы, ручное отделение последа).

Результаты выкопировки из историй болезни за 2003 и 2013 год позволили определить следующее:

Средний возраст роженицы в 2013 году составил 26,75 (ST Dev 4,79), в 2003-25,89 (ST Dev 5,52).

Число койко-дней в 2003 году составило в среднем $M = 5,9$ ($M_c = 5,0$; $Q1 = 4,0$; $Q3 = 7,0$, $SD = 2,9$), тогда как в 2013 году: $M = 4,2$ ($M_c = 4,0$; $Q1 = 3,0$; $Q3 = 5,0$, $SD = 1,4$). Критерий U Манна-Уитни = 37976,0; $z = -11,533$; $p < 0.001$.

Статистический анализ позволил определить, что имеется статистически значимая разница в числе койко-дней в 2003 и 2013 годах: число койко-дней при внедрении протоколов уменьшилось в среднем на 1,7 дня.

Политика нового интранатального ухода, предусматривает минимальное вмешательство медицинского персонала в нормальное течение родов и, следовательно, родовой процесс идет более «естественно», когда его длительность не форсируют введением утеротонических препаратов, проведением амниотомии и прочих манипуляций и лекарственных средств, что в конечном итоге, влияет на продолжительность родов.

При проведении ретроспективного аудита мы оценили среднюю продолжительность родов в 2003 году при активной тактике ведения физиологических родов и в 2013 году после внедрения протоколов диагностики и лечения. Продолжительность родов оценивалась от начала родовой деятельности до времени рождения ребенка.

Средняя продолжительность родов при использовании протокола диагностики и лечения составила 7 часов 15 минут 10 секунд (SD 1 час 46 минут 47 секунд), тогда как с использованием амниотомии, родостимуляции и других вмешательств в 2003 г. - 6 ч.13 минут 44 секунды (SD 1 час 18 минут 7 секунд), т.е. на 1 час и 1 минуту 26 секунд больше (t-критерий Стьюдента = - 8,624, df = 754, p<0,001. Разница статистически значима).

Процент разрывов промежности и эпизиотомии (суммарно) в 2013 году составил всего 9,2 % (ДИ 6,7-12,5), тогда как при использовании активных методов ведения родов в 2003 г. - 60,8% (ДИ 55,8-65,6), что имеет статистически значимые различия (χ^2 Пирсона = 222,207, df = 1, p<0,001) (Таблица 17).

Таблица 17 - Частота травм промежности и эпизиотомии до и после внедрения протокола диагностики и лечения «Физиологические роды»

Год	Травмы промежности					
	нет			есть		
	N	%	95%/ДИ	N	%	95%/ДИ
2003	148	39,2	34,4-44,2	230	60,8	55,8-65,6
2013	345	90,8	87,5-93,3	35	9,2	6,7-12,5

Частота осложнений в родах до использования клинических протоколов в 2003 году - **38,7%** (ДИ 34,9-44,7), тогда как с внедрением протоколов 2013 году - всего **2,1 %** (ДИ 1,1-4,1). Основные показатели представлены в таблице 18:

Таблица 18 - Частота осложнений до и после внедрения протокола диагностики и лечения «Физиологические роды»

Год	Осложнения					
	нет			есть		
	N	%	95% ДИ	N	%	95% ДИ
2003	228	60,3	55,3-65,1	150	39,7	34,9-44,7
2013	372	97,9	95,9-98,9	8	2,1	1,1-4,1

χ^2 Пирсона = 162,176, do = 1, p<0,001

Фи = -0,463, p<0,001 – связь обратная, но силе - слабая.

ОПН = 0,033 (95%/ДИ: 0,016-0,068).

Все полученные данные можно представить в диаграмме (рисунок 24):

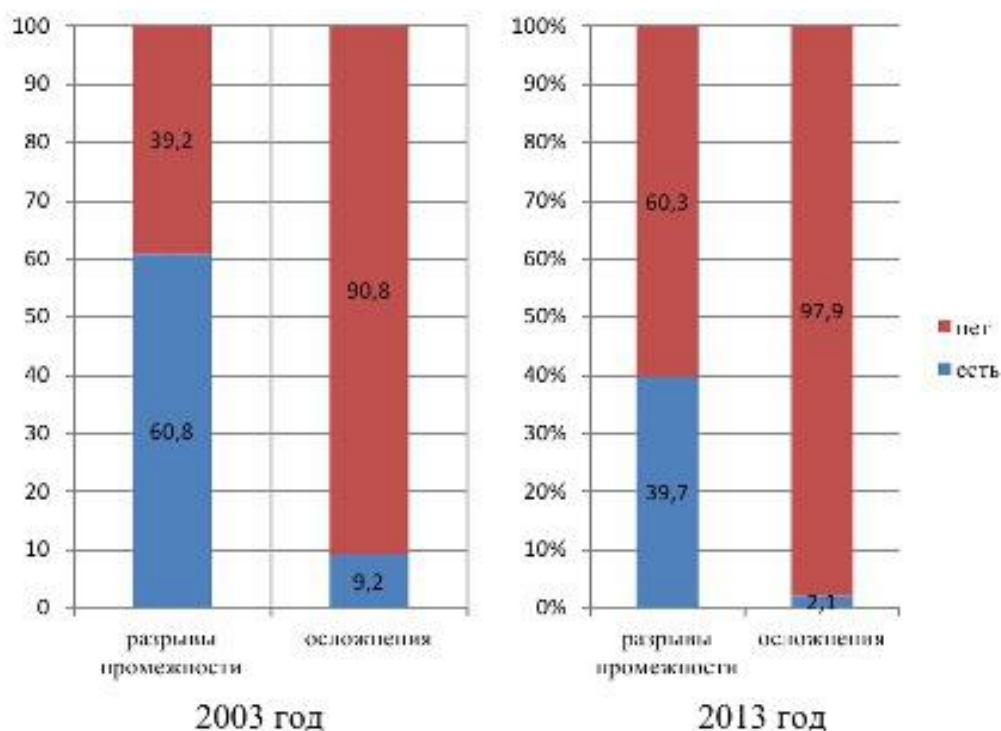


Рисунок 24- Медико-социальная эффективность при ведении нормальных родов в 2003 и 2013 годах

Таким образом, изменение тактики ведения нормальных родов в Казахстане с внедрением клинических протоколов позволило уменьшить число травм промежности и эпизиотомии, осложнений в родах, сократить длительность пребывания роженицы в отделении. Минимальное вмешательство медиков в течение нормальных родов увеличило среднюю продолжительность родов, однако благоприятно отразилось на исходах для матери. Новые подходы к ведению физиологических родов, основанные на доказательной медицине, повлияли не только на медико-социальную, но и на экономическую эффективность.

3.5 Оценка экономической эффективности внедрения протокола диагностики и лечения по ведению физиологических родов в Казахстане

Современное состояние системы здравоохранения требует от лиц, принимающих решения внедрения новых технологий, позволяющих оптимизировать затраты и повысить экономическую эффективность. Протоколы диагностики и лечения, как предполагается, должны стать важным инструментом на пути повышения качества медицинской помощи, предоставляя возможность использовать наилучшую с точки зрения медико-социальной и экономической эффективности, тактику.

Как уже было сказано выше, тактика ведения родов до и после внедрения протоколов диагностики и лечения заметно отличалась. Основными отличиями, которые могли отразиться на экономической эффективности являлись:

изменения длительности пребывания пациентки в родильном доме, акушерские и перинатальные исходы, количество лекарственных средств и диагностических мероприятий, используемых при ведении родов.

Проведенный нами ABC, VEN и частотный анализы позволили оценить экономическую эффективность новых технологий при осуществлении интранатального ухода в 2013 году, по сравнению с устаревшей тактикой активного ведения родов в 2003 году. Мы оценили основные различия в диагностике, лечении, и сравнили стоимость затрат при разных тактиках ведения родов (2003,2013 год) и при тактике, рекомендуемой протоколами, так как уже было отмечено выше, фактически полностью требования протоколов по диагностике и лечению выполняются не всегда.

Экономический анализ диагностических исследований при физиологических родах.

Нами проведен анализ затрат на диагностику при нормальных родах, представленный в Таблице 19.

Таблица 19 -VEN, частотный анализ условных затрат на диагностические мероприятия при физиологических родах в 2003 году

Название	VEN анализ	Стоимость (по тарификатору)	Частота использования в историях	Условная общая стоимость (тенге)	Доля от общих затрат на диагностику
ОАК	N	590,14	375	442605	36,8
ОАМ	N	244,85	375	183637,5	15,3
Мазок на степень чистоты	N	383,52	360	276134,4	23
УЗИ	N	815,20	14	11412,8	0,9
Коагулограмма	N	2745,20	45	123534	10,3
Биохимический анализ крови	N	2732,51	59	161218,09	13,45
Анализ мочи по Зимницкому	N	198,98	9	1790,82	0,15
Анализ мочи по Печипоренко	N	337,26	4	1349,04	0,1
ИТОГО				1201681,65	100

Проведенный анализ выявил, что в 2003 году при ведении физиологических родов в качестве диагностических исследований применялись не целесообразные и рутинные исследования (группа N), не соответствующие доказательной практике: большая часть затрат приходилась на обще-клинические исследования (ОАК, ОАМ) и такие дорогостоящие, как коагулограмма и биохимические анализы. Современная практика интранатального ухода не предусматривает дополнительного обследования женщины в родах, так как предполагается, что во время беременности, женщины проходят весь необходимый перечень обследований, и динамика

показателей крови, мочи, мазка контролируются регулярно при каждом посещении врача, наблюдающему беременность, и при поступлении в учреждение родовспоможения, в данных анализах отпадает необходимость. К сожалению, рутинное обследование женщины в родах проводится и в настоящее время, несмотря на внедрение протоколов. В таблице представлен VEN и частотный анализ затрат на диагностические исследования в 2013 году:

Таблица 20 - VEN, частотный анализ затрат на диагностические мероприятия при физиологических родах в 2013 году

Название	VEN анализ	Стоимость (по тарификатору)	Частота использования в историях	Общая стоимость (тенге)	%
ОАК	N	590,14	379	447326,1	42,8
ОАМ	N	244,85	379	185596,3	17,8
Мазок на степень чистоты	N	383,52	379	290708,2	27,8
КТГ	N	991,03	94	93156,82	8,9
УЗИ	N	815,20	17	13858,4	1,3
Коагулограмма	N	2745,20	3	8235,6	0,8
Биохимический анализ крови	N	2732,51	2	5465,02	0,5
Анализ мочи по Зимницкому	N	198,98	2	397,96	0,02
Консультация терапевта	N	776,50	1	776,5	0,05
Консультация ЛОР врача	N	692,44	1	692,44	0,04
ИТОГО				1046213	100

В 2013 году больше всего затрачено на обще-клинические исследования (Группа N): общий анализ крови, мочи, мазок на степень чистоты, причем данные исследования проводятся женщине дважды: при поступлении и при выписке из стационара. Изменение структуры затрат на диагностические исследования при физиологических родах в 2003 и в 2013 годах представлено на диаграмме (Рисунок 25):

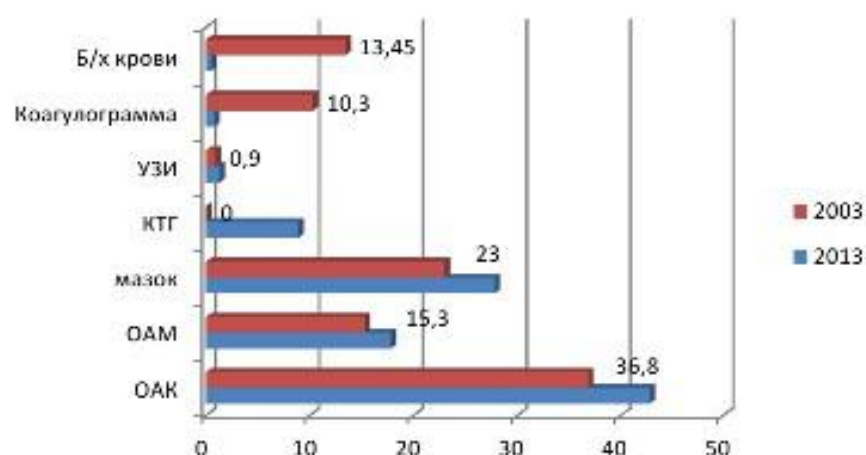


Рисунок 25 - Распределение затрат на диагностические исследования при физиологических родах в 2003 и 2013 годах

Как представлено на рисунке 25, за последние 10 лет структура затрат на диагностические исследования изменилась: меньше средств стало затрачиваться на биохимические исследования и коагулограмму, но больше на УЗИ и КТГ, которые не предусмотрены требованиями протоколов диагностики и лечения. Согласно протоколам, единственным исследованием, которое должно быть проведено роженице является определение группы крови и резус-фактора. В Таблице 22 представлены условные затраты на диагностику при строгом соблюдении протоколов.

Таблица 21 - VEN, частотный анализ условных затрат на диагностические мероприятия при физиологических родах при соблюдении протоколов диагностики и лечения

Название	VEN анализ	Стоимость (по тарификатору)	Общая стоимость (тенге)
Определение группы крови	V	456,79	173580,2
Резус-фактор	V	402,10	152798
ИТОГО			326378,2

Сравнительный анализ суммарной условной стоимости затрат на диагностические исследования при физиологических родах представлены в Таблице 22:

Таблица 22 - Итоговая условная стоимость затрат на диагностические исследования при физиологических родах

Стоимость	2003 г	2013 г.	Протокол диагностики и лечения
Условная стоимость затрат, в тенге	1201681,65	1046213	326378,2

Результаты проведенного анализа позволили установить, что условная стоимость затрат на диагностику в 2003 г. превышает таковую при соблюдении требований протокола в 3,7 раз, в 2013 г.- в 1,1 раз.

Наиболее затратной по стоимости на диагностические исследования является тактика активного ведения физиологических родов, применявшаяся до внедрения протоколов диагностики и лечения в 2003 г, в связи с наличием большого числа рутинных исследований, а также наиболее дорогостоящих - коагулограммы и биохимического анализа.

Внедрение протоколов диагностики и лечения, к сожалению, не привело к значительному повышению экономической эффективности, в связи с не соблюдением требованием протокола по диагностике в 2013 году, обусловленным назначением рутинных исследований: обще-клинических анализов, а также дорогостоящих исследований как КТГ и УЗИ, назначение которых не оправдано у женщин при физиологических родах при низком риске осложнений.

Внедрение протоколов изменило не только перечень диагностических исследований, но и лекарственную терапию.

Экономический анализ лекарственной терапии при физиологических родах.

Как и для оценки экономической эффективности диагностических исследований, нами проведен анализ тактики лечения при физиологических родах в 2003 году (таблица 23), 2013 году (таблица 24), и при соблюдении протоколов диагностики и лечения (таблица 25).

Таблица 23 - VEN и частотный анализ лекарственной терапии при физиологических родах в 2003 году

Название ЛС	VEN анализ	Стоимость по прайсу	Упаковка, форма выпуска	Частота использования в историях, п	Общая стоимость	% затрат
1	2	3	4	5	6	7
Утеротонические средства						
Окситоцин	V	13,25	Амп., №10	376	5955,84	13,5
Препараты для лечения гипоксии плода, подготовки шейки матки к родам						
Триада Николаева	N	57,8	-	149	8612,2	39
ВГКФ	N	24,47		164	4013,08	18,12
Актовегин	N	842,17	амп №5	14	4715,2	10,6

Продолжение таблицы 23

1	2	3	4	5	6	7
Антибактериальные средства						
Гентамицин	N	9,14	Амп., №10	15	204,75	0,5
Пенициллин	N	14,04	Фл., №50	6	842,4	1,9
Ампициллин	N	28,38	Фл., №1	2	567,6	1,3
Линкомицин	N	16,76	Фл., №1	3	502,8	1,1
Цефазолин	N	55,85	Фл., №1	8	4468	10,1
Трихопол	N	5,4	Табл., №10	28	90,72	0,2
Спазмолитические средства, анальгетики						
Но-шпа	N	12,84	Табл., №20	30	57,6	0,1
Дротаверин	N	14,57	Амп., № 25	49	113,68	0,3
Папаверин	N	6,8	Амп., №10	39	53,04	0,1
Дибазол	N	10,15	Амп., №5	2	8,12	0,03
Платифиллин	N	9,58	Амп., №10	44	83,6	0,2
Эуфиллин	N	15,89	Амп., №5	39	247,26	0,6
Анальгин	N	72,35	Амп., №10	10	144,6	
Витамины						
Витамин Е	N	7,78	Амп., №10	11	8,58	0,02
Витамин С	N	7,83	Амп., №10	6	4,68	0,01
Витамин В1	N	9	Амп., №10	12	21,6	0,04
Витамин В6	N	6,02	Амп., №10	24	28,8	0,07
Витамин В12	N	4,29	Амп., №10	14	29,4	0,07
Фолиевая кислота	N	1,4	Табл., №50	6	1,44	0
Викасол	N	11,47	Амп., №1	5	57,35	0,1
Другие препараты						
Глюкоза	N	18,7	Амп., №10	9	33,66	0,07
Тержинап	N	136,18	Табл. var	2	27,2	0,06
Аспирин	N	4,29	Амп., №10	9	3,6	0,08
Нистатин	N	3,06	Табл №20	21	37,8	0,09
Валериана	N	39,97	Табл. №50	36	341,28	0,7
Рибоксин	N	1300	амп №10	68	31,28	0,07
Димедрол	N	4,78	Амп., №10	11	11	0,03
Курантил	N	8,74	Табл №25	49	257,25	0,6
Гишпрал	N	24,25	Табл., №20	2	14,52	0,04
ИТОГО					28612,01	100

Таблица 24 - ABC анализ лекарственной терапии при физиологических родах в 2003 году

ABC-анализ	Наименование ЛС	Группа препаратов (VEN)
Группа А – 81,2 %	Триада Николаева -39%	N
	ВГКФ- 18,12%	N
	Окситоцин – 13,5%	V
	Актовегин -10,6%	N
Группа В - 14,4%	Цефазолин- 10,1%	N
	Пенициллин -1,9%	N
	Ампициллин-1,3%	N
	Линкомицин 1,1%	N
Группа С – 4,4%	оставшиеся препараты	N

Таблица 25 - ABC, VEN и частотный анализ лекарственной терапии при физиологических родах в 2013 году

Название	VEN анализ	Стоимость по прайсу	Упаковка, форма выпуска	Сколько историй	Общая стоимость	%	ABC анализ
Окситоцин	V	13,25	Амп., №10	367	968,88	98,5%	A
Анальгин	N	72,35	Амп., №10	5	14,46	1,5%	B
ИТОГО					983,34	100%	

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в 2003 г. роженице даже при физиологических родах назначалось большое количество препаратов, большинство из которых относятся к группе N согласно VEN анализу. Из 4 препаратов, относящихся к затратной группе «А», только Окситоцин относится к «жизненно-важным», то есть группе «V» согласно VEN анализу, все остальные – не имеют доказательств эффективности и применялись рутинно при ведении физиологических родов. Так, например, препарат Актовегин, вошел в группу затрат «А» в связи с его высокой стоимостью, триада Николаева и ВГКФ отнесены к данной группе, в связи с тем, что назначались большинству пациенток (39,6% и 43,6% соответственно).

В группу В затрат вошли антибиотики, профилактическое назначение которых имело место при раннем или дородовом разрыве плодных оболочек,

подозрении на инфекции, кольпитах и прочее, что в современной медицинской практике не нашло подтверждения эффективности.

Внедрение безопасного материнства и протоколов диагностики и лечения изменило подходы к лекарственной терапии, что подтвердили результаты анализа лечения в 2013 году (таблица 26).

Таблица 26 - VEN, частотный анализ условных затрат на лекарственные средства при физиологических родах при соблюдении протоколов диагностики и лечения

Название	VEN анализ	Стоимость (по тарификатору)	Общая стоимость (тенге)
Окситоцин 10 ЕД= 2 амп.	V	13,25	503,5
ИТОГО			1007

В качестве лекарственной терапии в родах у 11 женщин (2,8%) была использована эпидуральная анестезия, стоимость которой по тарификатору медицинских услуг составила 2 273,80 тенге, однако следует отметить, что Эпидуральная анестезия используется в акушерстве при физиологических родах по желанию роженицы и не включена в протокол диагностики и лечения. В то же время, это наиболее затратный метод для категории расходов в 2013 году, и редко назначаемый (2,8 %), поэтому согласно методике проведения анализа, данный метод исключен из списка анализируемых препаратов.

Как видно из таблицы 25, практически во всех историях единственным препаратом, назначаемым при физиологических родах, являлся окситоцин, что соответствует требованиям протоколов диагностики и лечения и согласуется с доказательной медициной.

Проведенный анализ лекарственной терапии при физиологических родах в 2003 и 2013 годах выявил, что в 2003 году имела место полипрагмазия, когда даже при физиологических родах, роженице назначались триада Николасва и ВГКФ, что суммарно составляло не менее 10 лекарственных средств одновременно, а также спазмолитические и обезболивающие препараты, витамины, и необоснованная антибиотикопрофилактика.

Получается, что в среднем одна роженица получала от 10 до 17 препаратов и более. В то время как с распространением доказательной медицины стало известно, что единственным обоснованным назначением при нормальных родах является окситоцин в количестве 10 ЕД внутримышечно, что отражено в казахстанских протоколах по ведению физиологических родов.

На рисунке 26 представлены структура и уровень расходов на лекарственную терапию при физиологических родах в 2003 и 2013 годах.

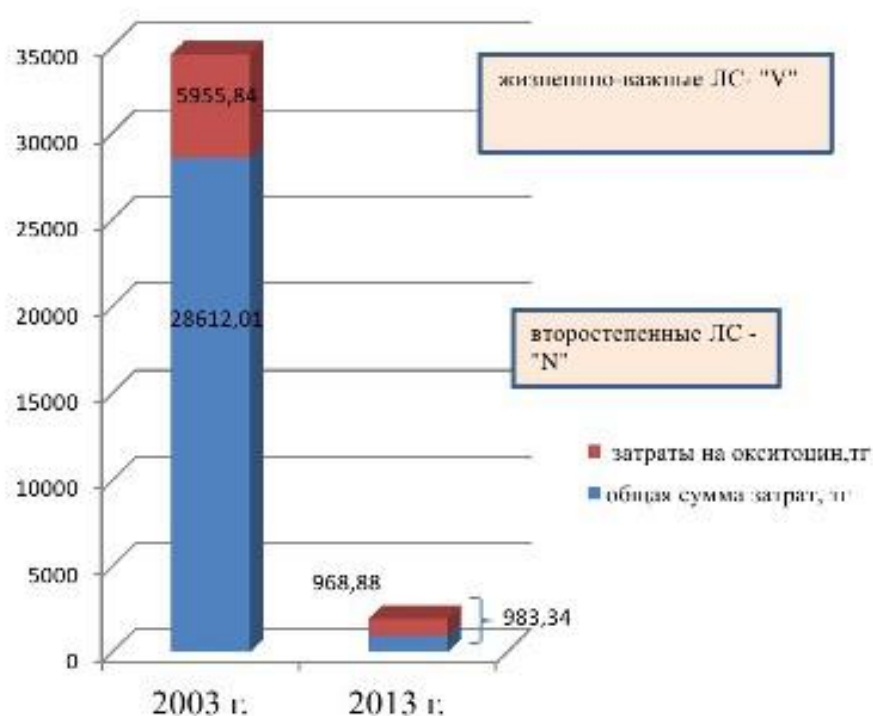


Рисунок 26 - Расходы на лекарственную терапию при физиологических родах в 2003 и 2013 годах

В случае, если бы во всех изучаемых историях родов были соблюдены требования протоколов диагностики и лечения, затраты на лечение были бы в пределах, указанных в таблице 27, в которой представлен сравнительный анализ суммарной условной стоимости затрат на лекарственные средства при физиологических родах.

Таблица 27 - Итоговая условная стоимость затрат на лекарственные средства при физиологических родах

Стоимость	2003 г.	2013 г.	Протокол диагностики и лечения
Условная стоимость затрат, тенге	28612,01	983,34	1007

Таким образом, условная стоимость затрат на лечение в 2003 году превышает таковую при соблюдении требований протокола в 28,4 раз. Выраженный экономический эффект от внедрения протоколов диагностики и лечения заключается в исключении полипрагмазии.

Данная часть исследования позволила определить, что существовавшая десятилетиями тактика активного вмешательства в процесс родов даже у

женщин низкой группы риска, большое число рутинных процедур, анализов и инструментальных методов исследований, десятки препаратов, назначаемых роженице в процессе родов доказали свою неэффективность с распространением доказательной медицины. Современные казахстанские протоколы диагностики и лечения по ведению физиологических родов разработаны с учетом рекомендаций ВОЗ по интранатальному уходу и соответствуют принципам доказательной практики. Результаты анкетирования показали, что большинство опрошенных врачей акушеров-гинекологов и акушерок используют в работе протоколы диагностики и лечения регулярно, при этом сами протоколы доступны в ежедневной работе в распечатанном виде. В тоже время, фактически требования протоколов выполняются не всегда: часть опрошенных респондентов указали на использование доказано-неэффективной практики: очистительной клизмы, бритья промежности, амниотомии, присма Кристеллера.

Результаты проведенного ретроспективного аудита выявили, что при ведении физиологических родов продолжают рутинно назначаться общеклинические методы исследования, дорогостоящие КТГ, УЗИ, и отмечается низкая приверженность врачей требованиям протоколов по диагностике. При назначении лекарственных средств, требования протоколов в большинстве случаев соблюдаются: в качестве утеротонического препарата назначается Окситоцин в третьем периоде родов.

Распространение безопасного материнства и внедрение протоколов диагностики и лечения при ведении физиологических родов позволили повысить медико-социальную эффективность, что проявляется в сокращении средней длительности пребывания родильницы в стационаре с 5,9 до 4,2 койко-дней, уменьшении числа разрывов промежности и эпизиотомии с 60,8% до 9,2 %, снижении числа осложнений в родах с 38,7 до 2,1 % при сравнении результатов выхаживания за 2013 и 2003 годы соответственно. Новая тактика эффективного интранатального ухода также более экономически выгодна: соблюдение требований протоколов диагностики и лечения позволило бы сократить расходы на диагностику в среднем в 3,7 раз, лечения - в 28,4 раз.

4 СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С САЛЬПИНГИТАМИ И ООФОРИТАМИ

4.1 Анализ протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит»

Как уже говорилось выше, воспалительные заболевания органов малого таза, включающие сальпингиты и оофориты, относятся к группе так называемых заболеваний, «чувствительных к ПМСП и амбулаторной помощи». В этой связи, правильная тактика ведения пациенток с этим диагнозом – залог предупреждения госпитализаций и тяжелых осложнений. Разработанные с учетом принципов доказательной медицины, протоколы диагностики и лечения создаются с целью обеспечения качественного и адекватного лечения. Несмотря на повсеместное внедрение и использование последних, до сих пор сложной задачей остается обеспечение приверженности врачей их требованиям. Так, одно из последних когортных исследований Crittle KN, Peipert JF (2014), посвященных данной проблеме, с участием 112 пациенток, проведенное The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Центрами по контролю и профилактике заболеваний. (США), выявило низкую приверженность врачей требованиям протоколов при ведении пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в том числе сальпингитами, оофоритами (менее трети врачей соблюдали рекомендации) [125]. В данной главе рассматриваются такие вопросы как, приверженность врачей требованиям протоколов «Сальпингит, оофорит» и их медико-социальная и экономическая эффективность.

Протокол диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит» был разработан и утвержден в 2007 году, для стационаров гинекологического профиля. С момента разработки в 2007 году, повторного обновления и пересмотра данного протокола не проводилось.

В таблице 28 приведен анализ тактики ведения пациенток с сальпингитами, оофоритами в РК с позиции доказательной медицины.

Таблица 28 - Анализ тактики ведения пациенток с сальпингитами, оофоритами в РК согласно протоколу диагностики и лечения с позиций доказательной медицины.

Тип вмешательства, в соответствии с требованиями П/Ц	Эффективность	Уровень доказательств	Источник информации
1	2	3	4
Основные диагностические исследования			
Определение концентрации С-реактивного белка крови.	эффективно	Уровень IV	[148]
Общий анализ мочи	Нет данных	-	-

Продолжение таблицы 28

1	2	3	4
Определение ХГЧ.	Нет данных	-	Используется для дифференциальной диагностики [73,94,108]
Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции	Эффективно	Уровень III	[149]
Мазок по Папаниколау	Нет данных	-	Используется для дифференциальной диагностики
Мазок на степень чистоты	Эффективно	Уровень IV	[150], [151]
Общий анализ крови	Эффективно	Уровень IV	[152]
Бактериологический посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам	Нет данных	-	-
3-х часовая термометрия	Нет данных	-	-
Дополнительные исследования			
ЭКГ	Нет данных	-	-
Коагулограмма	Нет данных	-	-
Биохимия крови	Нет данных	-	-
Лапароскопия	Эффективно	Уровень IV	[152]
УЗИ органов малого таза	Эффективно	Уровень IV	[153]
Анти HCV	Нет данных	-	-
HbsAg	Нет данных	-	-
Лечение			
Антибактериальная терапия			
Цефалоспорины 3-4 поколения, Макролиды Фторхинолоны Доксициклин Метронидазол Азитромицин	II	Сочетание препаратов в составе разных схем ЭФФЕКТИВНО О	[155-160]
Итраконазол	Нет данных	-	-
Декстран 60	Нет данных	-	-

Продолжение таблицы 28

1	2	3	4
Глюкоза раствор для инфузий	Нет данных	-	-
Кристаллоидные растворы	Нет данных	-	-
Аскорбиновая кислота	Нет данных	-	-
Флуконазол	Нет данных	-	-

Как показано в таблице 28, часть диагностических исследований, применяемых в рамках протоколов диагностики и лечения в РК, относится к III-IV уровню доказательств, большая же часть исследований, например назначение ЭКГ, коагулограммы, 3-часовой термометрии и пр. не нашла должного подтверждения эффективности при анализе источников информации по доказательной медицине. Что касается лечения, то антибактериальная терапия (перечень применяемых при данной нозологии антибактериальных препаратов) соответствует принятой международной практике и доказательной медицине, тогда как инфузионная терапия, согласно проведенному литературному анализу, не имеет четких доказательств эффективности, как и превентивное назначение противогрибковых средств.

В перечне диагностических критериев изучаемого протокола отмечено, что при сборе анамнеза и жалоб у пациентки могут быть выявлены двусторонняя боль внизу живота, дисфункциональные маточные кровотечения, лихорадка. В тоже время, среди лекарственных препаратов для лечения сальпингитов и оофоритов симптоматического лечения не предусмотрено.

Использование противовоспалительных препаратов, в частности НПВП, отражено в систематическом обзоре Dhasmana D et al. (2014) [161]. Для проведения данного систематического обзора было выбрано 43 исследования, однако полностью критериям отбора отвечали только 2, при этом оценка методологического качества выявила ряд недостатков, которые не позволили принять во внимание результаты данных исследований. В этой связи эмпирическое назначение НПВП с целью уменьшения болевых ощущений, улучшения проходимости маточных труб и предотвращения образования спаек, не нашло должной поддержки доказательствами, позволяющих подтвердить или опровергнуть эту теорию.

Для лечения дисфункциональных маточных кровотечений, как правило, используются НПВП, ингибиторы простагландинов, транексамовая кислота, комбинированные оральные контрацептивы и хирургическое лечение [162], однако эти препараты не предусмотрены требованиями казахстанских протоколов.

Таким образом, при анализе протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит» выявлено, что ряд диагностических исследований и лекарственных средств, используемых при лечении сальпингитов и оофоритов в РК в рамках данного протокола, не соответствуют доказательной медицинской практике. Но, несмотря на это, соблюдение протокола в РК

регламентировано соответствующими нормативно-правовыми актами и обязательно. В этой связи открытым остается вопрос, как относятся практикующие врачи к данным протоколам и насколько фактически соблюдаются их требования, с этой целью нами проведено анкетирование и ретроспективный аудит, результаты которых представлены ниже.

4.2 Результаты анализа анкетирования врачей по вопросам использования протоколов диагностики и лечения в гинекологии

В исследовании приняли участие 64 респондента: врачи гинекологических стационаров г.Алматы, резиденты, ассистенты кафедры «Акушерства и гинекологии» КазНМУ которые непосредственно проводят лечение пациенток с сальпингитами и оофоритами. Среди опрошенных врачей акушеров-гинекологов стационара преобладали женщины – 84,4% (n=54), тогда как мужчин- 15,6% (n=10). Распределение респондентов по возрасту представлено в таблице 29:

Таблица 29 - Распределение по возрасту акушеров-гинекологов стационаров

Возраст	n	%
24-30 лет	24	37,5
31-45 лет	30	46,9
46-58 лет	10	15,6
Итого	64	100,0

Как видно из таблицы 29, в общем объеме респондентов наибольшую долю составили врачи 31-45 лет.

Среди врачей, принимавших участие в анкетировании, преобладали специалисты со стажем работы от 6 до 10 лет (37,5%, n=24) и до 5 лет (31,5%, n=31,3%). Врачи без медицинской категории составили 37,5% (n=24) респондентов, с высшей категорией - 21,9% (n=14), первой и второй категории - по 18,8% (n=12), с третьей - наименьшее число респондентов - всего 3,1% (n=2).

Среди опрошенных врачей акушеров-гинекологов больше всего было выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (90,6 %, n=58), других ВУЗов (ГМУ г. Караганда, Семей) – около 9,4% (n=6).

Распределение врачей стационаров по наличию академической и ученой степени представлено на рисунке 27.

Как показано на рисунке 29, четверть респондентов имела ту или иную ученую степень, а, следовательно, опыт научной работы, что является весьма важным фактом при анализе отношения врачей к доказательной медицине.

Основной блок вопросов мы разделили на 3 части: первая – для оценки уровня использования доказательной медицины, вторая – для анализа отношения врачей к протоколам диагностики и лечения, третья – по определению степени приверженности врачей требованиям протокола «Сальпингит и оофорит».

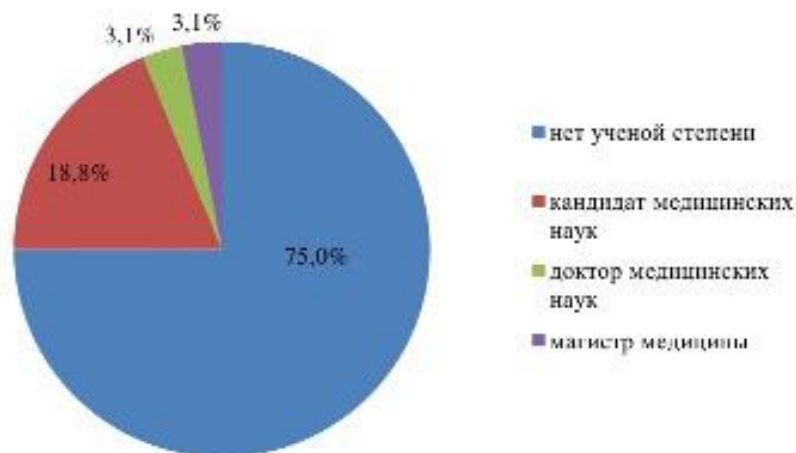


Рисунок 27 - распределение акушеров–гинекологов по наличию академической и ученой степени

Практически все опрошенные врачи акушеры-гинекологи стационаров на вопрос, читаете ли вы специализированную профессиональную литературу по акушерству и гинекологии, ответили положительно (96,9%, n=62), при этом больше половины респондентов (51,6%, n= 33, $\chi^2 = 33,125$ df =3 p<0, 001) читают профессиональную литературу регулярно (не реже чем 1 раз в неделю). В тоже время, около 30% врачей (n=19) отметили, что читают данную литературу редко (менее 1 раза в неделю) или только перед квалификационными экзаменами (15,6% n=10, $\chi^2 = 33,125$ df =3 p<0,001), что непосредственно оказывает влияние на их профессиональную подготовку и квалификацию.

Учитывая, что самые современные и актуальные данные по доказательной медицине публикуются в зарубежных изданиях на английском языке, важным является вопрос о том, какую именно литературу используют казахстанские врачи. Анализ результатов анкетирования выявил, что большинство врачей читают отечественную литературу на русском языке (31,1%, n=20, $\chi^2 = 33,125$ df=3 p<0,001), каждый четвертый из опрошенных предпочитает отечественную литературу на русском и казахском языках (25%, n= 16, $\chi^2 = 33,125$ df=3 p<0,001) (рисунок 28), что свидетельствует о том, что самые современные открытия и достижения в области медицины не доступны для большей части практикующих врачей и начинают использоваться на практике с большим опозданием.

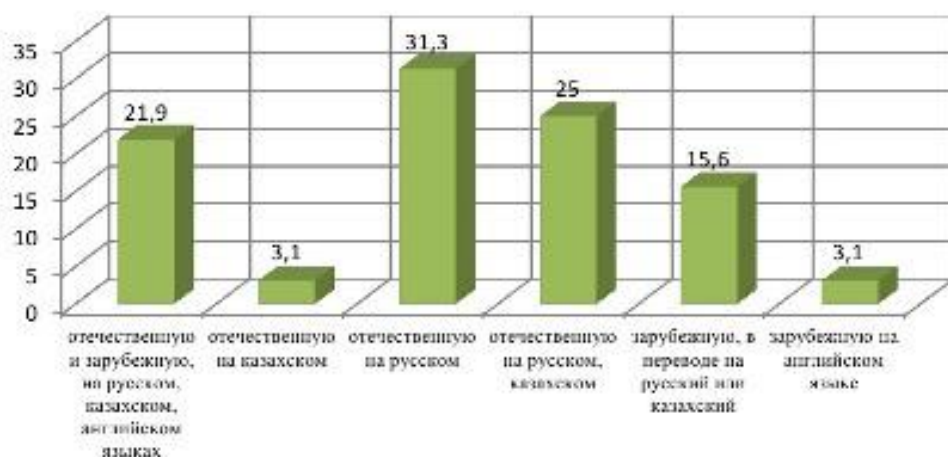


Рисунок 28 - Распределение ответов врачей акушеров-гинекологов стационаров на вопрос «Какую специализированную профессиональную литературу вы читаете?», в %

К сожалению, нельзя не отметить тот факт, что из 100% респондентов (n=64), ответивших на предыдущий вопрос положительно, только 28,1% (n=18) на следующий вопрос, предлагающий перечислить несколько наиболее интересных изданий (в том числе интернет источников) смогли указать не более чем по 1-2 издания. В списке отмеченных источников в основном, журналы «Акушерство и гинекология», «Акушерство, гинекология, перинатология», и интернет-ресурсы - Кохрановская библиотека, Elsevier и другое. Остальные же респонденты оставили данное поле незаполненным, что возможно говорит о том, что большинство врачей не имеют особых предпочтений к той или иной литературе и/или обращаются к ней крайне редко.

Доказательная медицина активно развивается в Казахстане на протяжении последнего десятилетия: проводятся семинары, тренинги, занятия по доказательной медицине включены в курсы повышения квалификации врачей и так далее. В этой связи, ожидаемыми были результаты ответов респондентов на вопрос, известно ли вам понятие доказательная медицина. Практически все врачи стационаров (96,9%, n=62, $\chi^2=56,25$ df =1 p<0,001) на данный вопрос ответили положительно.

Следующий блок вопросов был посвящен казахстанским стандартам диагностики и лечения. Согласно полученным результатам анкетирования, все 100 % врачей акушеров - гинекологов стационаров используют в работе протоколы диагностики и лечения, причем, более 81,3% (n=52, $\chi^2 = 25,0$ df =1 p<0,001) врачей акушеров-гинекологов стационаров обращаются к ним регулярно, остальные 18,8% (n=12 $\chi^2 = 25,0$ df =1 p<0,001) - по необходимости.

На вопрос, соответствуют ли протоколы диагностики и лечения МЗ РК принципам доказательной медицины, распределение ответов врачей было следующим (Таблица 30):

Таблица 30 - Распределение мнения врачей акушеров-гинекологов стационаров по вопросу соответствия протоколов диагностики и лечения принципам доказательной медицины

Категория	n	%	$\chi^2=6,323$ df =2	P=0,042
Не соответствуют	12	18,8		
Соответствуют частично	28	43,8		
Соответствуют полностью	22	34,4		
Нет ответа	2	3,1		
ИТОГО	64	100,0		

Исходя из таблицы 30, можно определить, что менее половины опрошенных врачей стационаров считают, что протоколы соответствуют принципам доказательной медицины только частично.

Одним из важных факторов эффективного использования принятых стандартов диагностики и лечения является их физическая доступность, что означает, что в нужный момент врач без труда и затрат времени сможет обратиться к содержанию протокола. С этой целью мы включили в анкетирование вопросы по доступности протоколов диагностики и лечения на рабочем месте. Большинство респондентов врачей акушеров-гинекологов (62,5 % , n=40, $\chi^2=27,875$ df =2 p<0,001) отметили, что протоколы доступны для них как в распечатанном, так и в электронном виде, 28,1% (n=18 $\chi^2=27,875$ df =2 p<0,001) – отметили, что данные протоколы в распечатанном виде хранятся в ординаторской, и около 9,4% (n=6 $\chi^2=27,875$ df =2 p<0,001)- в основном обращаются к электронному варианту данных протоколов. Никто из респондентов не ответил на вопрос о доступности протоколов отрицательно, а, следовательно, для врачей стационаров протоколы диагностики и лечения физически доступны.

Эффективность использования стандартов диагностики и лечения, как известно, зависит от внутренней политики качества медицинского учреждения. Результаты настоящего исследования позволили определить, что, соблюдение протоколов диагностики и лечения, в основном, регулярно контролируют внутренние аудиторы (65,6 % респондентов, n=42, $\chi^2=63,5$ df =3 p<0,001) , каждый четвертый из респондентов отмечает, что контроль осуществляется только при подготовке к аудитам, и около 6,3 % (n=4) ответили, что контроль соблюдения требований протоколов никем не проводится, и еще 3,1% (n=2) затруднились с ответом на данный вопрос.

Одним из самых важных вопросов, стоявших перед исследователями при проведении данной работы, был вопрос о том, насколько выполнимы и фактически соблюдаются требования казахстанских протоколов в гинекологии. На вопрос об использовании протоколов диагностики и лечения в ежедневной работе и возможности выполнять перечень лечебно-диагностических процедур

согласно данным стандартам, чуть более половины опрошенных врачей (53,1%, n=34) ответили положительно, остальные- 46,9% (n=28) - отрицательно ($\chi^2=2,25$ df =1 p.=0,134). Из числа ответивших отрицательно, в структуре причин невозможности следования требованиям протоколов, чаще всего отмечалось наличие индивидуальных особенностей течения заболевания – 53,6 % (n=15), (непереносимость лекарств, сопутствующее заболевание и прочее), в 28,6% (n=8) - отсутствие необходимого лекарственного препарата в отделении, и в 17,8 % (n=5) - не согласие с содержанием протокола, 2 из числа респондентов - затруднились с ответом. ($\chi^2=5,643$;df=3; p=0,06). Никто из опрошенных не связал невозможность следования протоколу с отсутствием необходимого оборудования в отделении, несоответствия срокам лечения, кратности введения препаратов и дозировками.

В целом, три четверти опрошенных врачей акушеров-гинекологов стационаров считают, что использование протоколов диагностики и лечения повышает качество медицинской помощи – 75% врачей (n=48, $\chi^2=18,645$ df =1 p<0,001), остальные - затруднились с ответом. Однако существует ряд объективных причин, ограничивающих использование стандартов диагностики и лечения в практическом здравоохранения, в числе которых были названы следующие факторы, представленные в таблице 31.

Таблица 31- Распределение ответов, на вопрос: «Что, по Вашему мнению, ограничивает использование протоколов диагностики и лечения в Казахстане?»

Категория	n	%	$\chi^2=36,138$ df =4	p<0,001
Сложность в понимании	12	18,8		
Недоступность материалов	4	6,3		
Отсутствие тренингов, подготовительных занятий	28	43,8		
Отсутствие диагностических ресурсов и аппаратуры	2	3,1		
Неполный охват всех нозологий	12	18,8		
Затрудняюсь с ответом	6	9,4		
ИТОГО	64	100,0		

Как следует из таблицы 31, отсутствие тренингов и подготовительных занятий для врачей акушеров - гинекологов стационара является наиболее частой причиной, по которой протоколы не используются на практике, далее следуют – сложность в понимании и неполный охват всех нозологий.

В качестве мер для улучшения использования протоколов в практическом здравоохранении 37,5% респондентов (n=24) предложили усиление контроля использования протоколов, 34,4% (n=22) - регулярное обновление, и 28,1% - постоянное обучение и информирование врачей (n=18, $\chi^2=0,875$; df =2, p=0,646-разница статистически не значима).

На вопрос, что предпочтительнее для респондента в большей степени при лечении пациенток, больше половины все опрошенных (59,4%, n=38) считают, что применение индивидуальных схем лечения для них было бы предпочтительнее использования протоколов, 40,6% (n=26 $\chi^2=2,25$ df =1, p=0,134, разница статистически не значима) выбрали лечение на основе протоколов.

В следующем блоке вопросов мы оценили практику ведения пациенток с сальпингитами и оофоритами по вопросам назначения диагностических исследований и лекарственных препаратов. Результаты анкетирования по вопросам диагностики представлены на рисунке 29.

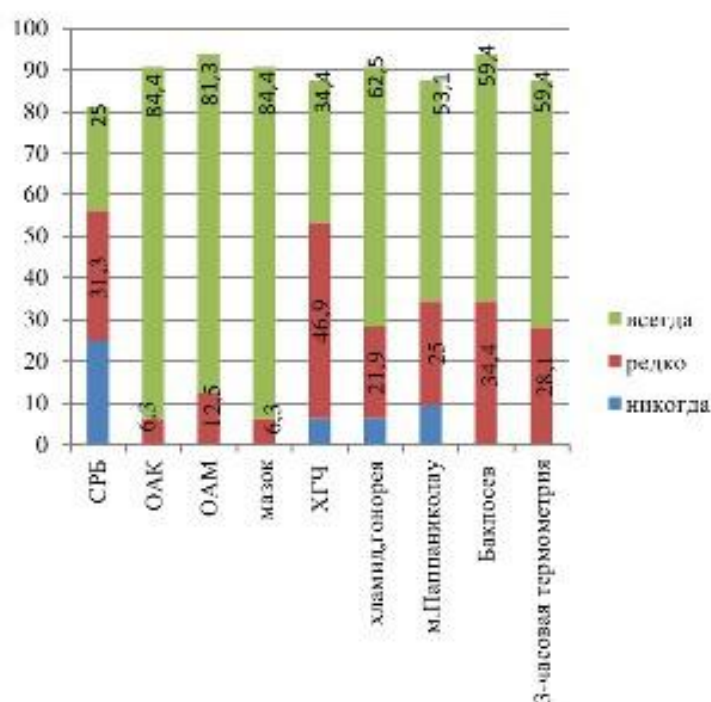


Рисунок 29 - Анализ анкетирования врачей стационаров по вопросу соблюдения перечня основных диагностических мероприятий согласно протоколам диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит» (в %)

Как видно из представленной диаграммы, анкетирование врачей показало, что из основных диагностических мероприятий, предусмотренных протоколом диагностики и лечения, практически всегда назначаются общеклинические анализы: крови, мочи, мазка на степень чистоты, а также обследование на хламидии и гонорею, бактериологический посев из цервикального канала, мазок по Панпанниколу и трехчасовая термометрия. В то время как, приведенные в перечне основных мероприятий в протоколе «Сальпингит и оофорит», определение С-реактивного белка, ХГЧ назначаются редко или не определяются совсем. На следующем рисунке 30 представлен

анализ перечня дополнительных диагностических исследований при сальпингитах и оофоритах.

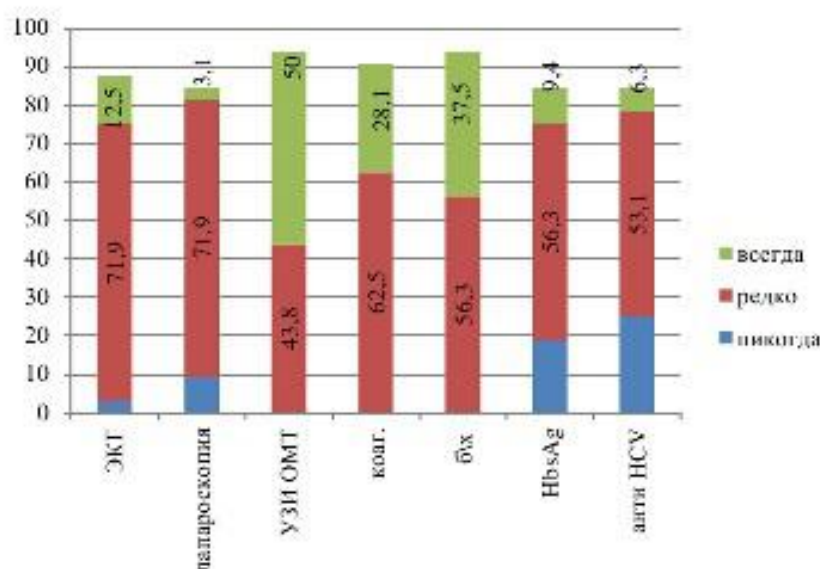


Рисунок 30 - Анализ анкетирования врачей стационаров по вопросу соблюдения перечня дополнительных диагностических мероприятий согласно протоколу диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит» (в %)

Как следует из рисунка 30, из перечня дополнительных исследований наиболее часто назначаются - УЗИ органов малого таза, коагулограмма и биохимический анализ крови, наименее редко или никогда - ЭКГ, лапароскопия, определение HbsAg, антиHCV.

При анализе тактики ведения пациенток с сальпингитом, оофоритом, выявлено, что большая часть опрошенных врачей (84,4%, n=54, $\chi^2 = 30,25$; df=1, p<0,001) выбрали антибактериальную, инфузионную, десенсибилизирующую, противогрибковую терапию, что соответствует требованиям протоколов. Кроме того, 82,8% (n=53, $\chi^2 = 15,302$, p=0,002) опрошенных врачей выбрали из предложенных в анкете, схемы антибактериальной терапии в соответствии с действующими протоколами.

Резюмируя результаты проведенного анкетирования врачей акушеров-гинекологов стационаров, можно заключить, что все опрошенные врачи акушеры-гинекологи стационаров сталкивались с понятием доказательная медицина. Однако основными источниками знаний для врачей остаются отечественные издания на русском и казахском языках, что говорит о недоступности самых актуальных и современных фактов и доказательств для гинекологов. Результаты анкетирования показали, что практически все опрошенные врачи используют в работе протоколы диагностики и лечения. При этом последние доступны в ежедневной работе в распечатанном и электронном виде и соблюдение их требований контролируется внутренними

аудиторами. Ограничивает применение стандартов диагностики и лечения, по мнению врачей, отсутствие тренингов и подготовительных занятий, а, следовательно, в качестве мер по улучшению использования протоколов, большинство респондентов предложили усиление контроля за использованием протоколов, регулярное обновление, а также обучение и информирование врачей.

Анализ анкетирования врачей стационаров по вопросам соблюдения требований протокола «Сальпингит и оофорит» по диагностике и лечению, показал, что не все основные диагностические мероприятия, перечисленные в протоколе фактически выполняются, например, редко практикуется назначение С-реактивного белка, ХГЧ крови, которые имеют большое значение при постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза. При назначении лекарственных препаратов, врачи используют в основном схемы, соответствующие протоколам.

Несмотря на большую информативность, анкетирование во многом определило субъективную оценку практики использования протоколов, тогда как для получения более полной информации по вопросам фактического использования протоколов диагностики и лечения и приверженности их требованиям, нами был проведен ретроспективный аудит.

4.3 Ретроспективный аудит соответствия тактики ведения пациенток при сальпингитах и оофоритах требованиям протоколов диагностики и лечения

Для проведения ретроспективного аудита нами методом случайного обора была выбрана 271 история болезни стационарного больного. Для проведения статистической обработки и корреляционного анализа в частности, помимо оценки соответствия требованиям протоколов по диагностике и лечению, в карту мониторинга были включены точки клинической (медико-социальной) эффективности: число койко-дней, наличие осложнений и исходы заболевания.

Согласно проведенному аудиту, среднее число койко-дней у пациенток сальпингитами, оофоритами в 2013 году, составило 6,1 (St Dev 1,2). Число осложнений (необходимость оперативного лечения, пельвиоперитонит) составило 4,4% (n=12, ДИ 2,6-7,6), исходы заболевания представлены в таблице 32.

При ведении пациенток с сальпингитами/оофоритами частичное соответствие требованиям протоколов по диагностике заболеваний составило 85,2 % (n=231; ДИ 80,5-89), несоответствие- 14,8% (n=40; ДИ 11,0-19,5), тогда как полного соответствия требованиям протоколов не найдено. Полное несоответствие требованиям протоколов по диагностике интерпретировалось нами в случае назначения методов диагностики, не относящихся к основному заболеванию (УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии легких, обследовании на гормональный статус, УЗИ щитовидной железы и прочее), а

также в том случае, если являющиеся основными исследования на С-реактивный белок и ХГЧ не проводилось. Более детальное описание результатов ретроспективного аудита по диагностике представлено в таблице 33.

Таблица 32 - Результаты ретроспективного аудита «Сальпингитов, оофоритов» 2013 г.: исходы заболевания

Год	Исход заболевания								
	Без изменений			Улучшение			Выздоровление		
	N	%	95%ДИ	N	%	95%ДИ	N	%	95%ДИ
2013	3	1,1	0,4-3,2	268	98,9	96,8-99,6	0	0	-

Таблица 33- Соответствие ПДЛ «Сальпингит, оофорит» по диагностике в 2013 г.

Категория	Частота	Процент	95%ДИ
Полное соответствие	0	0	0
Частичное соответствие	231	85,2	80,5-89,0
Не соответствие	40	14,8	11,0-19,5
Итого	271	100,0	-

Как и в случае с диагностикой, при оценке соответствия лечения было обнаружено, что полного соответствия назначаемых лекарственных препаратов требованиям протоколов не выявлено, тогда как в большинстве случаев имело место частичное соответствие требованиям протоколов (73,1%; n=198; ДИ 67,5-78,0), не соответствие отмечено в 26,9% историй (n=26,9; ДИ 22,0-32,5). Подробное описание результатов аудита по лечению представлено в таблице 34:

Таблица 34- Соответствие ПДЛ «Сальпингит, оофорит» по лечению в 2013 г.

Категория	Частота	Процент	95%ДИ
Полное соответствие	0	0	0
Частичное соответствие	198	73,1	67,5-78,0
Не соответствие	73	26,9	22,0-32,5
Итого	271	100,0	-

Как выявили результаты проведенного аудита, не соответствие проводимого лечения требованиям протоколов связано с назначением НПВП (кетонал, диклофенак, кетанов и пр.), обезболивающих - (анальгин, димедрол и пр.), спазмолитических препаратов - но-шпа, пле-спа и др., витаминов В1, В6, В12, а также не соответствие применяемых схем антибактериальной терапии и использование физиотерапевтических методов лечения, которые не включены в принятый стандарт диагностики и лечения.

При определении взаимосвязи между соответствием протоколам диагностики и лечения по диагностическим исследованиям и риском возникновения осложнений выявлена статистически значимая прямая слабая связь ($\Phi = 0,163$; $p = 0,007$. Отношение Шансов = 4,571 (95%ДИ 1,375-15,203), из чего следует, что шанс развития осложнений при не соблюдении протоколов возрастает в 4,5 раза, чем при его соблюдении, в то время как статистически значимой взаимосвязи между соответствием протоколам по диагностике и исходам в 2013 году нами обнаружено не было (Тай-в критерий Кендала = -0,155; $p = 0,194$).

При оценке взаимосвязи между следованием протоколам диагностики и лечения по лекарственной терапии и наличием осложнений также была выявлена статистически значимая прямая слабая связь ($\Phi = 0,274$; $p < 0,001$. ОШ = 15,556 (95%ДИ 3,320-72,887), следовательно, шанс развития осложнений при не соблюдении протоколов возрастает в 15,6 раз, чем при его соблюдении. Однако, как показал статистический анализ, взаимосвязи между исходами заболевания и соответствия лечения протоколам нет. (Тай-в критерий Кендала = -0,015; $p = 0,815$).

Таким образом, практика ведения пациенток «Сальпингитом и оофоритом» не совпадает с требованиями протоколов диагностики и лечения. Не соответствие связано как с несоблюдением диагностических мероприятий, так и медикаментозного лечения.

Исследование выявило, что при ведении пациенток с сальпингитами и оофоритами часто используются методы и медикаменты, не относящиеся к доказательной практике.

Проведенный анализ позволил выявить статистически значимую прямую слабую связь между не следованием протоколу по диагностике и лечению и вероятностью возникновения осложнений при ведении пациентки с сальпингитами/оофоритами, что означает, что строгое соответствие требованиям протоколов могло бы предотвратить развитие осложнений заболевания (пельвиоперитонит, оперативное лечение и пр.), а следовательно, повысить медико-социальную эффективность. Оценка медико-социальной эффективности протокола диагностики и лечения приведена ниже.

4.4 Оценка медико-социальной эффективности внедрения протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит»

Для определения Медико-социальной эффективности ПДЛ «Сальпингит, оофорит» были выбраны следующие точки клинической эффективности:

- Среднее число койко-дней.
- Наличие/отсутствие осложнений (пневмоперитонит, показания к экстренной операции и пр.)
- Исходы заболевания (без изменений, улучшение, ухудшение, выздоровление, смерть).

В результате проведенного анализа, нами были получены следующие данные.

Среднее число койко-дней у женщин с сальпингитом/оофоритом в 2003 г составило 6,7 дня (St Dev 1,3), в 2013 г.- 6,1 (St Dev 1,2). Разницу определили по критерию Стьюдента для двух независимых выборок: t-критерий Стьюдента = 4,886, df = 535, p<0,001, из чего следует, что разница статистически значима.

Для оценки медико-социальной эффективности мы провели анализ частоты осложнений в исследуемых группах и корреляционный анализ, представленный в таблицах 35-37:

Таблица 35 - Частота осложнений при сальпингитах и оофоритах в 2003, 2013 годах

Год	Отсутствие осложнений	%ДИ	Наличие осложнений	%ДИ
2003	262	98,1 (95,7-99,2)	5	1,9 (0,8-4,3)
2013	259	95,6 (92,4-97,4)	12	4,4(2,6-7,6)

Таблица 36 - Оценка статистической достоверности частоты осложнений при сальпингитах и оофоритах в 2003, 2013 годах

Год		Отсутствие осложнений	Наличие осложнений	χ^2 Пирсона = 2,8; df = 1; p = 0,090
2003	Частота	262	5	
	Ожидаемая частота	258,6	8,4	
2013	Частота	259	12	
	Ожидаемая частота	262,4	8,6	
Итого	Частота	521	17	
	Ожидаемая частота	521,0	17,0	

Как следует из таблицы, статистически значимых различий в частоте осложнений в 2003 и 2013 году нет.

В следующей таблице представлены исходы заболевания сальпингит и оофорит.

Таблица 37 - Исходы заболевания сальпингитом и оофоритом в 2003, 2013 годах

Год	Исходы заболевания					
	Без изменений	% (ДИ)	Улучшение	%(ДИ)	Выздоровление	%(ДИ)
2003	3	1,1%(0,4-3,3)	261	97,8(95,2-99,0)	3	1,1(0,4-3,3)
2013	3	1,1% (0,4-3,2)	268	98,9 (96,8-99,6)	0	0

Для проверки статистической достоверности использовался Тау-с критерий Кендала, результаты данного анализа представлены в таблице 38:

Таблица 38 Оценка статистической достоверности частоты различных исходов при сальпингитах и оофоритах в 2003,2013 годах

Год		Исходы заболевания сальпингит и оофорит			Итого	Тау-с критерий Кендала = 0,011; p = 0,323
		без изменений	улучшение	выздоровление		
2003	Частота	3	261	3	267	
	Ожидаемая частота	3,0	262,5	1,5	267,0	
2013	Частота	3	268	0	271	
	Ожидаемая частота	3,0	266,5	1,5	271,0	
Итого	Частота	6	529	3	538	
	Ожидаемая частота	6,0	529,0	3,0	538,0	

Как следует из таблицы, статистически значимых различий в частоте исходов в 2003 и 2013 году не выявлено.

Итак, оценка медико-социальной эффективности показала, что результаты лечения: наличие осложнений, исходы заболевания в 2003 и 2013 годах, то есть до и после внедрения протоколов диагностики и лечения, отличаются не значительно. Статистически значимая разница выявлена только в среднем числе койко-дней: в 2013 году число койко-дней по сравнению с 2003 г. сократилось на 0,6.

Возможно, что отсутствие выраженной медико-социальной эффективности могло быть связано с низкой приверженностью врачей требованиям протоколов, о которой говорилось выше, когда в каждом четвертом случае в 2013 году отмечено полное несоответствие требования протоколов. Это

подтверждается проведенным корреляционным анализом, который показал, что соблюдение требований протокола по диагностике и лечению сальпингитов и оофоритов, могло бы привести к лучшим результатам по риску развития осложнений (например, развитие пельвиоперитонита, показаний к экстренной операции и прочее), хотя на исходах заболеваний (улучшение, без изменений, выздоровление) это значительно бы не отразилось.

Такая незначительная разница в точках клинической эффективности объясняется также тем, что даже после внедрения протоколов диагностики и лечения, при ведении пациенток с сальпингитами и оофоритами используется та же практика, что и 10 лет назад. Так, для диагностики заболевания используются обще-клинические методы: ОАК, ОАМ, мазок на степень чистоты, а также дополнительные методы: бактериологический посев из цервикального канала, УЗИ ОМТ, УЗИ ОПБ и прочее, а в качестве медикаментозного лечения - до сих пор активно используются медикаменты, применение которых не имеет под собой доказательной базы, и их использование стало «традиционным», например, чередование внутримышечных инъекций витаминов. В 1 и В 6, использование ультразвука и электрофореза на область придатков матки и пр.

Следующим этапом нашего исследования являлось определение экономической эффективности, представленное ниже.

4.5 Оценка экономической эффективности протокола диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит»

Говоря об экономической эффективности диагностических исследований и лекарственных препаратов, нужно еще раз акцентировать внимание на то, что результаты ретроспективного аудита за 2013 год выявили низкую приверженность врачей требованиям протоколов диагностики и лечения, что могло повлиять на экономическую эффективность.

Как и в предыдущей главе, при проведении экономического анализа, мы опирались на ABC, VEN и частотный анализ, который проводили отдельно для диагностических исследований и для лекарственной терапии в 2003 и 2013 годах.

Для VEN анализа был использован формализованный метод, как уже описано в Главе Материалы и методы, при этом в группу V отнесены диагностические исследования, перечисленные в протоколе диагностики и лечения «Сальпингит, оофорит» как «основные диагностические исследования», в группу E- «дополнительные диагностические исследования», N- исследования, не входящие в протокол. Основные результаты представлены в таблицах 39, 40.

Исключены из анализа наиболее дорогостоящие методы диагностики: ЯМРТ (стоимость), экскреторная урография (4786,33 тенге), обследование на гепатит. В и С (5571,78 тенге), ПЦР на ИППП (10102,72 тенге).

Таблица 39 - VEN, частотный анализ диагностических мероприятий при Сальпингитах/оофоритах в 2003 году

VEN анализ	Вид диагностического исследования	Стоимость (по тарификатору) («Условная» стоимость*)	Частота назначений по историям болезни, п	Общая стоимость (тенге) («условные» затраты*)	% от общих затрат
V	ОАК	590,14	268	316315	23,5
V	ОАМ	244,85	268	131239,6	9,8
V	Мазок на степень чистоты	383,52	268	205566,7	15,3
N	Реакция Вассерман	533,56	247	131789,3	9,8
N	ВИЧ	2976,42	12	35717,04	2,65
N	УЗИ почек	598,04	6	3588,24	0,3
N	УЗИ ОБП	1259,48	4	5037,92	0,4
E	Коагулограмма	2745,20	48	131769,6	9,8
E	Биохимический анализ крови	2732,51	12	32790,12	2,4
N	Анализ мочи по Нечипоренко	337,26	3	1011,78	0,07
V	Бактериологический посев из цервикального канала и чувствительность к антибиотикам	598,03	220	131566,6	9,8
N	УЗИ щитовидной железы	1163,70	2	2327,4	0,2
E	УЗИ ОМТ	1082,80	182	197069,6	14,7
N	Кровь на толстую каплю	621,50	3	1864,5	0,1
N	Группа крови	456,79	3	1370,37	0,1
V	Определение ХГЧ	890,59	4	3562,36	0,3
E	ЭКГ	396,05	4	1584,2	0,1
N	Прогестероновый тест	565,00	2	1130	0,08
N	Ирригоскопия	999,65	2	1999,3	0,1
N	Метросальпингография	1309,26	2	2618,52	0,2
N	Биопсия соскоба из полости матки	1056,21	4	4224,84	0,3
	ИТОГО			1344143	100%

Таблица 40 - VEN, частотный анализ диагностических мероприятий при Сальмондозах/оофоритах в 2013 году

VEN анализ	Вид диагностического исследования	Стоимость по тарификатору	Частота назначений по историям болезни, п	Стоимость в тенге	% от общих затрат
V	ОАК	590,14	268	316315,04	13,9
V	ОАМ	244,85	268	131239,6	5,8
V	Мазок на степень чистоты	383,52	268	205566,72	9
N	Реакция Вассермана	533,56	223	118983,88	5,2
N	ВИЧ	2976,42	251	747081,42	32,8
N	УЗИ почек	598,04	7	4186,28	0,2
N	УЗИ ОБП	1259,48	24	30227,52	1,3
E	Коагулограмма	2745,20	70	192164	8,5
E	Биохимический анализ крови	2732,51	87	237728,37	10,4
N	Анализ мочи по Нечипоренко	337,26	2	674,52	0,03
V	Бактериологический посев	598,03	41	24519,23	1,07
N	УЗИ щитовидной железы	1163,70	3	3491,1	0,15
E	УЗИ ОМТ	1082,80	211	228470,8	10
N	Группа крови	456,79	60	27407,4	1,2
N	Флюорография	264,47	4	1057,88	0,05
E	ЭКГ	396,05	20	7921	0,34
N	Рентгенография черепа	739,36	1	739,36	0,03
N	Цистоскопия	689,15	1	689,15	0,03
ИТОГО		2278463,3		2278463,3	100%

На рисунке 31 представлено, как распределились затраты на диагностические исследования в 2003 и 2013 годах.

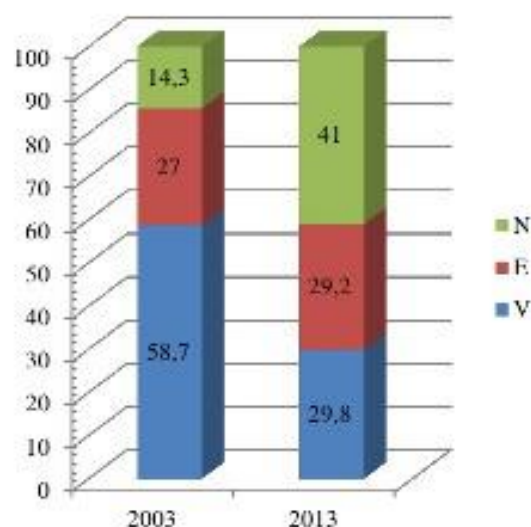


Рисунок 31- VEN анализ распределения затрат на диагностические исследования до (2003 год) и после (2013 год) внедрения протокола диагностики и лечения «Сальпингит, оофорит»

Как показано на рисунке 31, в 2013 году по сравнению с 2003 годом на второстепенные и необязательные диагностические исследования (группа «N») приходилось более 41% от суммы общих затрат на диагностику, против 14,3% в 2003 году, из чего следует, что в 2003 году имели место более рациональное распределение затрат на диагностические исследования несмотря на отсутствие протоколов диагностики и лечения в этот период.

Общие данные по условным затратам на диагностику представлены в таблице 41.

Таблица 41- Сводная таблица стоимости диагностических исследований при ведении пациенток с сальпингитами, оофоритами в соответствии с требованиями протоколов диагностики и лечения, за 2003 и 2013 годы

Вид диагностического исследования	ПЦП*	2003	2013
1	2	3	4
1. Определение концентрации С-реактивного белка крови	$397,45 \cdot 270 = 107311,5$	0	0
2. Общий анализ мочи	$244,85 \cdot 270 = 66109,5$	131239,6	131239,6
3. Определение ХГЧ	$890,59 \cdot 270 = 240459,3$	3562,36	0

Продолжение таблицы 41

1	2	3	4
4.Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции	Хламидии-694,22 Гонорейя-923,80 436865,4	0	0
5. Мазок по Пананиколау.	862,99*270= 233277,3	0	0
6. Мазок на степень чистоты.	383,52*270= 103550,4	205566,7	205566,7
7. Общий анализ крови.	590,14*270= 159337,8	316315,04	316315,04
8. Бактериологический посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам.	598,03*270= 161468,1	131566,6	24519,23
Другие методы исследования	0	555 893	1 600 822
Средняя «условная» стоимость 1 случая	5585,59	4978,307	8407,614
ИТОГО	1 508 379	1 344 143	2 278 463
Примечание - *Только основные диагностические мероприятия			

Итак, из таблицы 41 следует, что наибольшие затраты на диагностические исследования имели место в 2013 году за счет затрат на дополнительные методы исследования, наименьшие затраты - в 2003 году.

В целом, средняя стоимость диагностических исследований при ведении 1 случая сальпингита в 2013 году, превышала показатели 2003 г в 1,7 раз, и стоимость диагностики при соблюдении требований протокола диагностики и лечения в 1,5 раза.

В структуре затрат на диагностические исследования, на обязательные исследования (группа «V») в 2013 году приходилось чуть менее 30%, тогда как в 2003 г. 58,7%, что свидетельствует о более рациональном распределении затрат на диагностические исследования в 2003 году. Однако следует отметить, что, и в 2003 и в 2013 годах не назначались или назначались не всем пациенткам такие исследования как анализ крови на С-реактивный белок, ХГЧ, исследования на хламидии и гонорейю, мазок по Пананиколау, предусмотренные протоколом диагностики и лечения

Нерациональность затрат на диагностику в 2013 году в основном связана с назначением анализов на ВИЧ (около 32,8% всех затрат), не предусмотренных протоколом; дорогостоящих исследований, как например, биохимического анализа крови и коагулограммы (10,4 и 8,5% от всех затрат соответственно).

Следует особо отметить, что, в 2013 году, увеличились возможности диагностики и помимо назначения обще-клинических анализов, имело место назначение таких дорогостоящих исследований как ЯМРТ, ПЦР на ИППП, экскреторная урография и прочее, которые не входят в стандарт диагностики и лечения.

Комплексный экономический анализ лекарственных средств, назначаемых при ведении пациенток в 2003 году представлен в таблице 43.

Таблица-42 VEN и частотный анализ лекарственных средств, применяемых при сальпингитах и оофоритах в 2003 году

VEN анализ	Название	Стоимость по прайсу	Частотный анализ	Стоимость затрат на данное ЛС	% от общей стоимости затрат
1	2	3	4	5	6
Антибактериальная терапия					
N	Гентамицин	9,14	59	536,9	0,08
V	Цефазолин	55,85	151	126500,25	19
V	Цефтриаксон	232,16	66	107257,92	16,1
N	Линкомицин	16,76	13	2614,56	0,4
V	Офлоксацин	130,9	18	28274,4	4,3
N	Ампициллин	28,38	6	3405,6	0,5
N	Амоксицилин	207,93	1	2495,16	0,4
N	Пенициллин	14,04	14	4717,44	0,7
V	Метрогил табл.	5,4	2	18	0
V	Метрогил в/в	97,95	240	141048	21,2
V	Ципрокс	36,45	27	1166,4	0,2
V	Ципролет	78,37	2	1880,88	0,3
N	Амикацин	102,28	2	2454,72	0,4
Противогрибковые средства					
V	Флунол	479,6	64	46041,6	7
V	Флуконазол	221,03	9	596,7	0,09
Витамины					
V	Витамин С	7,83	135	648	0,1
N	Витамин В1	9	21	113,4	0
N	Витамин В6	6,02	117	421,2	0,06
N	Витамин В12	4,29	99	237,6	0,03
Суппозитории					
V	Трихопол, суппозитории вагинальные	5,4	6	36	0

Продолжение таблицы 42

1	2	3	4	5	6
N	Свечи гексиконом	103,36	4	247,2	0,03
Инфузионная терапия					
V	Физиологический раствор	21,32	175	37310	5,6
V	Глюкоза, раствор 5%	18,7	136	12716	1,9
V	Раствор Рингера	275	44	121000	18,2
V	Реополиглюкин	456,78	2	5481,36	0,8
Симптоматическая терапия					
N	Церулин	10,78	7	71,4	0,01
N	Анальгин	72,35	95	3420	0,5
V	Димедрол	4,78	95	237,5	0,03
N	Церукал	3,96	2	0,42	0
N	Кетонал	35	21	567	0,08
N	Кетотоп	61,78	118	7286,5	1,09
N	Диклофенак	14,53	97	4219,5	0,6
N	Нивален	164	10	984	0,14
N	Но-шпа	12,84	3	21,6	0
N	Плесса	14,57	15	523,8	0,08
N	Окситоцин	13,25	17	265,2	0,04
N	Дицинон	14,94	5	90	0,01
N	Этамзилат	14,94	12	216	0,03
N	Платифиллин	9,58	2	21,6	0
	ИТОГО			665143,81	100%

При проведении анализа, Ровамицин, Уназин, Зинацеф исключены из списка лекарственных средств в виду высокой стоимости и редкого назначения.

Исходя из таблицы 42, можно сделать вывод, что на жизненно-важные средства (группа V) было затрачено 94,82% средств, тогда как на дополнительные, необязательные - всего 5,18%, что говорит об эффективном использовании медикаментозной терапии с экономической точки зрения. При проведении данного анализа мы не учитывали стоимость физиопроцедур, а также лекарственных средств, применяющихся при лечении сопутствующих заболеваний, например препаратов железа, антигипертензивных средств и пр.

Для оценки экономической эффективности, аналогичный анализ мы провели для списка препаратов, применяемых для лечения сальпингитов и оофоритов в 2013 году, представленный в таблице 43.

Таблица 43 – VEN, частотный анализ лекарственных средств, применяемых при Сальмондозах и оофоритах в 2013 году

VEN анализ	Название препаратов	Стоимость по прайсу	Частотный анализ	Стоимость затрат на данное ЛС	% от общей стоимости затрат
1	2	3	4	5	6
Антибактериальная терапия					
N	Гентамицин	9,14	236	2124	0,4
V	Цефазолин	55,85	107	89639,25	18,1
N	Пенициллин	14,04	59	19880,64	4
V	Цефтриаксон	232,16	9	14626,08	3
N	Ампициллин	28,38	8	4540,8	1
V	Метрогил	97,95	157	92268,9	18,6
V	Метрид	97,95	6	3526,2	0,7
N	Линкомицин	16,76	3	603,36	0,1
V	Сумамед	297,29	4	1189,16	0,3
V	Ципролет	78,37	2	1880,88	0,4
V	Трихопол	5,4	238	1428	0,3
V	Цифран	65,52	30	1980	0,4
N	Фурадонин	1,4	3	0,9	0
N	Диоксидин	35,28	2	21	0
Антикоагулянты, ангиагреганты					
N	Трентал	5,95	4	5,95	0
N	Курантил	8,74	2	10,488	0
Противогрибковые средства					
V	Нистатин	3,06	253	136,62	0,02
V	Флагил	5,4	3	4,5	0
V	Низорал	58,3	9	156,6	0,03
V	Микосист	221,03	6	397,8	0,08
V	Клотримазол	105	2	120	0,03
Витамины					
N	Витамин В1	9	202	1090,8	0,2
N	Витамин В6	6,02	202	727,2	0,1
N	Витамин В12	4,29	20	48	0
V	Витамин С	7,83	28	134,4	0,04
N	Фолиевая к-та	1,4	15	0	0
N	Викасол	11,47	15	860,25	0,2
Суппозитории					
N	Свечи диклофенаком ^с	14,53	3	52,308	0,01

Продолжение таблицы 43

1	2	3	4	5	6
N	Тержинан	136,18	3	204	0,04
V	Клион Д	20,8	5	50	0,01
Инфузионная терапия					
V	Раствор Рингера	275	64	176000	35,5
V	Реополиглокин	456,78	6	16444,08	3,3
V	Глюкоза, раствор	18,7	123	11500,5	2,3
V	Физиологический раствор	21,32	105	22386	4,5
Симптоматическая терапия					
N	Анальгин	72,35	183	13176	2,7
V	Димедрол	4,78	183	915	0,2
V	Кефзол	55,85	40	15638	3,2
N	Реналган	2,51	24	60	0,01
N	Аспирин	4,29	31	124	0,02
N	Платифиллин	9,58	5	45	0
N	Промедол	78	5	78	0,01
N	Дицинон	14,94	20	360	0,07
N	Окситоцин	13,25	20	312	0,06
N	Но-шпа	12,84	5	38,52	0
N	Прозерин	7,77	8	19,2	0
N	Церукал	3,96	6	1,26	0
N	Кетонал	35	9	243	0,04
N	Дибазол	10,15	3	90	0,02
N	Панаверин	6,8	3	31,5	0
N	Метоклопрамид	10,78	2	6	0
Препараты других групп					
N	Рибоксин		13	29,9	0
N	Вобензим	19,39	3	52,353	0,01
	ИТОГО			495258,4	100%

Из таблицы 43 видно, что большая часть затрат на лекарственные средства приходилась на препараты из группы жизненно-важных, согласно VEN анализу, около 91,1%, тогда как на долю необязательных, дополнительных средств - около 8,9%.

Распределение затрат на жизненно-важные и дополнительные лекарственные средства представлено на рисунке 32.

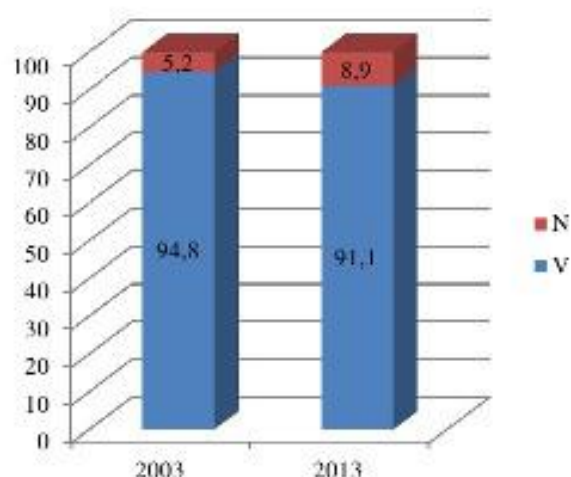


Рисунок 32 - VEN анализ распределения затрат на ЛС до(2003 г.) и после (2013 г.) внедрения ПДЛ «Сальпингит, оофорит»

Как следует из рисунка, как в 2003, так и в 2013 годах имело место рациональное использование средств на лекарственные препараты, согласно которому, на долю жизненно – важных средств приходилась основная часть затрат.

Ниже, в таблице 44 представлена структура расходов на медикаменты в сравнимых группах. Провести анализ с учетом условных затрат на лекарственный препараты по протоколам диагностики и лечения не представляется возможным, так как протоколом предусмотрены разные схемы антибактериальной терапии и сочетание нескольких методов лечения, вследствие чего условные затраты согласно протоколу диагностики и лечения не приводятся.

Таблица 44 - Сводная таблица расходов на лекарственные средства

Вид терапии	2003 г.		2013 г.	
	Затраты, тенге	% от общих затрат на ЛС	Затраты, тенге	% от общих затрат на ЛС
1	2	3	4	5
Антибиотики	422653,43	63,6%	249583,8	50,3%
Инфузионная терапия	176507,36	26,5%	226330,6	45,9%
Спазмолитики и анальгетики	17281,5	2,6%	14853,33	3%
Противогрибковые средства	46638,3	7%	811,02	0,1%

Продолжение таблицы 44

1	2	3	4	5
Лекарственные средства для симптоматического лечения	643,02	0,09%	1558,71	0,3%
Прочие	1420,2	0,21%	2120,94	0,4%
ИТОГО	665143,8	100%	495258,4	100%

В структуре затрат на лекарственные препараты большую часть занимает антибактериальная терапия - 63,6% и 50,3 % для 2003 и 2013 годов соответственно. На инфузионную терапию в 2013 году затрачено в 1,3 раза больше средств, чем в 2003 году.

В таблице 45 представлен ABC анализ медикаментозной терапии для сравниваемых групп.

Таблица 45 - ABC анализ лекарственной терапии сальпингитов и оофоритов в 2003,2013 годах.

Группа	2003 г.		2013 г.	
	Группа А	Метрогил в/в Цефазолин Раствор Зингера Цефтриаксон ИТОГО	21,2% 19% 18,2% 16,1% 74,5%	Раствор Рингера Метрогил Цефазолин ИТОГО
Группа В	Флунол Физиологический раствор Офлоксацин ИТОГО	7% 5,6% 4,3% 16,9%	Физиологический раствор Пенициллин Реополиглюкин Кефзол Цефтриаксон ИТОГО	4,5% 4% 3,3% 3,2% 3% 18%
Группа С	Остальные	8,6%	Остальные	9,8%

Из таблицы 45 следует, что к группе А отнесены Метрогил, раствор Рингера, Цефазолин, как наиболее часто назначаемые препараты. Особо следует отметить, что на долю раствора Рингера в 2013 году отводилась практически треть всех затрат, что требует более детального анализа причин. Нужно особо отметить, что на инфузионную терапию затрачено от 26,5 % до

45,9 % средств, хотя ее назначение не нашло должного подтверждения эффективности с точки зрения доказательной медицины.

Итак, анализ тактики ведения пациенток с сальпингитами и оофоритами в 2003 и 2013 годах, выявил, что за последние 10 лет коренных изменений в практике ведения воспалительных заболеваний органов малого таза не произошло. Перечень лекарственных средств за 2003 и 2013 годы совпадает на 63% (что составило 33 препарата). Кроме того, как и 10 лет назад, при лечении сальпингитов, оофоритов применяются витамины группы С и В, с сомнительной эффективностью (исследований, подтверждающих эффективность витаминных препаратов в лечении сальпингитов, оофоритов в базах данных PubMed и Cochrane collaboration не найдено). В перечне медикаментов для лечения сальпингитов и оофоритов согласно протоколу не включены спазмолитические и обезболивающие препараты, хотя фактически данная группа занимает определенное место в структуре расходов на лечение как в 2003, так и в 2013 годах (2,52% и 3% соответственно). Кроме того, в списке лекарственных препаратов, нет гемостатических и утеротонических средств, хотя нередко воспалительные заболевания органов малого таза сопровождаются дисфункциональным маточным кровотечением.

Совпадение тактики ведения пациенток с сальпингитами, оофоритами в 2003 и 2013 годах по диагностике и лечению отразилось на медико-социальной эффективности: как показано в предыдущем разделе работы, статистически значимых различий между числом осложнений и характером исходов для пациентки не выявлено. Что касается экономической эффективности, затраты на ведение пациенток с сальпингитами и оофоритами в 2013 году были в 1,3 раза ниже чем в 2003 году, что связано с меньшими затратами на антибактериальную терапию, противогрибковые средства, спазмолитические средства (таблица 44).

Наибольшая разница отмечена в противогрибковых препаратах: в 2003 г в 64 историях назначен дорогостоящий Флунол, тогда как в 2013 году преимущественно назначался наиболее дешевый Нистатин (n=253).

В свою очередь, при назначении инфузионной терапии, расходы в 2003 году были в 1,3 раза ниже, чем в 2013 году, что обусловлено структурой затрат на наиболее дорогостоящие Реополиглюкин и Раствор Рингера.

Итак, можно сделать вывод, что учитывая общую сумму затрат на лекарственную терапию в 2003 году и в 2013 году, наиболее рентабельным была терапия в 2013 году, однако следует еще раз отметить, что соответствие требованиям протоколам по лечению в 2013 было частичным, и имело место назначение целого ряда препаратов, не предусмотренных протоколом, в том числе не эффективных с позиции доказательной медицины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поиск новых и совершенствование существующих механизмов повышения качества медицинской помощи в акушерстве и гинекологии является одним из приоритетных направлений казахстанского здравоохранения. Принятые в стране стандарты (протоколы) диагностики и лечения направлены на повышение экономической рентабельности лечения и улучшение клинических результатов. Несмотря на то, что с момента внедрения протоколов диагностики и лечения прошло более 7 лет, до сих пор открытым остается вопрос, повышают ли последние медико-социальную и экономическую эффективность акушерско-гинекологической помощи, в связи с тем, что научных исследований по данной проблеме до настоящего времени не проводилось. Объективная оценка эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии позволит выявить возможные проблемы и наметить пути совершенствования системы оказания медицинской помощи матери и ребенку, что имеет стратегическое значение для успешного развития Казахстана в целом.

Учитывая актуальность данной проблемы для казахстанского здравоохранения, нами было проведено настоящее исследование, целью которого являлась оценка медико-социальной и экономической эффективности внедрения стандартов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии.

Для проведения исследования были выбраны два протокола диагностики и лечения: в акушерстве – «Физиологические роды», в гинекологии – «Сальпингит и оофорит». Выбор этих состояний/нозологий обусловлен влиянием данной группы на общественное здравоохранение страны и демографические показатели.

Анализ интранатального ухода показал, что существуют несколько вариантов практики ведения физиологических родов: в странах с развитой экономикой: например, в Великобритании, США, Канаде применяется тактика, рекомендованная ВОЗ, которая также легла в основу казахстанских протоколов диагностики и лечения. Данная тактика предусматривает минимальное вмешательство в нормальное течение родового процесса и отказ от рутинных процедур. В других странах, например, в Республике Беларусь, продолжают использовать, как рутинные процедуры (очистительная клизма, санитарная обработка и пр.), так и активное влияние на течение родов. Помимо различий в тактике ведения родов, существуют разные варианты организации интранатального ухода, в зависимости от персонала, принимающего роды и места родов.

В странах с развитой экономикой, на примере Великобритании, США и Канады, женщине предоставлен самостоятельный выбор как места родов (клиника, центры акушерской помощи, роды на дому), так и персонала (врача или акушерки). Как показал мировой научный опыт, в зависимости от выбора места родов и персонала, варьируют клинические результаты и экономические затраты на роды. В странах бывшего СССР, в том числе и в Казахстане, до сих

пор используется практика ведения родов, при которой вся ответственность и свобода принятия решений лежит на враче акушере-гинекологе, тогда как акушерки выполняют роль помощника врача и не имеют права самостоятельно вести роды.

Анализ практики гинекологической помощи выявил ряд существенных различий со странами с развитой экономикой, как и в акушерстве. В Великобритании, США и Канаде при ведении пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, включая сальпингиты и оофориты, используется амбулаторное лечение, и только в тяжелых случаях - стационарное. Пациентки принимают определенные схемы антибактериальной терапии и все лечение строго определено по времени: клинические результаты должны появиться не позднее, чем через 24-72 часа от начала терапии. В странах с переходной экономикой, в том числе и в Казахстане, пациенток с сальпингитами и оофоритами преимущественно госпитализируют и, помимо антибактериального лечения, проводят инфузионную, противогрибковую терапию. Такая тактика ведения воспалительных заболеваний органов малого таза не нашла должного подтверждения с позиции доказательной медицины.

Анализ литературных данных показал, что актуальность выбора наилучшей тактики ведения пациенток акушерско-гинекологического профиля обусловлена влиянием на показатели материнской и неонатальной смертности, заболеваемости, опосредованно - рождаемости, и не вызывает сомнения. Разработанные с учетом национальных особенностей эпидемиологических показателей, менталитета населения, системы здравоохранения и других факторов стандарты диагностики и лечения в разных странах отличаются друг от друга, и в тоже время объединены общей целью - постоянное повышение качества медицинских услуг.

Несмотря на внедрение стандартов диагностики и лечения (протоколов, клинических руководств), основанных на лучшей доказательной практике и нацеленных на повышение медико-социальной и экономической эффективности проводимой терапии в мировом здравоохранении, очень трудно одномоментно изменить существовавшую десятилетиями практику эмпирического лечения и обеспечить приверженность врачей требованиям данных стандартов в акушерстве и гинекологии. В этой связи исследования, направленные на изучение приверженности врачей стандартам диагностики и лечения, а также эффективности внедрения данных стандартов в акушерстве и гинекологии представляют особый интерес.

Для достижения поставленной цели исследования, нами были предприняты последовательные этапы: анализ содержания протокола, анкетирование медицинского персонала, ретроспективный аудит, оценка медико-социальной, а затем и экономической эффективности.

Анализ стандарта диагностики и лечения по физиологическим родам показал, что последний разработан с учетом рекомендаций ВОЗ и соответствует принципам доказательной медицины.

Проведенное анкетирование врачей и акушерок родильных домов позволило решить ряд поставленных перед исследователями задач. В первом блоке вопросов нами выявлено, что большая часть респондентов среди врачей и акушерок обращаются к специализированной профессиональной литературе время от времени (реже, чем 1 раз в неделю). Среди врачей предпочтение в выборе профессиональной литературы отдается как отечественным, так и зарубежным источникам, среди акушерок - преимущественно зарубежным в переводе на русский или казахский языки. В тоже время, практически все респонденты не смогли перечислить наиболее используемые издания и сайты. Учитывая, вышесказанное, можно предположить, что для сотрудников родильных домов стандарты диагностики и лечения как синтез доказательной практики были бы предпочтительнее и эффективнее.

Во втором блоке вопросов мы провели анализ мнения врачей и акушерок по вопросу использования протоколов. Результаты данного анализа показали, что большинство опрошенных врачей акушеров-гинекологов и акушерок используют в работе протоколы диагностики и лечения регулярно, при этом сами протоколы доступны в ежедневной работе в распечатанном виде. Соблюдение требований протоколов контролируется внутренними аудиторами. Ограничивает применение протоколов диагностики и лечения, по мнению врачей, отсутствие тренингов и подготовительных занятий и, следовательно, в качестве мер по улучшению использования ПДЛ большинство респондентов предложили информирование и обучение врачей.

Исследование фактического использования протокола по физиологическим родам составило третий блок вопросов. При данном анализе было выявлено, что в родильных домах г. Алматы выполняются рекомендации ВОЗ, но не во всех случаях нормальных родов. До сих пор имеют место нерекондуемые процедуры и мероприятия: очистительная клизма, санитарная обработка, прием Кристеллера, что требует более детального изучения причин.

Четвертый блок вопросов выявил отношение медицинского персонала к организации интранатального ухода и распределению полномочий между врачом и акушеркой. Исследование показало, что большая часть опрошенных врачей и акушерок довольны распределением обязанностей при ведении нормальных родов, при которых роды ведет акушерка, но основную ответственность и принятие решений берет на себя врач акушер-гинеколог. Однако определенная часть респондентов отмечает, что акушеркам нужно предоставлять больше свободы в действиях. При этом, значительная часть врачей в целом довольна уровнем профессиональной подготовки и навыками казахстанских акушерок, кроме того, в процессе ведения родов больше половины опрошенных советуются с акушеркой по вопросам, касающимся здоровья роженицы или ребенка. Сами же акушерки также считают, что им нужно предоставлять больше ответственности и свободы при принятии решений и самостоятельности.

Таким образом, в Казахстане созданы предпосылки перехода на новую модель интранатального ухода, при которой акушеркам предоставляется большая свобода в действиях и принятии решений. Данная модель, предусматривающая повышение ответственности и смещение акцента на акушерок в процессе родов и беременности женщин из низкой группы риска могла бы уменьшить нагрузку на врачей акушеров-гинекологов и, следовательно, разрешить проблему дефицита кадров, в особенности в сельской местности.

Результаты следующего этапа исследования, ретроспективного аудита показали, что в акушерстве полного соблюдения протокола по диагностике и лечению при физиологических родах нет. Причиной несоответствия по диагностическим исследованиям является назначение рутинных общеклинических исследований, а в каждом четвертом случае - более сложных инструментальных исследований, таких как УЗИ и КТГ. По лечению - в большинстве случаев требования протоколов по назначению окситоцина 10 ЕД соблюдены, частичное несоответствие протоколам было связано с назначением спазмолитических и болеутоляющих средств. В качестве точек клинической эффективности были выбраны: число койко-дней, продолжительность родов, наличие разрывов и эпизиотомии, возникновение осложнений (кесарево сечение, акушерские щипцы, ручное отделение последа). Результаты ретроспективного аудита отражают изменение тактики ведения нормальных родов в Казахстане с внедрением клинических протоколов, что в свою очередь позволило сократить длительность пребывания роженицы в отделении с 5,9 койко-дней до 4,2 койко-дней, уменьшить число разрывов промежности и эпизиотомии с 60,8% до 9,2% , осложнений в родах с 38,7% до 2,1%. Минимальное вмешательство на течение нормальных родов удлинит среднюю продолжительность родов с 6 часов 13 минут 44 секунд до 7 часов 15 минут 10 секунд, что свидетельствует о меньшей врачебной агрессии и позволило добиться благоприятных исходов для матери и плода.

Оценка экономической эффективности показала, что внедрение протоколов способствовало сокращению затрат на диагностические исследования для роженицы в среднем в 1,1 раза, однако экономическая эффективность была бы еще выше при полном соблюдении протоколов диагностики и лечения (в 3,7 раза). Условная стоимость затрат на лечение в 2003 году по результатам исследования, превысила таковую при соблюдении требований протокола в 28,4 раз, что подтверждает выраженный экономический эффект от внедрения протоколов.

Анализ протокола в гинекологии - «Сальпингит и оофорит» выявил, что ряд диагностических исследований и лекарственных средств, используемых при лечении сальпингитов и оофоритов в РК в рамках данного протокола, не соответствуют доказательной медицинской практике. Результаты проведенного анкетирования врачей акушеров-гинекологов стационаров, показали, что все опрошенные врачи акушеры-гинекологи стационаров сталкивались с понятием доказательная медицина, однако основными источниками знаний для врачей

остаются отечественные издания на русском и казахском языках, что говорит о недоступности самых актуальных и современных фактов и доказательств для гинекологов. Анкетирование выявило, что практически все опрошенные врачи используют в работе протоколы диагностики и лечения. При этом последние доступны в ежедневной работе в распечатанном и электронном виде и соблюдение их требований также контролируется внутренними аудиторами. Ограничивает применение стандартов диагностики и лечения, по мнению врачей, отсутствие тренингов и подготовительных занятий, и следовательно, в качестве мер по улучшению использования протоколов большинство респондентов предложили усиление контроля за использованием протоколов, регулярное обновление, а также обучение и информирование врачей.

Результаты анкетирования врачей стационаров по вопросам соблюдения требований протокола «Сальпингит и оофорит» по диагностике и лечению, показали, что не все основные диагностические мероприятия, перечисленные в протоколе фактически выполняются, например, редко практикуется назначение С-реактивного белка и ХГЧ крови, которые имеют большое значение при постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза. При назначении лекарственных препаратов, врачи используют в основном схемы, соответствующие протоколам.

Ретроспективный аудит выявил, что практика ведения пациенток «Сальпингитом и оофоритом» не совпадает с требованиями протоколов диагностики и лечения. Несоответствие связано с использованием методов и медикаментов, не относящихся к доказательной практике. Была также выявлена статистически значимая прямая слабая связь между несоблюдением протокола по диагностике и лечению и вероятностью возникновения осложнений при ведении пациентки с сальпингитами/оофоритами, что означает, что строгое соответствие требованиям протоколов по диагностике и лечению снизило бы шанс развития таких осложнений, как пельвиоперитонит, оперативное лечение и пр. в 4,6 и 15,6 раз соответственно. Для определения Медико-социальной эффективности ПДЛ «Сальпингит и оофорит» были выбраны следующие точки клинической эффективности: среднее число койко-дней, наличие/отсутствие осложнений (пельвиоперитонит, показания к экстренной операции и пр.), исходы заболевания (без изменений, улучшение, ухудшение, выздоровление, смерть).

Оценка медико-социальной эффективности показала, что по выбранным точкам клинической эффективности: наличие осложнений, исходы заболевания в 2003 и 2013 годах, то есть до и после внедрения протоколов диагностики и лечения, статистически значимых различий не выявлено. Статистически значимая разница выявлена только в среднем числе койко-дней: в 2013 году число койко-дней по сравнению с 2003 годом сократилось на 0,6.

Проведенный ABC, VEN и частотный анализ тактики ведения пациенток с сальпингитами и оофоритами в 2003 и 2013 годах, выявил, что за последние 10 лет коренных изменений в практике ведения воспалительных заболеваний

органов малого таза не произошло. Перечень лекарственных средств за 2003 и 2013 годы совпадает на 63% (33 препарата). Кроме того, как и 10 лет назад, при лечении сальпингитов, оофоритов применяются витамины группы С и В, с сомнительной эффективностью (исследований, подтверждающих эффективность витаминных препаратов в лечении сальпингитов, оофоритов в базах данных PubMed и Cochrane collaboration не найдено). В перечень медикаментов для лечения сальпингитов и оофоритов согласно протоколу не включены спазмолитические и обезболивающие средства, хотя фактически данная группа препаратов занимает определенное место в структуре расходов на лечение как в 2003, так и в 2013 гг. (2,52% и 3% соответственно). Кроме того, в списке лекарственных препаратов, нет гемостатических и утеротонических средств, хотя нередко воспалительные заболевания органов малого таза сопровождаются дисфункциональным маточным кровотечением.

Расчет экономической эффективности показал, что затраты на ведение пациенток с сальпингитами и оофоритами в 2013 году были в 1,3 раза ниже, чем в 2003 году, что связано с меньшими затратами на антибактериальную терапию, противогрибковые средства, спазмолитические средства. Учитывая общую сумму затрат на лекарственную терапию в 2003 году и в 2013 году, наиболее рентабельным была терапия в 2013 году, однако следует еще раз отметить, что соответствие требованиям протоколам по лечению в 2013 было частичным, и имело место назначение целого ряда препаратов, не предусмотренных протоколом, в том числе не эффективных с позиции доказательной медицины, что говорит о том, что точное соблюдение протокола диагностики и лечения повысило бы экономическую эффективность еще больше.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Протоколы диагностики и лечения РК по ведению физиологических родов соответствуют рекомендациям ВОЗ по интранатальному уходу и разработаны с учетом достижений доказательной медицины.

2. Согласно проведенному анкетированию, практически все врачи родильных домов (96%) используют в работе протоколы диагностики и лечения, причем, более 94%, обращаются к протоколам регулярно. Результаты ретроспективного аудита выявили, что фактически требования протоколов по диагностике - соблюдаются частично (72,6%), по лечению - практически полностью (96,8%).

3. Внедрение протоколов диагностики и лечения по ведению физиологических родов позволило сократить среднюю длительность пребывания в стационаре с 5,9 койко-дней до 4,2 койко-дней, уменьшить осложнения в родах с 38,7% до 2,1%, частоту разрывов промежности и энизиотомии с 60,8% до 9,2% и увеличить среднюю продолжительность родов

с 6 часов 13 минут 44 секунд до 7 часов 15 минут 10 секунд, вследствие минимального вмешательства в течение родов.

4. Экономическая эффективность при использовании протокола «Физиологические роды» обусловлена снижением затрат на диагностические исследования – в 3,7 раз, лекарственные средства в 28,4 раз

5. Протокол диагностики и лечения в гинекологии - «Сальпингит и оофорит» не соответствует требованиям доказательной медицины и не обновлялся с 2007 года, в связи с чем, не все его положения соответствуют принципам доказательной медицины.

6. Исследование выявило низкую приверженность врачей гинекологических стационаров требованиям протоколов диагностики и лечения на примере тактики ведения сальпингитов и оофоритов, что не привело к ожидаемому повышению медико-социальной эффективности: статистически значимых различий в возникновении осложнений и исходах заболевания до и после внедрения протоколов не наблюдалось, хотя и отмечено уменьшение числа койко-дней с 6,7 до 6,1 ($p < 0,001$) между 2003 и 2013 годами, и затраты после внедрения протоколов в 2013 году были в 1,3 раза ниже чем в 2003 году.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для эффективного использования стандартов (протоколов) диагностики и лечения необходимо постоянное обучение и информирование врачей и акушерок.

2. Передача полномочий по ведению физиологических родов акушеркам позволит повысить медико-социальную и экономическую эффективность протоколов диагностики и лечения по интранатальному уходу.

3. Протокол диагностики и лечения «Сальпингит и оофорит» нуждается в пересмотре и обновлении, в связи с достижениями доказательной медицины.

4. Регулярное проведение клинического аудита и его анализ повысит приверженность врачей требованиям протоколов диагностики и лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Указ Президента РК от 15.06.1995 № 2329 «О медицинском страховании граждан» (утратил силу).
- 2 Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения «О разработке стандартизованных протоколов диагностики и лечения заболеваний в Республике Казахстан» от 7 декабря 2000 года (утратил силу).
- 3 Приказ Министерства здравоохранения РК № 160 от 30 марта 2005 г. «Об утверждении периодических медико-экономических протоколов диагностики заболеваний и лечения больных»
- 4 Приказ Министерства здравоохранения РК № 655 от 30 декабря 2005 года «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения заболеваний»
- 5 Akanov A., T.Meimanalicv A., Kumar A., Kyzaeva A. Human health resources in Kazakhstan // European Medical, Health and Pharmaccutical Journal. - 2013. - Vol.5. - P.5-9.
- 6 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2001 году: статистический сборник. - Алматы, 2002. – 301 с.
- 7 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2002 году: статистический сборник. – Астана - Алматы, 2003. - 236 с.
- 8 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2003 году. Статистический сборник.- Астана-Алматы,2004.-236 с.
- 9 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году: статистический сборник.- Астана - Алматы, 2005. - 238 с.
- 10 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2005 году: статистический сборник. - Алматы, 2006. – 287 с.
- 11 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2006 году: статистический сборник. – Астана - Алматы, 2007. - 260 с.
- 12 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2007 году: статистический сборник. - Алматы, 2008. – 271 с.
- 13 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году: статистический сборник. - Астана, 2009. - 271 с.
- 14 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году: статистический сборник. - Астана, 2011. - 312 с.

- 15 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году: статистический сборник. - Астана, 2012. - 320 с.
- 16 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году: статистический сборник. - Астана, 2013. - 316 с.
- 17 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2013 году: статистический сборник. - Астана, 2014. - 356 с.
- 18 Кызаева А.Д. Сравнительный анализ клинических протоколов (руководств) по диагностике и лечению воспалительных заболеваний малого таза у женщин // Медицина и здравоохранение: материалы II междунар. науч. конф.— Уфа, 2014. — С. 66-69.
- 19 Allan Wailoo, Jennifer Roberts, John Brazier, Chris McCabe. Efficiency, equity, and NICE clinical guidelines// BMJ. -Mar 6, 2004.- № 328(7439). - P. 536–537.
- 20 Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems// Health Policy. - 2001. - №56(3). - P.235-250.
- 21 Кызаева А.Д. Медико-социальная и экономическая эффективность внедрения стандартов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии в Казахстане // Медико-социальные аспекты активного долголетия: матер. междунар. науч.-практ. конф., посвященной 20-летию независимости Казахстана. - Алматы, 2011. - С. 53-55.
- 22 Акашалава Д.З. Оценка медико-социальной и экономической эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения в Республике Казахстан: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Алматы: Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, 2009. - 100 с.
- 23 Кумар А.Б. Оценка практики госпитализации больных и уровня внедрения принципов доказательной медицины в Республике Казахстан: дис. ... докт. философии (PhD): 14.00.33. - Алматы: Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, 2013. - 100 с.
- 24 United Nations web site <http://www.un.org/>
- 25 Joy E. Lawn , Mary Kinney, Anne CC Lee , Mickey Chopra, France Donnay , Vinod K. Paul, Zulfiqar A. Bhutta, Massee Bateman, Gary L. Darmstadt. Reducing intrapartum-related deaths and disability: Can the health system deliver? // The International Journal of Gynecology & Obstetrics. - 2009. -Vol. 107, №1. -P. 123-142.
- 26 A Wagstaff, M. Claeson. The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenge. - World Bank, 2004. - P.186.
- 27 P Hunt, J Bueno de Mesquita.Reducing Maternal mortality.-NY: UNFPA, 2007. - 15 p.

- 28 Kyzayeva A., Akanov A., Mcimanaliev T., Sadykova Y. The management of normal birth in Kazakhstan: the expert opinion of obstetricians and midwives // *Life Science Journal*. - 2014. - №11 (8). - P. 204-206.
- 29 World Health Organization www.who.int
- 30 Centers for disease control and prevention www.cdc.gov
- 31 Sutton MY, Sternberg M, Zaidi A, St Louis ME, Markowitz LE. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985–2001 // *Sex Transm Dis*. -2005.- Vol.32 (12): P.778–774.
- 32 Lauren Nathan; DeCherney, Alan H.; Pernoll, Martin L. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2003.-708 p.
- 33 Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socio-economic status on hospital use in New York City//*Health Affairs (Millwood)*,-1993,-Vol.12(1):P 172-173
- 34 Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*,-1996,-Vol.15(3):P.239-249
- 35 <http://www.rightdiagnosis.com/diseasecenter.htm>
- 36 Jonathan D C Ross Why is the incidence of pelvic inflammatory disease falling? //*BMJ*,- 2014.- 348 p.
- 37 Страновой офис ООН www.un.kz
- 38 The World Bank <http://www.worldbank.org/>
- 39 World health statistics 2014,- WHO Press, Geneve,2014.- 178 p.
- 40 Кызасва А.Д., Игисенова А.И., Уразасва У.А., Абенова Г.К., Ерджанова Г. А., Лян В. В.Охрана материнства в Великобритании: опыт для Казахстана // *Вестник КазНМУ*. - 2014. - № 3
- 41 National Health Services: www.nhs.uk
- 42 Brocklehurst P., Hardy P., Hollowell J., Linsell L., Macfarlane A., McCourt C., Marlow N., Miller A., Newburn M., Petrou S., Puddicombe D., Redshaw M., Rowe R., Sandall J., Silverton L., Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study // *BMJ*. – 2011,- P. 343
- 43 Nursing and Midwifery Council <http://www.nmc-uk.org/>
- 44 The National Institute for Health and Care Excellence <http://www.nice.org.uk/>
- 45 McCourt C., Rayment J., Rance S., Sandall J. Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the birthplace organisational case studies // *Midwifery*.- 2012. -№ 28(5).-P.636-645.
- 46 Kozak L.J., DeFrances C.J., Hall M.J. National Hospital Discharge Survey: 2004 Annual Summary with Detailed Diagnosis and Procedure Data: National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. - 2006. - №13.-P.162.
- 47 Carol Sakala, Maureen P. Corry . Evidence-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve: Childbirth Connection. – 2008. -115 p.
- 48 Agency for health care research and quality <http://www.ahrq.gov/>

- 49 Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D., Ventura S.J., Menacker F., Kirmeyer S., Munson M.L. Births: Final Data for 2005: National Vital Statistics Reports №56(6): National Center for Health Statistics. -2007. -104 p.
- 50 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000596.htm>
- 51 Joyce A., Martin M.P.H., Brady E., Hamilton Ph.D., Stephanie J. Ventura, M.A.; Michelle J.K. Osterman, M.H.S.; Sharon Kirmeyer, Ph.D.; T.J. Mathews, M.S.; and Elizabeth C. Wilson, M.P.H. Births: Final Data for 2009. National Vital Statistics Reports, Volume 60, Number 1, November 3, 2011. -57 p.
- 52 Marian F. MacDorman, Fay Menacker. Trends and Characteristics of Home and Other Out-of-Hospital Births in the United States, 1990–2006 // University School of Public Health National Vital Statistics Reports. - Vol. 58, No. 11. - March 3, 2010. - 8 p.
- 53 OECD Health Data 2010. - Paris: OECD, 2010. available at:<http://www.oecd.org/topic/>
- 54 International Federation of Health Plans. 2010 Comparative Price Report: Medical and Hospital Fees by Country. Available at: http://ifhp.com/documents/IFHP_Price_Report2010ComparativePriceReport29112010.pdf
- 55 What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey: Technical report.-2009: Ottawa, Canada: Minister of Public Works and Government Services, In Press. -P. 107-114. is available on <http://www.publichealth.gc.ca/mes>
- 56 Shannon E. Perry, Marilyn J. Hockenberry, Deitra Leonard Lowdermilk, David Wilson, Cheryl Sams, Lisa Keenan-Lindsay, Maternal Child Nursing Care: Elsevier, 2013. - 1728 p.
- 57 Johantgen M., Fountain L., Zangaro G., Newhouse R., Stanik-Hutt J., White K. Comparison of labor and delivery care provided by certified nurse-midwives and physicians: a systematic review, 1990 to 2008//the Cochrane Library, Womens Health Issues. – 2012.-№ 22(1).-P. 73-81.
- 58 MacDorman M.F., Singh G.K. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA// J Epidemiol Community Health. – 1998. - №52(5).-P. 310-317.
- 59 Reale B. Intrapartum care in the twenty-first century // Nurs Clin North Am. -2002. - №37(4).-P. 771-779.
- 60 Villar J., Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2001. - №4.
- 61 Giles W., Collins J., Ong F., MacDonald R. Antenatal care of lowrisk obstetric patients by midwives. A randomized controlled trial // Medical Journal of Australia.- 1992. - №157. – P. 158–161.
- 62 Ratcliffe J., Ryan M., Tucker J. The costs of alternative types of routine Antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general Practitioners and community midwives // Journal of Health Services and Research Policy. - 1996.- №1(3). – P. 135–140.
- 63 Tucker J.S., Hall M.H., Howie P.W., Reid M.E., Barbour R.S., Florey C. du V. et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre

randomized controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians // *BMJ*. – 1996. - № 12. – P. 554–559.

64 Villar J., Ba'aquel H., Piaggio G., Lumbiganon P., Belzian J.M., Farnot U. et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care // *Lancet*. - 2001. -№357. – P. 1551–1564.

65 Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1182 от 09.10.2012. «Об утверждении клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц и родильниц диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии».

66 Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы, утверждена Приказом МЗ Кыргызской Республики N 315 от 20 июня 2008 года.

67 Johanson R., Newburn M., Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? // *British Medical Journal*. – 2002. –№ 324, –P. 892-895.

68 Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.

69 Chalmers B., Kaczorowski J., Levit, C., Dzakpasu S., O'Brien B., Lee L., Boscoe M. and Young D. Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey // *BIRTH*. – 2009. -Vol. 36:Issue 1. - P.13-25.

70 Hatamlch R., Sinclair M., Kernohan W.G. and Bunting B. Technological Childbirth in Northern Jordan: Descriptive Findings from a Prospective Cohort Study'. Royal College of Midwives-Evidence // Based Midwifery. – 2008. - Vol.6(4), - P. 130-135.

71 Care in Normal birth: a practical guide: Report of a Technical Working Group,- World Health Organization. –Geneve, 1996.- 53 p.

72 Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during Childbirth: NICE guideline.- 2007. - 69 p. available at <http://www.evidence.nhs.uk/>

73 Беларусь: клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. – 2012. http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochnoinfirm/protololy_lechenia/protokoly_2012

74 Reveiz L., Gaitán H.G., Cuervo L.G. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. - Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.

75 Basevi V., Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, Issue 4. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.

76 Carroli G., Mignini L. Episiotomy for vaginal birth, 2009 Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2

77 Smyth R.M.D., Markham C., Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour, 2013[66] .Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.

78 Declan Devane, Joan G., Lalor, Sean Daly, William McGuire, Valerie Smith . Cardiocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 15 FEB 2012 Assessed as up-to-date: 14 NOV 2011 DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub4

79 Alfirevic Z., Devane D., Gyte G.M.L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review)/ The Cochrane Library 2013, Issue 5 Published Online: 31 MAY 2013 Assessed as up-to-date: 31 JAN 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2:

80 Dawood F., Dowswell T., Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 18;6:CD007715. doi: 10.1002/14651858.CD007715.pub2.

81 Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Огуль Л.А., Печенкин В.Г., Галкина Н.Н., Ахушкова Л.М. Сравнительная оценка эффективности различных методов подготовки шейки матки к родам // Проблемы репродукции. – 2009. - №4. - С.84-89.

82 Gina Westhoff, Amanda M Cotter, Jorge E. Tolosa Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 30 OCT 2013 Assessed as up-to-date: 24 JUN 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2

83 Hora Soltani, David R. Hutchon, Thomas A. Poulosc Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 4 AUG 2010 Assessed as up-to-date: 29 MAR 2010 DOI: 10.1002/14651858.CD006173.pub2)

84 Susan J. McDonald, Jo M. Abbott, Shane P. Higgins. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group: Published Online: 26 JAN 2004 Assessed as up-to-date: 29 APR 2007 DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2

85 Olufemi T. Oladapo, Babasola O. Okusanya, Edgardo Abalos. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group: Published Online: 15 FEB 2012 Assessed as up-to-date: 9 JAN 2012 DOI: 10.1002/14651858.CD009332.pub2

86 Rohwer A.C., Khondowe O., Young T. Antispasmodics for labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 5;6:CD009243. doi: 10.1002/14651858.CD009243.pub3.

87 Министерство здравоохранения Республики Беларусь <http://minzdrav.gov.by>

88 Simms I., Vickers M.R., Stephenson J., Rogers P.A., Nicoll A. National assessment of PID diagnosis, treatment and management in general practice: England and Wales // International Journal of STD and AIDS. – 2004. - №11(7). - P.440-444.

89 Westrom L. and Eschenbach D. In: K. Holmes, P. Sparling, P. Mardh et al (eds) // Sexually Transmitted Diseases, 3rd Edition. - New York: McGraw-Hill, 1999. - P.783-809.

90 Тихомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Д.М. Актуальность и общее понятие о воспалительных заболеваниях половой системы // Медицинская панорама. - 2003. - № 9. - С.23-25.

91 Catherine Meads, Trudi Knight, Chris Hyde, Jayne Wilson. The clinical effectiveness and cost effectiveness of antibiotic regimens for pelvic inflammatory disease: Report, The University of Birmingham. – 2004. - P.7-11.

92 General practice research database www.gprd.com/home/default.html

93 Clare E., Hughes Gwenda, Nicolson Amanda, Yung Mandy, Ross Jonathan, Williams Tim, Soldan Kate. Estimation of the Rate of Pelvic Inflammatory disease Diagnoses: Trends in England, 2000-2008 // Sexually Transmitted Disease. - 2011. - Vol. 38, Issue 3. - P.158-162

94 J. Ross, G. Mc Carthy. UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. – 2011. – 17 p.

95 Soper D.E. Pelvic inflammatory disease // Obstet Gynecol. - 2010. - Vol. 116. - P.419

96 Smith K.J., Ness R.B., Wiesenfeld H.C. et al. Cost-effectiveness of alternative outpatient pelvic inflammatory disease treatment strategies // Sex Transm Dis. - 2007. - Vol. 34. - P. 960–966.

97 Wiesenfeld H.C., Sweet R.L., Ness R.B. et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease // Sex Transm Dis. - 2005. - Vol. 32. - P. 400–5.

98 <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36068&search=Genital+Diseases,+Male>

99 <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-4-eng.php>

100 Ness R.B., Soper D.E., Holley R.L. et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health. Randomized Trial // Am J Obstet Gynecol. – 2002. - Vol. 186. - P.929–937.

101 Rekart M.L., Gilbert M., Meza R., Kim P.H., Chang M., Monecy D.M., Brunham R.C. Chlamydia public health programs and the epidemiology of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy // J Infect Dis. – 2013. - Vol. 1. № 207(1). - P.30-8.

102 George Kosimbeil, Kara Hanson, Mike English. Do clinical guidelines reduce clinician dependent costs? Health Research Policy and Systems. -2011. -Vol. 9. - P.24.

103 Bodenheimer T: High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation // Annals of International Medicine. -2005. -Vol. 142(10). - P.847-854.

104 Grimshaw J.M., Thomas R.E., MacLennan G., Fraser C., Ramsay C.R., Vale L., Whitty P., Eccles M.P., Matowe L., Wensing M., Dijkstra R., Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation

strategies//Health Technology Assessment, NHS R&D HTA Programme Edited by: N.H. Service, 2004.

105 Hill J., Bullock I., Alderson P. A summary of the methods that the National Clinical Guideline Centre uses to produce clinical guidelines for the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Ann Intern Med.* – 2011. – 154. – P. 752-757.

106 Institute of Medicine. Initial National Priorities for Comparative Effective Research. Washington, DC: National Academies Pr; 2009.

107 Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans D.B. et al, eds. Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis.- Geneva: World Health Organization, 2003.

108 J. Ross, P. Judlin. European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. - Denmark, 2012. - 22 p.

109 Walker D., DeMaria L.M., Suarez L., Cragin L.; Evaluating Alternative Models of Obstetric Care in Mexico Research Team Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? // *J. Midwifery Womens Health.* – 2012.-Vol. 57(1). - P.18-27.

110 Ith P., Dawson A., Homer C. Quality of maternity care practices of skilled birth attendants in Cambodia // *Int J Evid Based Healthc.* – 2012. -Vol. 10(1). - P.60-67.

111 Khalil K., Elnoury A., Cherine M., Sholkamy H., Hassanein N., Mohsen L., Breebaart M., Aziz Shoubary A. Hospital practice versus evidence-based obstetrics: categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital // *Birth.* - 2005. -Vol. 32(4). -P. 283-90.

112 Sandin Bojö A.K., Hall-Lord M.L., Axelsson O., Udén G., Wilde Larsson B. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth // *J Clin Nurs.* - 2004. - №13(1). - P.75-83.

113 Khreshch R., Homer C., Barclay L. A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record // *Midwifery.* – 2009. - № 25(6). -P.11-18.

114 Shaban I.A., Hatamlah R., Khreshch R., Homer C. Childbirth practices in Jordanian public hospitals: consistency with evidence-based maternity care? // *Int J Evid Based Healthc.* -2011. - Vol. 9(1). - P.25-31.

115 Reale B. Intrapartum care in the twenty-first century / *Nurs Clin North Am.* – 2002. - Vol. 37(4). - P.771-779.

116 Bai J., Gyancshwar R., Bauman A. Models of antenatal care and obstetric outcomes in Sydney South West. // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* – 2008. - Vol. 48(5). - P.454-461.

117 d'Orsi E., Chor D., Giffin K., Angulo-Tuesta A., Barbosa G.P., Gama A. de S., Reis A.C., Hartz Z. Quality of birth care in maternity hospitals of Rio de Janeiro, Brazil// *Rev Saude Publica.* – 2005. -Vol. 39(4). - P.645-654.

118 Qian X., Smith H., Liang H., Liang J., Garner P. Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals // *MC Health Serv Res.* – 2006. -Vol. 8. - P.6-29.

119 Adegoke A., Utz B., Msuya S.E., van den Broek N. Skilled Birth Attendants: who is who? A descriptive study of definitions and roles from nine Sub Saharan African countries.// *PLoS One.* -2012. - Vol. 7.- P.7.

120 T. Kabakian-Khasholian et al. Choices and Challenges in Changing Childbirth Research Network. Routines in facility-based maternity care: evidence from the Arab World // *BJOG.* – 2005. -Vol. 112(9) – P. 1270-1276.

121 Wick L., Mikki N., Giacaman R., Abdul-Rahim H. Childbirth in Palestine // *Int J Gynecol Obstet.* - 2005. - Vol. 89(2). -P.174-178.

122 Roa F. Altaweli, Christine McCourt, Maurina Baron. Childbirth care practices in public sector facilities in Jeddah, Saudi Arabia: A descriptive study // *Midwifery.* – 2014. - DOI: 10.1016/j.midw.2014.03.006 .

123 Chen-Yu Chen, Kuo-Gon Wang Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? // *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 2006. - Vol. 45. Issue 4. -P. 302-306.

124 Stanton C., Blanc A.K., Croft T., Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage // *J Biosoc Sci.* -2007. - Vol. 39(1). - P.109-120.

125 Bette Liu, Basil Donovan, Jane S. Hocking, Janet Knox, Bronwyn Silver, Rebecca Guy. Improving Adherence to Guidelines for the Diagnosis and Management of Pelvic Inflammatory Disease: A Systematic Review // *Dis Obstet Gynecol.* - 2012. - Vol. 2012. - P.6 .

126 Методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения. Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права Кызасвой А.Д., Мейманалиева Т.С., зарегистрированном в Комитете по правам интеллектуальной собственности № 1799 от 29.09.2014 ИС 0013155.

127 www.cebm.net

128 Chalmers B., Muggah H., Samarskaya M.F. and Tkatchenko E. Women's Experiences of Birth in St. Petersburg, Russian Federation, Following a Maternal and Child Health Intervention Program // *Birth.* -1998. - № 25. - С. 107–116.

129 Lwanga S.K. Sample size determination in health studies' a practical manual :WHO. -1991. - 80 p.

130 Jones T., Cawthorn S.; What is Clinical Audit? Evidence Based Medicine, Hayward Medical Communications, 2002.-№117,- P.47-50

131 Ian Callanan, Joan Malone et al. A Practical Guide to Clinical Audit.-Dublin, 2013. - 86 p.

132 Babu E. D., Khan A.Z., Khashaba A. et al. Clinical audit: can we improve further? // *J R Coll Surg E.* -2001. - № 46. - P. 171-172.

133 Scott P.V. Differentiating between audit and research. Clinical audit is research. // *Br Med J.* – 2000. - № 320. - P. 713.

- 134 Mason A. The emerging role of clinical audit.// Clin Med. – 2002. -№ 2.- P. 294-296.
- 135 Richard Baker, Sarah Redsell, Elizabeth Shaw, Keith Stevenson. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Medical Press, 2002. - 196 p.
- 136 Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. — М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. — 358 с.
- 137 Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. - 2010. - №4. – С.70-75.
- 138 Прикладная фармакоэкономика: учебное пособие / под ред. В.И. Петрова. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005. - 236 с.
- 139 Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа. - М.: ООО Издательство «МИА», 2011. - С. 60-150.
- 140 Ягудина Р.И., Чибиляев В.А. Использование конечных и суррогатных точек в фармакоэкономических исследованиях // Фармакоэкономика. - 2010.- №2. - С.12-18.
- 141 Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р., Полубенцева Е.И., Сайткулов К.И. Методические рекомендации по проведению ABC-, VEN- и частотного анализов потребления отдельными категориями граждан лекарственных средств при помощи информационных систем. – М.: ООО «Комплексный медицинский консалтинг», 2007. - 23 с.
- 142 Клиническая фармакология. Национальное руководство / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Куксеа, В.К. Ленахина, В.И. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 964 с.
- 143 Нургожин Т.С., Ведерникова О.О., Кучаева А.В., Сайткулов К.И., Зиганшина Л.Е. К вопросу об использовании ABC- и VEN-анализов в научных исследованиях и практическом здравоохранении // Клиническая фармакология и терапия. – 2004. – № 5. - С. 22-23.
- 144 Фролов М.Ю., Барканова О. Н., Шаталова О. В. Методика проведения ABC/VEN-анализа // Лекарственный вестник. - 2012 – Т. 6, № 6 (46). - С.3-6.
- 145 ТОО «СК-фармация» <http://www.sk-pharma.kz/>
- 146 Веб-портал государственных закупок РК <http://www.goszakup.gov.kz/>
- 147 Бодяжина В.Н., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство. -Курск: АП Курск, 1995. - 496 с.
- 148 Miettinen A.K., Heinonen P.K., Laippala P., Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C- reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease// Am J Obstet Gynecol. – 1993. - №169. - P. 1143–1149.
- 149 US Centers for Disease Control. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. MMWR Morb Mort Wkly Rep. -2006. -№ 55(RR-11):1–94.
- 150 Peipert J.F., Ness R.B., Blume J., Soper D.E., Holley R., Randall H. et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease // Am J Obstet Gynecol. – 2001. - № 184. - P.856–863.

151 Hakakha M.M., Davis J., Korst L.M., Silverman N.S. Leukorrhea and bacterial vaginosis as in-office predictors of cervical infection in high-risk women // *Obstet Gynecol.* – 2002. - №100. - 808–812.

152 Cibula D., Kuzel D., Fucikova Z., Svabik K., Zivny J. Acute exacerbation of recurrent pelvic inflammatory disease. Laparoscopic findings in 141 women with a clinical diagnosis // *J Reprod Med.* – 2001. - №46. - P.49–53.

153 Molander P., Sjoberg J., Paavonen J., Cacciatore B. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease // *Ultrasound Obstet Gynecol.* -2001. -17. -P.233–238

154 Ricardo F. Savaris, Jonathan Ross, Daniele G. Fuhrich, Neley Rodriguez-Malagon, Rui V. Duarte. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease (PID) // *Cochrane Sexually Transmitted Infections Group*, Published Online: 31 JAN 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD010285

155 Richard L. Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease Sweet // *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology.* - Vol. 2011. - P.13.

156 Martens M.G., Gordon S., Yarborough D.R., Faro S., Binder D., Berkeley A. Multicenter randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in outpatient treatment of pelvic inflammatory disease. Ambulatory PID Research Group // *Southern Med J.* – 1993. - №86. - P.604–10.39.

157 Walker C.K., Kahn J.G., Washington A.E., Peterson H.B., Sweet R.L. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy // *J Infect Dis.* – 1993. - №168. - P.969–978.

158 Hemsell D.L., Little B.B., Faro S., Sweet R.L., Ledger W.J., Berkeley A.S., et al. Comparison of three regimens recommended by the Centers for Disease Control and Prevention for the treatment of women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease // *Clin Infect Dis.* – 1994. -№19. - P.720–727.

159 The European Study Group. Comparative evaluation of clindamycin/gentamicin and cefoxitin/doxycycline for treatment of pelvic inflammatory disease: a multi-center trial // *Acta ObstetGynecol Scand.* – 1992. - №71. - P.129–134.

160 Ness R.B., Trautmann G., Richter H.E., Randall H., Peipert J.F., Nelson D.B., Schubeck D., McNeeley S.G., Trout W., Bass D.C., Soper D.E. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial // *Obstet Gynecol.* – 2005. - №106(3). - P.573-580.

161 Dhasmana D., Hathorn E., McGrath R., Tariq A., Ross J.D. The effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory agents in the treatment of pelvic inflammatory disease: a systematic review // *Syst Rev.* – 2014. - №3. – P.79.

162 Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding // *Aust Fam Physician.* – 2004. - № 33(11). - P.906-908.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации прав
на объект авторского права

№ 1799

29 сентября 2014 г.

Настоящим удостоверяется, что в Комитете по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «**Методика оценки медико-социальной и экономической эффективности протоколов диагностики и лечения**» (научное произведение), авторами которого по заявлению авторов являются **Кызаева Айжан Дюсенбековна, Мейманалиев Тилекбек Сағышбекович.**

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный **1 июля 2013** года, принадлежат **Кызаевой А.Д., Мейманалиеву Т.С.** и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре за № 1799 от 29 сентября 2014 года имеется.

И.о. председателя



Ш. Абдреева

СВИДЕТЕЛЬСТВО

ис 0013155

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации прав
на объект авторского права
13 тамыз 2014

№ 1569 _____ г.

Настоящим удостоверяется, что в Комитете по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «Анкеты для акушер-гинекологов по оценке эффективности использования протоколов диагностики и лечения» (научное произведение), авторами которого по заявлению авторов являются Кызаева Айжан Дюсенбековна, Кудамамова Айгуль Бакытжановна.

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный 30 мая 2014 года, принадлежат Кызаевой А.Д., Кудамановой А.Б. и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре за № 1569 от 13 августа 2014 года имеется.

И.о. председателя



Ш. Абдреева

СВИДЕТЕЛЬСТВО

ИС 0012885

ПРИЛОЖЕНИЕ В

АНКЕТА ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Благодарим Вас за то, что Вы согласились заполнить нашу анкету.

Она составлена сотрудниками КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова в рамках проведения научно-исследовательского проекта, посвященного охране материнства и детства в Казахстане.

Спасибо Вам за участие в данном научном исследовании!

1. Пол:

- А) женский
- Б) мужской

2. Ваш возраст:

полных лет _____

3. Ваш профессиональный стаж:

полных лет _____

4. Когда, какой вуз Вы закончили? (с указанием города) _____

5. Ваше место работы _____

6. Ваша медицинская категория

- А) Высшая
- Б) Первая
- В) Вторая
- Г) Третья
- Д) нет категории

7. Есть ли у Вас ученая степень?

- А) не имсю
- Б) кандидат медицинских наук
- В) доктор медицинских наук
- Г) магистр медицины
- Д) PhD

8. Читаете ли Вы специализированную профессиональную литературу/прессу по акушерству и гинекологии? Как часто?

- А) Не читаю
- Б) Читаю регулярно (не реже раза в неделю).
- В) Читаю время от времени (иногда/редко)
- Г) Читаю только перед квалификационными экзаменами.

9. Какую специализированную профессиональную литературу Вы читаете? На каком языке?

- А) Отечественную, на казахском
- Б) Отечественную, на русском
- В) Отечественную на русском, казахском
- Г) Зарубежную, в переводе на русский или казахский
- Д) Зарубежную на английском языке
- Е) Отечественную и зарубежную на русском, казахском, английском языках

10. Укажите, пожалуйста, несколько наиболее интересных Вам изданий (в т.ч. и интернет-источников)

11. Известно ли Вам понятие «доказательная медицина»?

- А) Да

Б) Нет

12. Используете ли Вы в своей работе протоколы диагностики и лечения МЗ РК?

А) да

Б) нет

Если да, то как часто?

А) регулярно

Б) по необходимости

В) другое _____

Если нет, то укажите

причину _____

13. Как Вы считаете, соответствуют ли протоколы диагностики и лечения МЗ РК принципам доказательной медицины?

А) не соответствуют

Б) соответствуют частично

В) соответствуют полностью

14. Считаете ли Вы, что использование протоколов диагностики и лечения повышает качество медицинской помощи?

А) да

Б) нет (укажите причину) _____

В) не знаю

15. Как часто и кем осуществляется контроль за использованием клинических протоколов?

А) не осуществляется

Б) периодически, при подготовке к аудитам

В) регулярно внутренним аудитом (экспертом)

Г) другое _____

16. Применяются ли дисциплинарные меры при несоблюдении протоколов диагностики и лечения?

А) не применяются

Б) да, укажите какие _____

17. Как Вы считаете, какие меры смогут улучшить эффективность использования протоколов диагностики и лечения?

А) регулярное обновление

Б) постоянное обучение и информирование врачей

В) усиление контроля за использованием протоколов диагностики и лечения

Г) другое _____

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

18. Какие мероприятия проводятся роженице в вашем родильном доме в первом периоде неосложненных родов? (нужное подчеркните)

А) очистительная клизма *редко часто никогда*

Б) санитарная обработка роженицы *редко часто никогда*

В) обезболивание родов немедикаментозными методами (точечный массаж, самомассаж и пр.) *редко часто никогда*

Г) обезболивание родов медикаментозными методами (в т.ч. эпидуральная анестезия) *редко часто никогда*

Д) амниотомия при раскрытии шейки матки 8 см и более *редко часто никогда*

Е) контроль частоты пульса, АД, Температуры тела роженицы каждые ____ часа

редко часто никогда

Ж) выслушивание сердцебиения плода каждые _____ (укажите как часто)

З) запись КТГ (кардиотокография) *редко часто никогда*

И) влагалищное исследование каждые _____ (укажите как часто)

К) ведение партограммы *при всех родах от случая к случаю никогда*

19. Какие мероприятия проводятся роженице в вашем родильном доме во втором периоде неосложненных родов? (нужное подчеркните)

А) акушерское пособие *редко часто никогда*

Б) контроль частоты пульса, АД, Температуры тела роженицы каждые _____ часа
редко часто никогда

В) выслушивание сердцебиения плода каждые _____ (укажите как часто)

Г) запись КТГ *редко часто никогда*

Д) влагалищное исследование каждые _____ (укажите как часто)

Е) использование пособия Крестеллера *редко часто никогда*

20. Какие мероприятия проводятся роженице в вашем родильном доме в третьем периоде неосложненных родов? (нужное подчеркните)

А) подтягивание за пуповину (активная тактика) *редко часто никогда*

Б) выжидательная тактика *редко часто никогда*

В) Окситоцин 10 ЕД в/м *редко часто никогда*

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

21. Как часто и при каких сроках должна посещать женскую консультацию беременная при нормальном физиологическом течении беременности (группа низкого риска)

А) 3-5 раз _____ (укажите сроки)

Б) 6-10 раз _____

(укажите сроки)

В) более 10 раз _____ (укажите сроки)

22. Какие медикаменты обычно назначаются женщинам в вашей ЖК в период беременности (при условии нормально протекающей беременности у женщин низкой группы риска) (нужное подчеркнуть)

А) препараты железа *редко всем женщинам никогда*

Б) препараты йода *редко всем женщинам никогда*

В) другие (указать название)

редко всем женщинам никогда

Г) лекарственные препараты не назначаются

23. Кто осуществляет патронаж родильницы в вашей ЖК при неосложненных родах, в какой форме и на какие сутки после родов?

А) Врач, в 1-3 сутки после родов, на дому

Б) Врач, в 1-3 сутки после родов, в поликлинике

В) Врач, в течение первой недели после родов, на дому

Г) Врач, в течение первой недели после родов, в поликлинике

Д) Акушерка или медицинская сестра 1-3 сутки после родов, на дому

Е) Акушерка или медицинская сестра в 1-3 сутки после родов, в поликлинике

Ж) Акушерка или медицинская сестра в течение первой недели после родов, на дому

З) Акушерка или медицинская сестра в течение первой недели после родов, в поликлинике

И) не проводится

24. Укажите, лечебно-диагностические мероприятия и их кратность, которые обычно проводятся женщинам в вашей ЖК в период беременности (при условии нормально протекающей беременности у женщины низкой группы риска)

Нужное отметьте знаком ✓	Вид лечебно- диагностического мероприятия	Кратность (сколько раз за время беременности назначается)	При каком сроке беременности
	ОАК		
	ОАМ		
	Реакция Вассермана		
	Кровь на ВИЧ		
	Группа крови, резус фактор		
	Биохимический анализ крови		
	Глюкоза крови		
	Коагулограмма		
	Мазок на степень чистоты		
	Мазок на онкоцитологию		
	Бак. посев из вагина		
	Бак. посев мочи		
	Обследование на перинатальные инфекции методом ИФА		
	Обследование на перинатальные инфекции методом ПЦР		
	УЗИ		
	КТГ		
	доплерография		
	ЭКГ		
	Консультации узких специалистов (указать каких)		

ГИНЕКОЛОГИЯ

25. Перечислите основные лабораторные исследования, которые вы проводите женщинам с острым сальпингитом/оофоритом и как часто? (нужное подчеркните)

никогда *редко (по показаниям)* *всегда (всем пациентам)*

- А) Общий анализ крови *никогда* *редко* *всегда*
- Б) Определение концентрации С-реактивного белка крови *никогда* *редко* *всегда*
- В) Общий анализ мочи *никогда* *редко* *всегда*
- Г) Микробиологическая диагностика материала из влагалища, цервикального канала, полости матки *никогда* *редко* *всегда*
- Д) Биохимия крови *никогда* *редко* *всегда*
- Е) Бак. посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам *никогда* *редко* *всегда*
- Ж) Определение βХГЧ *никогда* *редко* *всегда*
- З) Мазок по Папаниколау *никогда* *редко* *всегда*

26. Какие инструментальные исследования вы проводите женщинам с острым сальпингитом/оофоритом?

- А) УЗИ малого таза *никогда* *редко* *всегда*
- Б) компьютерная томография *никогда* *редко* *всегда*
- В) лапароскопия *никогда* *редко* *всегда*
- Г) реография *никогда* *редко* *всегда*
- Д) другое (указать) _____

27. Отметьте, в чем заключается лечение пациентки с острым сальпингитом/оофоритом?

- А) антибактериальная терапия
- Б) десенсибилизирующая терапия
- В) инфузионная терапия
- Г) профилактика микоза
- Д) А+Б
- Е) А+Г
- Ж) А+Б+В
- З) А+Б+В+Г

28. В чем заключается медикаментозное лечение острых сальпингитов/оофоритов?

- А) цефалоспорины *никогда* *редко* *всегда*
- Б) цефалоспорины в сочетании с тетрациклинами *никогда* *редко* *всегда*
- В) макролиды и метронидазол *никогда* *редко* *всегда*
- Г) А+В *никогда* *редко* *всегда*
- Д) азитромицин *никогда* *редко* *всегда*
- Е) Амоксициллин + клавулановая кислота *никогда* *редко* *всегда*
- Ж) другие антибиотики _____ (указать)
- З) итраконазол оральный раствор *никогда* *редко* *всегда*
- И) другие антимикотические препараты _____ (указать)
- К) Другие препараты _____ (указать)

Спасибо за ответы!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

ПЕРЕЧЕНЬ КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

РОДИЛЬНЫЕ ДОМА г.АЛМАТЫ	
1	ГКП на ПХВ "Городская клиническая больница №1" Управления здравоохранения г.Алматы
2	ГКП "Городской перинатальный центр" на праве хозяйственного ведения Управления здравоохранения
3	ГКП на ПХВ "Родильный дом №1" Управления здравоохранения города Алматы
4	ГКП на ПХВ "Городской родильный дом №2" Управления здравоохранения города Алматы
5	ГКП на ПХВ "Городской родильный дом №4" Управления здравоохранения города Алматы
6	ГКП на ПХВ "Городской родильный дом №5" Управления здравоохранения города Алматы
7	ГКП на ПХВ "Центр перинатологии и детской кардиохирургии" УЗ г. Алматы

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ г. АЛМАТЫ	
1	ГКП на праве хозяйственного ведения "Центральная городская клиническая больница" Управления здравоохранения города Алматы
2	ГКП на ПХВ "Городская клиническая больница №4" Управления здравоохранения города Алматы
3	ГКП "Городская клиническая больница №5" на ПХВ Управления здравоохранения города Алматы
4	ГКП на ПХВ "Городская клиническая больница №7" на ПХВ Управления здравоохранения города Алматы
5	ГКП на ПХВ "Городская больница "Алатау" Управления здравоохранения города Алматы
6	ГКП на ПХВ "Городской центр репродукции человека" Управления здравоохранения города Алматы
7	ГКП "Городская больница скорой неотложной помощи" на ПХВ Управления здравоохранения города Алматы