

УДК:618.1-089:616-072.1

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Леуш С.С., Роціна Г.Ф., Полтавцева О.Ф., Парпалій Є.І.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,
Дорожня клінічна лікарня №1, г. Київ

Ключові слова: демографія, здоров'я жінки, якість життя, шляхи реформування, функціональна хірургія, реабілітація.

І. Здоров'я для всіх. Демографічний і соціальний аспект

Сучасний погляд на поняття здоров'я, потреба й право людини на здоров'я вимагають нової ідеології та нових технологій. При цьому на вибір суспільству пропонується ідеологія здорового способу життя, зокрема репродуктивного здоров'я й способів його збереження. Актуальними є подальші розробки в галузі планування акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні, де останніми роками спостерігають глибоку демографічну кризу [7, 26, 29]. З огляду на загальноєвропейські тенденції — постаріння населення, висока онкологічна захворюваність, зниження народжуваності й підвищення смертності, технізація й збільшення вартості медичної допомоги, недостатня освіченість й медична обізнаність населення — найбільш дійовими є заходи на межі міжгалузевих завдань, що відповідають глобальним та регіональним завданням щодо "Здоров'я для всіх у 21-му столітті" [8].

Повсякденні події в суспільстві, свідками яких ми стаємо, передусім висвітлюють оборотний процес реформ територіальних і галузевих систем охорони здоров'я на шляху до ринкових відносин [15]. Надзвичайну складність завдань зумовлюють, принаймні, три непересічні обставини, а саме, дедалі гірші показники здоров'я населення за даними (щойно проведеного перепису населення, нас вже не 52 мільйони й тенденція збережеться на невизначений час!); до реформ долучаються значною мірою вичерпані людський ресурс і матеріальна база системи охорони здоров'я, які потребують певних інвестицій з бюджету; привабливій системі медичного страхування, яка, нібито сприятиме реформам [16], ще потрібно народитися. Принципово важливо, що думку найбільш поінформованої щодо здоров'я нації лікарської спільноти, а відтак і один з висновків Першого загальноукраїнського з'їзду медичних працівників (Київ, 1 жовтня 1999 р.) недвозначно спрямовано саме проти волонтаристської стратегії "успішного зразка": стратегія радикальної реформи у сфері охорони здоров'я недопустима.

Ми не бажаємо платити за перебудову таку ціну, як життя й здоров'я наших співвітчизників [22]. Механізми реформування не повинні навіть на короткий час негативно впливати на показники якості медичної допомоги, особливо, якщо йдеться про групи населення, об'єднані за професійною ознакою (шахтарі, нафтовики, військовослужбовці, працівники транспорту тощо) й лікувальні заклади різного підпорядкування. В Україні такий поділ є розумною альтернативою "єдиному медичному простору" саме через нерозвинутість економічних відносин, коли, на непевну думку одних [16], для раціоналізації й забезпечення конституційних гарантій доступності й якості медичного обслуговування дублюючи відомчі заклади інтегруються на базі більш потужних лікарень. Подібна інтеграція може бути доцільною, життєздатною й економічно виваженою лише в межах галузевого підпорядкування. Полишаючи осторонь дискусійні питання й дороги експерименту, звернімо увагу на цілком вмотивовану для поліпшення використання госпітальних ресурсів концентрувати високотехнологічну високоспеціалізовану допомогу та відповідне технічне оснащення у лікарнях третього рівня. При цьому з використанням організаційних та економічних методів слід забезпечити відповідність контингенту хворих призначенню лікарні. Отже, йдеться про профілювання установи охорони здоров'я відповідно до структури захворюваності в певних професіях.

II. Основні напрямки спеціалізації клінічної установи галузевого призначення

Показання й засоби

Проаналізовані показники діяльності гінекологічного відділення засвідчують особливості потоку хворих й хірургічну спрямованість роботи відділення у складі багатопрофільного лікувального закладу. Переважаючими показаннями до госпіталізації протягом 1999–2001 р. (табл.) були пухлини матки й придатків, запальні захворювання, ендометріоз, порушення оваріально-менструального циклу, що визначало кількість ліжко-днів, тривалість лікування в стаціонарі й достатньо високу хі-

рургічну активність (54,6% – у 2001 р., проти 52,3% – у 2000 р. й 50% – за моделлю кінцевих наслідків). Все це за умови більш інтенсивного використання існуючого ліжкового фонду.

На підставі аналізу розглянуті найближчі перспективи розвитку відділення як провідної установи в галузі.

Однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології є збереження репродуктивного здоров'я жінок [4, 18, 24]. Саме тому помітне місце у структурі захворюваності в галузі належить медичному аборті, який дотепер в Україні залишається основним засобом регулювання народжуваності. Це зумовлено деякими соціальними й медичними чинниками, зокрема репродуктивними намірами жінок різних вікових і соціальних груп, їх ставленням до абортів і сучасних засобів контрацепції, недостатньою поінформованістю населення щодо цивілізованих можливостей запобігання небажаній вагітності, низькою загальною і сексуальною культурою, поширенням руйнуючих особистість шкідливих звичок та сексуально-трансмисивних захворювань, слабкою роботою служб планування сім'ї тощо.

Не викликає сумніву природна зацікавленість пацієнток органо- й функціозберігаючими втручаннями [19, 23, 25, 30]. Як правило, пізнє звертання до лікаря пов'язане з медико-біологічною неосвіченістю, побоюванням втратити статеву функцію, репродуктивну здатність, розладами відносин з партнером, а за бажаної вагітності – побоюванням щодо її переривання. Чим молодша жінка, тим більш реальною є перспектива виникнення неврозу й депресії при раптовому припиненні менструацій, що видаються еквівалентом жіночості. При цьому в оцінці створеної ситуації рівень освіти не відіграє щонайменшої ролі. На допомогу фахівцеві й пацієнтці могла б прийти доступна, добре тиражована,

виважена друкована інформація щодо найбільш частих захворювань, сучасних засобів та наслідків їх лікування. За відсутності такої пацієнти легко стають здобиччю ліцензійованих знахарок й цілителів.

З погляду лікаря органозберігаючі втручання – це збереження гормонального гомеостазу, реабілітація репродуктивної здатності, менструальної функції, підтримка положення й функції тазових органів, запобігання виникненню передпухлинних станів – все, що вдається зберегти за відповідних умов у конкретної хворої [10, 11]. Таким чином, немає жодних підстав для сумнівів, що кожна жінка, яка потребує хірургічної допомоги, з розумінням поставиться до пропозиції виконати втручання з мінімальними втратами органів та їх функцій, більш того, за перспективою реабілітації чи створення заново деяких з них. Подібний обсяг втручання лише малою мірою вичерпує зміст поняття "функціональна хірургія матки" [27]. Таке визначення допустимо трактувати або широко, з огляду на можливі поєднання захворювань статевої системи з патологією суміжних органів, або обмежено – щодо корекції порушення функцій окремих органів малого таза. В усякому разі йдеться про якість життя протягом тривалого часу, з дитинства до старості й, особливо, протягом репродуктивного періоду.

III. Реконструктивно-відновні втручання в діяльності провідної установи як відображення інтеграційних процесів у відомчих лікувальних закладах

Хоча у фізіології статевої сфери роль яєчників пріоритетна, але найчастіше органо- й функціозберігаючі втручання зумовлені порушенням чи ризиком втрати однієї чи кількох функцій матки, зокрема:

- менструальної й підтримки функції яєчників за "зворотним зв'язком", запліднення, плодівмістища за вагітності;

Таблиця. Розподіл хворих за нозологічними ознаками

Діагноз	2001			2000			1999		
	кількість хворих	ліжко-дні	середній ліжко-день	кількість хворих	ліжко-дні	середній ліжко-день	кількість хворих	ліжко-дні	середній ліжко-день
Пухлини статевих органів	372	5433	16,4	273	4092	17,5	302	4502	14,8
Запальні захворювання	331	4549	13,7	344	4185	12,2	262	2942	11,2
Ендометріоз	183	2674	14,6	224	3103	13,9	191	2389	12,5
Порушення менструального циклу	181	1162	6,4	94	501	5,3	61	293	4,8
Аборт:									
– медичний	111	318	2,9	60	145	2,4	30	78	2,6
– мимовільний	3	5,4	1,8	3	23	4,6	–	–	–

- імунокомпетентного органа, який відповідає за підтримку імунної толерантності;
- захисного бар'єра проти висхідної інфекції;
- збереження статички органів малого таза тощо.

За зазначених умов збереження, відновлення, новостворення при аномаліях розвитку, реабілітація однієї чи всіх функцій надає консервативному спрямуванню в оперативній гінекології виправдану роль хірургії, функціональної за змістом і якістю.

Діапазон втручань досить великий. Достатньо посилення на відповідні джерела інформації (Д.В. Кан, 1986; Х. Кремлінг, Лутцайер, Р. Хайнц, 1985), класичні й модифіковані з часом хірургічні технології. На жаль, багато з них, які містили відомості про органозберігаючі технології, недоступні сучасному читачеві [2, 3, 6, 10, 13, 14, 19, 20, 21, 32]. Останнім часом цей перелік доповнений спільною роботою Л.В. Люлько, К.В. Вороніна [17], яка стане настільним довідником багатьох хірургів, роботами В.І. Кулакова, Л.В. Адамян та співавторів [11, 12, 13], Х. Хірша та співавторів [28].

Наведений обсяг консервативно-хірургічних втручань у практиці спеціалізованого відділення створює уяву про різноманітність технологій, складність завдань з їх впровадження:

1. Органозберігаючі втручання на матці [18, 25, 27] з приводу міоми, оперованої матки, різних за числом і формою вад розвитку, атрезій каналу шийки матки [17] і істмікоцервікальної недостатності, перегородок, синехій, норичь, зокрема:

- втручання на тілі й дні матки;
- втручання на перешийку, шийці й судинах матки.

2. Операції на яєчниках (цистектомія, клиновидна резекція, діатермо- і криодеструкція вогнищ ендометріозу, оваріолізис і т. п.).

3. Втручання на маткових трубах (сальпінголізис), сальпінгостоматоластика [11, 12, 13], сальпінготомія, сальпінгоанастомоз, реплантація труб у матку).

4. Корекція аномалій положення органів (лігаментопексія) абдомінальним [2] чи вагінальним [6] доступом, а також з використанням ендоскопічних технологій [5, 31, 33, 34].

5. Втручання на вегетативній нервовій системі з приводу больового синдрому.

6. Оперативні втручання на піхві, з приводу розриву й опущення стінок, норичі (сечово- й кишечно-піхвової) [9, 10, 13], розриву, подовження й пухлини шийки матки, істмікоцервікальної недостатності, кісти, перетинок піхви тощо.

7. Кольпопоез, найчастіше з приводу варіантів синдрому Майєра-Рокитанського-Кюстера, рідше – синдрому Гольдберга-Максвелл-Морріс [1].

Варіанти втручання також можуть бути лише наближено класифіковані за анатомічними й тех-

нологічними ознаками (доступ, обсяг, техніка), оскільки для кожного сегменту органа існує велика кількість доступів й втручань *sui generis*.

Втручання трансабдомінальним доступом з приводу:

1. Фіброміоми (хірургічні маніпуляції на тілі, перешийку матки інтра- й екстраперитонеально, з проникненням у порожнину матки чи без такого, енуклеація вузлів, проміжпридаткова гістеректомія, міометректомія за Келлі-Кроссеном, сегментарна гістеректомія – резекція перешийку, ампутація шийки матки), видалення міоми і пухлини яєчників під час вагітності.

2. Вади розвитку – метропластика (видалення рудиментарного рогу матки, втручання з приводу сідловидності – варіанти Штрасмана, Матьє-Дюпарка, Те Лінде, імплантація тіла матки в природну чи штучно створену піхву, імплантація маткових труб в матку з приводу інтрамуральної обструкції і та ін.). Варіанти втручань обирають, зважаючи на багатоконпонентну класифікацію природжених вад, запропоновану R. Musset, J. Belaisch (1964).

3. Аномалії положення, з метою лігаментопексії (множинні варіанти з прототипом за Бальді-Дартиг-Вебстером та ін.).

4. Трубною неплідності й трубною вагітності (сальпінголізис, сальпінго-стоматоластика, сальпінгоностомія та ін.).

5. Пухлиноподібних утворень яєчників, ендометріозу.

6. З метою пресакральної вегетоневротомії (резекції верхнього пахвинного сплетіння).

Втручання екстраперитонеально з приводу:

1. Кесарського розтину чи пізнього викидня на тлі побіжних інфекційних ускладнень чи підвищеного ризику виникнення гнійно-септичної інфекції.

2. Маткова кровотеча, з метою гемостазу на протязі.

3. Травма сечовода (відновлення чи імплантація проксимального кінця в сечовий міхур, формування уретероцистанастомозу за Боарі тощо).

Втручання з боку піхви з приводу:

1. Аномалії положення матки, випадіння матки й піхви (гістеропексія, кольпорафія, перинеокейзис, уретропексія, консервативна міомектомія, аднексектомія, гістеректомія та ін.).

2. Незащитих розривів шийки матки, піхви й прямої кишки, кишково- й міхурово-піхвової норичі, з метою відновлення міхурово-уретральної анатомії та різноманітних варіантів позадулобкової уретропексії тощо (пропозиція Д.І. Ширшова, 1912; модифікація V.F. Marschall та співавт., 1949).

3. Вади і аплазії статевих органів (варіанти кольпопоезу, ексцизії перетинок, видалення кіст Гартнерового проходу та ін.).

4. Пухлин матки й придатків.

IV. Клінічна лікарня як оптимальний варіант реформ і інтеграційних процесів

Подальший розвиток й удосконалення служби передбачає розширення обсягу високоспеціалізованої допомоги шляхом підвищення кваліфікаційних вимог до працюючих, удосконалення матеріально-технічного забезпечення, залучення до роботи інтелектуального потенціалу працівників вищої школи.

Помітну роль в інтеграційних процесах і подальшій спеціалізації клінічних установ мають відіграти поєднані зусилля фахівців вищої професійної освіти й закладів охорони здоров'я. З 2001 р. гінекологічне відділення є клінічною базою кафедри акушерства й гінекології № 1 (зав.—проф. С.С. Леуш) Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. Кафедра є відомим осередком післядипломного навчання й визнаною в Україні школою з реконструктивно-відновної хірургії та реабілітації функцій жіночого організму, започаткованою опікуванням ушлявлених попередників, професорів Янкелевича Ю.Я., Хмелевського В.М., Савицького В.М., Петербурзького Ф.О., їх учнів Сукачова М.С., Васильєвої Л.П. та інших. Вже перший досвід співробітництва дає змогу прогнозувати, по-перше, подальшу спеціалізацію клініки завдяки впровадженню сучасних технологій функціональної хірургії в акушерстві й гінекології, по-друге, підвищення якості післядипломного навчання фахівців відомчої медичної служби, що співпадає з основними тенденціями реформ закладів охорони здоров'я. Проте, обидва напрямки спільної діяльності виграють за умови поновлення й доповнення матеріальної бази клініки сучасним діагностичним й лікувальним устаткуванням в інтересах пацієнтів та лікарів, що навчаються на кафедрі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Хашукова А.З. Пороки развития матки и влагалища. — М.: Медицина, 1998. — 320 с.
2. Брауде И.Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. М.: Медгиз, 1947. — 320 с.
3. Бумм Эрнст. Оперативная гинекология. Харьков: "Космос", 1927. — 249 с.
4. Вихляева Е.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и др. Справочник по акушерству и гинекологии (Под ред. Савельевой Г.М.). — М.: Медицина, 1996. — 384 с.
5. Гладчук І.З. Оперативна ендоскопія у комплексі лікування жіночої безплідності (Дис.докт.). Одеса, 1999.
6. Дзнеладзе А.Г. Выпадение матки и влагалища. Этиология, патогенез, терапия, профилактика. Тбилиси: Грузмедгиз. — 1948. — 463 с.
7. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (Медико-демографічний огляд). К., 2001. — 68 с.

Висновки

1. Реформування системи охорони здоров'я в Україні визначається новими соціальними умовами, потребою адаптації до ринкових умов, коли сама медична практика набуває товарної цінності. Труднощі зумовлені як погіршенням стану здоров'я населення, так і недостатнім матеріальним забезпеченням лікувального процесу. Вирішення проблеми можливе шляхом інтеграції лікувальних установ, їх подальшої спеціалізації, зокрема, у відомчих межах.

2. Аналіз роботи гінекологічного відділення провідної в галузі ДКБ № 1 ст. Київ свідчить про високу захворюваність жінок в межах галузі, високий рівень спеціалізованої допомоги переважно за наявності пухлин, запальних захворювань, ендометріозу тощо, а також існування резервів удосконалення спеціалізованої допомоги, зокрема завдяки впровадженню сучасних, органозберігаючих технологій.

3. Протягом останніх десятиліть в репродуктивну медицину активно впроваджують міні-інвазивні ендоскопічні технології: лапаро- й гістероскопію. Це багато в чому змінило усталені принципи обстеження й лікування жінок з трубною вагітністю, трубно-перитонеальним безпліддям, ендометріозом, ановуляцією. Завдяки технічному прогресу, сьогодні гістеро- й лапароскопію можна здійснювати амбулаторно, з мінімумом незручностей для пацієнок, можливістю водночас з уточненням діагнозу виконати хірургічне реконструктивно-пластичне втручання.

4. Інтегративні тенденції при реформуванні зрештою сприятимуть організації високоспеціалізованих високооснащених сучасними медичними технологіями лікувальних закладів, підрозділів вищої школи.

8. Здоров'я для всіх в 21-му столітті, ЄРБ ВООЗ, Копенгаген, 1999.
9. Краснополський В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. — М.: МЕДпресс. 2001. — 191 с.
10. Кренар Йиржи. Пластическая хирургия в гинекологии. Прага: Авиценум, 1980. — 254 с.
11. Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. — М.: Медицина, 1999. — 312 с.
12. Кулаков В.И., Адамьян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина. — 2000. — 383 с.
13. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснополський В.И. Оперативная гинекология. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 463 с.
14. Левит И.Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Медгиз, Ленинградское отделение, 1949. — 467 с.
15. Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та інші. Стратегічні напрямки розвитку охорони

здоров'я в Україні./Під ред. проф. В.М. Лехан/ К.: "Сфера", 2001. — 176 с.

16. Лехан В.М., Загородній В.В., Джафарова Д.М. Структурна перебудова системи медичної допомоги як спосіб підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під ред. проф. В.М. Лехан / Київ: "Сфера", 2001. — С.58–79.

17. Люлько Л.В., Воронин К.В. Хирургия урогенитальной травмы. Днепропетровск: Пороги, 1994. — 193 с.

18. Матвеева В.Ф. Материалы к клинико-морфологическому изучению фибромиомы в сочетании с беременностью. — Докторская диссертация. — Харьков: 1946.

19. Новак Ф. Оперативная гинекология. —М.: Медицина, 1989.— 366 с.

20. Окниця Л.Л. Оперативная гинекология в 2-х томах. — Л-д: Биомедгиз, 1938. —564 с.

21. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1971. — 552 с.

22. Перспектива-2010. Программа реорганизации медицинской помощи в Украине. Материалы Первого всеукраинского съезда медицинских работников.—К., 1999.— 95 с.

23. Принципы микрохирургии в лечении бесплодия (под ред. Дж.В. Рейньяка и Н.Х. Лоэрсона) —М.: Медицина, 1986. — 248 с.

24. Романовская Н.П. Беременность и роды при фибромиоме матки // Здравоохранение Белоруссии, 1960.

— № 8. — С.48–50.

25. Савицкий В.Н. К вопросу об изменениях миома-тозных узлов во время беременности. Труды 8-го Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. — М: 1930. — С.559–566.

26. Сердюк А.М., Тимченко Ш.Ш., Бариляк І.Р. та інші. Народжуваність в містах України // ПАГ, 1996. — № 4. — С.58–62.

27. Сырбу Панаит. Функциональная хирургия матки (Общие принципы, касающиеся показаний и возможностей ее достижения). Бухарест: Медицинское издательство, 1973. — 127 с.

28. Хириш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология. Атлас. Москва: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 649 с.

29. Шкіряк-Нижник З.А. Сучасна демографічна ситуація в Україні // ПАГ, 1996. — № 4. — С. 4–5.

30. Blanc Bernard J-L., Boublil Leon. Ginekologia. Wroclaw-Warszawa-Krakow: Zaklad Narodowy im. Ossolinskich Wydawnictwo, 1995. — P.612.

31. Cohen S.M. Operative Laparoscopy and hysteroscopy.— New York: Churchill Livingstone. — 1996. — 320 P.

32. Doderlein-Kronig. Operative gynakologie. IV Auflage (Bearbeitet von Dr. med. Albert Doderlein) // Leipzig: Verlag von Georg Thieme. — 1921. — P.1028.

33. Pouty J.L., Mahnes H., Mage G. et al. Conservative Laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies // Fertil.Steril.. — 1986. — V.46. — P.1093–1097.

34. Semm K. Endocoagulation: a new field of endoscopic surgery // J.Reprod.Med. — 1976. — V.31. — P.7–9.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Леуш С.С., Рощина Г.Ф., Полтавцева О.Ф., Парпалей Е.И.

При анализе показателей деятельности гинекологического отделения в 1999–2001 г. установлено, что основными показаниями к госпитализации являются опухолевый процесс, воспаление половых органов, эндометриоз, нарушения овариально-менструального цикла, незапланированная беременность. Хирургическая активность отделения (52,3–54,6%) выше планируемой. Резервом дальнейшей специализации может быть внедрение консервативно-хирургического, орган- и функциосохраняющих вмешательств, а также эндоскопических технологий при соответствующем оснащении клиники. При этих условиях отделение может эффективно выполнять функции ведущего в отраслевом здравоохранении, базы специализации и последипломного обучения врачей.

MODERN LINES OF SPECIALIZATION AND QUALITY GINAECOLOGY OF THE HELP

Leush S.S., Roschina G.F., Poltavtseva O.F., Parpalei E.I.

The analysis of parameters gynaecology department activity has shown, that during 1999–2001, the main indications to hospitalization were the tumour processes, genital organs, inflammations, endometriosis, infringement of menstruation of a cycle, undesirable pregnancy. Surgical activity of department was (52,3–54,6%), above planned. Reserve of the further specialization can become conservative-surgical, organs- and function-maintain of interventions endoscopy of technology with the appropriate equipment of clinic. Under these conditions the department can effectively execute function conducting in public health services, base of specialization and postgraduate of the doctors training.