

ПО МАТЕРИАЛАМ 4-ГО РОССИЙСКОГО ФОРУМА «МАТЬ И ДИТЯ». МОСКВА, 2002

© Шарапова О. В., 2003

О. В. Шарапова

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОЙ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНЕ

Зам. министра здравоохранения Российской Федерации

Одним из стратегических направлений социальной политики государства является защита материнства и детства. В Российской Федерации создана государственная система охраны материнства и детства, включающая комплекс медико-социальных мер в области улучшения положения и здоровья женщин и детей.

Указом Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации введены основные положения государственной социальной политики по защите и выживанию детей и женщин, национальные планы действий по улучшению положения женщин и детей в Российской Федерации. Разработаны и приняты законодательные акты (федеральные законы от 16.07.1999 № 165-ФЗ, от 28.12.2001 № 181-ФЗ) по социальной поддержке материнства и детства, предусматривающие увеличение (в 3 раза по сравнению с 1997 г.) единовременных пособий женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности, при рождении ребенка и на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет. Наряду с сохранением ранее действующих гарантий (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ), усилены меры по социальной защите беременных и др.

Одним из важнейших направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения является охрана здоровья женщин и детей, в том числе оказание им доступной и квалифицированной акушерской и неонатологической помощи, снижение материнских и перинатальных потерь, профилактика инвалидности с детства.

В последнее десятилетие организация акушерской и неонатологической помощи в стране претерпела существенные изменения — реализуется федеральная программа «Безопасное материнство», получила развитие служба планирования семьи, с учетом профилактической направленности расширяются объемы амбулаторно-поликлинической помощи, внедряются ресурсосберегающие технологии. Большое внимание уделяется реализации системы перинатальной помощи; созданы специализированные ро-

дильные дома и детские больницы, перинатальные и неонатальные центры; проводится реструктуризация учреждений родовспоможения и детства, внедряются современные перинатальные технологии.

В России амбулаторно-поликлиническую акушерскую помощь оказывают 2029 женских консультаций (в 1997 г. — 2027), 451 центр планирования семьи и репродукции (в 1997 г. — 266), 4953 акушерско-гинекологических кабинета (в 1997 г. — 5324). Наряду с этим профилактические осмотры женщин осуществляются 5088 смотровыми кабинетами (в 1997 г. — 5324). Действуют более 120 медико-генетических консультаций и кабинетов, из них 7 являются федеральными центрами (в 1997 г. — 120). Медицинская помощь новорожденным оказывается в детских отделениях многопрофильных поликлиник и 480 самостоятельных детских поликлиниках (1997 г. — 500). В сельской местности амбулаторную помощь женщинам и детям обеспечивают 42,9 тыс. ФАПов (в 1997 г. — 44,0 тыс.).

Стационарная акушерская и неонатологическая помощь оказывается родильными отделениями больниц различного уровня, а также 236 самостоятельными родильными домами (в 1997 г. — 265), их число сокращается в основном за счет маломощных учреждений (менее 60–70 коек). Высокотехнологичные виды интенсивной и реанимационной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных и новорожденных оказывают 80 перинатальных центров. Неонатологическая помощь обеспечивается также в неонатальных центрах, отделениях патологии новорожденных специализированных детских больниц, где созданы отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Одновременно с реструктуризацией сети учреждений меняется структура коекного фонда. Число коек для беременных и рожениц уменьшилось за последние 5 лет на 17,4% (с 62,5 тыс. в 1997 г. до 51,6 тыс. в 2001 г.). Вместе с тем отмечается тенденция к росту коек для женщин с патологией беременности (с 34,8 тыс. в 1997 г. до 34,9 тыс. в 2001 г.). Удельный вес коек для женщин с патологией беременности в общем

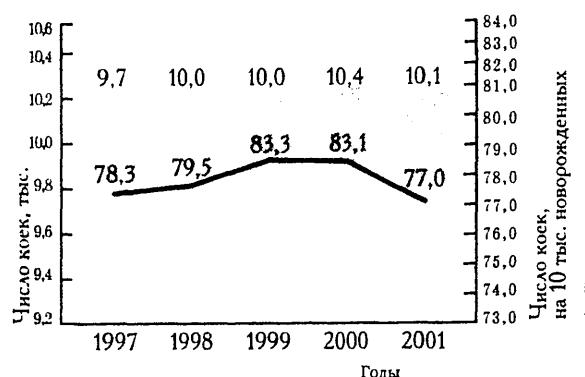


Рис. 1. Динамика числа коек для недоношенных и новорожденных детей в 1997–2001 гг.

□ абсолютное число коек, — число коек на 10 тыс. детей.

числе акушерских коек увеличился на 13,2% и составил в 2001 г. 40,4% (в 1997 г. — 37,7%), однако на фоне роста частоты осложнений беременности и родов эта потребность составляет не менее 50%. Доля коек совместного пребывания матери и ребенка в среднем колеблется от 20% до 40%, что также свидетельствует о необходимости усиления работы в этом направлении.

Медленно увеличивается сеть для недоношенных и новорожденных — за последние 5 лет на 4,1% (рис. 1). Вместе с тем число недоношенных детей и общая заболеваемость новорожденных возрастают.

Анализ деятельности учреждений родовспоможения и детства показывает, что в практику недостаточно активно внедряются стационары дневного пребывания для беременных и реабилитации детей. Требуют более активного внедрения перинатальные семеноориентированные технологии, санитарные нормы и правила, предусмотренные приказом Минздрава России от 26.11.1997 № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» и соответствующие рекомендации ВОЗ.

В целях повышения эффективности и качества акушерской и неонатологической помощи необходимо последовательное укрепление амбулаторно-поликлинических

учреждений, развитие перинатальных центров, сети дневных стационаров, стационарзамещающих форм. Требует упорядочения и экономически более рентабельного использования стационарный фонд с акцентом на его специализацию на всех уровнях и этапах, что, как правило, может быть реализовано на управляемческом уровне и организационными мерами.

Пристального внимания требует решение кадровых вопросов. Число врачей акушеров-гинекологов имеет тенденцию к росту и увеличилось за 5 лет на 800 человек. Из них 55% работают в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Врачебные кадры имеют достаточно высокий уровень квалификации.

В 2001 г. число врачей-педиатров составило 62,8 тыс. (в 1997 г. — 56,5 тыс.), неонатологов — 5,1 тыс. (в 1997 г. — 4,8 тыс.).

Продолжается снижение числа акушерок — за истекший год их число уменьшилось на 5,9 тыс. (на 8,0%); соотношение врачей акушеров-гинекологов и акушерок в 2001 г. составило 1 : 1,5 (в 1997 г. — 1 : 2,5; в 2000 г. — 1 : 1,9), при среднестатистическом европейском показателе 1 : 8 — 1 : 9, что свидетельствует о необходимости повышения престижа профессии акушерки как основного помощника (партнера) врача. Минздравом России в перечень соответствия специальности «Управление сестринской деятельностью» введена специальность главной акушерки (приказ Минздрава России от 16.08.2002 № 267), также подготовлен пакет документов о включении в номенклатуру должностей учреждений охраны материнства и детства должности главной акушерки.

Важными компонентами оказания медицинской помощи матери и ребенку на всех этапах в условиях развития общей врачебной (семейной) практики являются единый подход и взаимодействие различных специалистов (акушеров-гинекологов, неонатологов, терапевтов, анестезиологов-реаниматологов, медицинских генетиков, психологов и др.), постоянное повышение их квалификации, стандартизация лечебно-диагностического процесса.

Эффективность службы родовспоможения и детства, качество оказания акушерской помощи во многом определяются уровнем и структурой материнской смертности.

Факторы, определяющие уровень материнской смертности и безопасного материнства в целом,

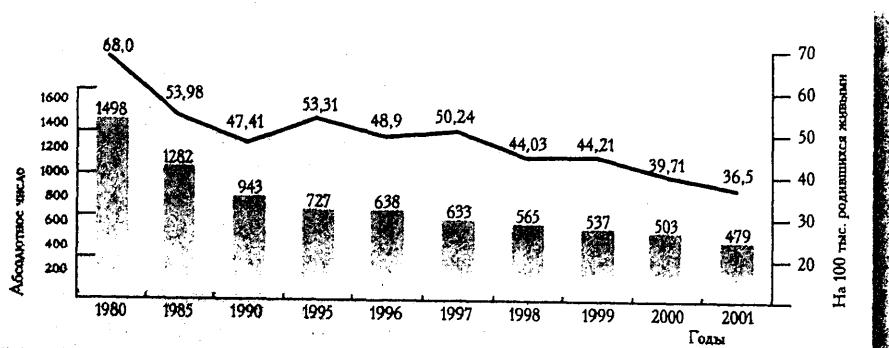


Рис. 2. Динамика показателей материнской смертности в РФ в 1980–2001 гг.

■ абсолютное число, — на 100 тыс. родившихся живыми.

в настоящее время общеизвестны. Они емко отражены в Концепции безопасного материнства, сформулированной ВОЗ: «Безопасное материнство — совокупность социально-экономических, правовых и медицинских мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщин, сохраняющих их жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, домашних обязанностей и трудовой деятельности».

За последние 10 лет в России абсолютное число умерших женщин уменьшилось в 2 раза. В 2001 г. показатель материнской смертности составил 36,5 на 100 тыс. родившихся живыми, за 5 лет снизился на 27,3% (50,24). Материнские потери сократились на 154 случая (снижение на 30,6%) и в 2001 г. составили 479 случаев (рис. 2).

В 2001 г. материнская смертность среди жительниц сельской местности превышала аналогичный показатель среди жительниц городских поселений в 1,5 раза — 46,7 и 32,3 на 100 000 родившихся живыми соответственно.

Как и в предыдущие годы уровень материнской смертности в 2001 г. имел существенные различия по федеральным округам — от 29,3 в Северо-Западном до 58,6 в Дальневосточном — и административным территориям — от 3,8 в Самарской области до 80,3

место — $\frac{3}{4}$ всех материнских потерь — определяется тремя причинами — абортами, кровотечением, поздними токсикозами.

Несомненно, необходимо учитывать влияние многих факторов на уровень материнской смертности. Как известно, по экспертной оценке около 30% случаев материнской смертности являются непредотвратимыми (это тяжелая соматическая патология, тромбоэмболия легочной артерии и околоплодными водами), 70% — управляемыми, предотвратимыми и условно предотвратимыми.

С целью принятия оперативных мер по предотвращению случаев материнской смертности Минздравом России утвержден приказ от 14.08.2002 № 257 «Об экстренных донесениях, представляемых Минздраву России».

Важное значение имеет состояние здоровья беременных. Несмотря на положительные тенденции ряда показателей, характеризующих состояние здоровья женщин и детей, в России отмечается снижение качества здоровья беременных. В целом число женщин с осложненным течением беременности за последние 5 лет увеличилось, что является следствием в первую очередь низкого уровня общесоматического здоровья женщин. Однако в 2001 г. по сравнению с 2000 г. имеет место тенденция к снижению частоты заболеваемости беременных анемией на 2,7% (2001 г. — 42,7%; 2000 г. — 43,9%), болезнями системы кровообращения на 4% (2001 г. — 9,8%; 2000 г. — 10,2%), также отмечается стабилизация частоты болезней мочеполовой системы.

Выявляемость экстрагенитальной патологии среди беременных в административных территориях варьирует в широких пределах. Заболеваемость анемией среди беременных колеблется от 28,4% в Республике Хакасия до 80% в Республике Ингушетия (в РФ 42,7%); болезнями мочеполовой системы — от 9,8% в Курганской области до 48,8% в Удмуртской Республике (в РФ 18,6%). Это требует углубленного анализа и принятия мер по профилактике данной патологии.

Около 90% женщин среди ВИЧ-инфицированных составляют женщины детородного возраста. Это обостряет проблему вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в период беременности и родов. Только в 2000 г. зарегистрировано 1932 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. С увеличением числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и оставшихся без попечения родителей, встает проблема воспитания их в государственных учреждениях. В большинстве территорий России определены специализированные акушерские стационары для приема родов этого контингента женщин. Однако в связи с тем, что в настоящее время ни одно родовспомогательное учреждение не гарантировано от приема родов ВИЧ-инфицированной пациентки, медицинскому персоналу следует уделять особое внимание готовности родовспомогательных учреждений к приему родов у этих женщин.

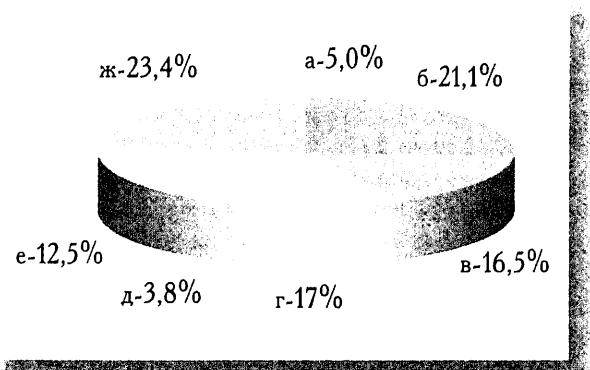


Рис. 3. Структура причин материнской смертности в 2001 г.
а — внематочная беременность, б — аборты,
в — кровотечения при беременности и в родах,
г — токсикоз беременности, д — сепсис во
время родов, е — непрямые причины акушер-
ской смерти, ж — прочие причины.

в Курганской области. В 2001 г. случаи материнской смертности не зарегистрированы в Республиках Карелия, Коми, Ингушетия, Алтай, Камчатской области, Ненецком, Эвенкийском, Таймырском, Агинском, Бурятском автономных округах.

Более 60% материнских потерь зарегистрировано в Уральском, Дальневосточном и Сибирском федеральных округах.

Структура причин материнской смертности в Российской Федерации за последние годы практически не изменялась (рис. 3). По-прежнему ведущее

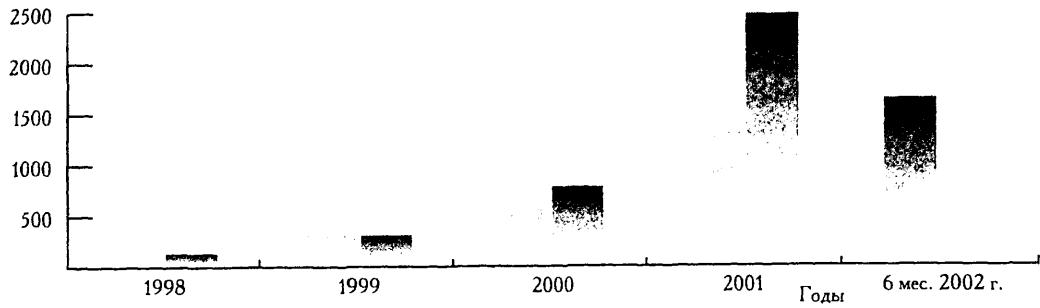


Рис. 4. Динамика числа выявленных ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет и беременных женщин в РФ в 1998—2002 гг. ■ дети до 14 лет, □ беременные женщины.

Таблица

Частота осложнений при родах в 1997—2001 гг.

Осложнения	1997	2000	2001
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	10,7*	10,9	11,2
Кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах	27,9	24,29	20,14
Аномалии родовой деятельности	132,4	132,6	130,1
Поздние токсикозы	185,1	198,2	222,9
Разрывы матки	0,16	0,16	0,15
Послеродовый сепсис	1,74	1,77	1,42

* Данные представлены на 1000 родов.

Медико-социальная значимость и важность проблемы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку требуют углубленного анализа сложившейся ситуации с распространенностью этой инфекции среди беременных женщин (рис. 4) и принятие неотложных мер по ее предотвращению. В этих целях Минздравом России подготовлено и направлено в субъекты Российской Федерации информационное письмо от 27.06.2002 № 2510/6468-02-03 «Беременность и роды у ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации в 2000–2001 годах» с рекомендациями провести оценку ситуации на местах для принятия необходимых мер с учетом региональных особенностей.

Анализ показателей акушерской помощи в родах является важнейшей характеристикой состояния организаций и качества службы родовспоможения.

Число нормальных родов в 2001 г. составило 31,2%. По федеральным округам этот показатель варьирует от 27,2% в Уральском до 33,9% в Южном, по административным территориям — от 10,8% в Белгородской области до 54,8% в Рязанской области. В связи с этим в целях введения единого определения и стандарта помощи в 1999 г. Минздравом России подго-

товлено и направлено в территории информационное письмо «Стандарт нормальных родов» (от 17.06.1999 № 2510/6690-99-22).

Данные о структуре и динамике осложнений при родах представлены в таблице.

Особое внимание на местах следует обратить на учет и регистрацию гнойно-септических осложнений в соответствии с их перечнем, утвержденным приказом Минздрава России от 25.11.1997 № 345. В связи с увеличением доли родильниц, погибших от гнойно-септических заболеваний, следует обратить внимание на проведение и эффективность послеродового патронажа. В соответствии с этим приказом Минздрава России, при внедрении ранней выписки из акушерских стационаров послеродовый патронаж приобретает особое значение, ключевую роль при этом должны играть акушерки.

Следует отметить, что оперативное родоразрешение в акушерских стационарах имеет тенденцию к росту, в основном это происходит за счет увеличения частоты операции кесарева сечения — в 1,2 раза за последние 5 лет, этот показатель в 2001 г. составил 150,4 на 1000 родов; при этом частота других оперативных пособий снижается.

Важной характеристикой качества помощи в родах является введенный с 1999 г. в статистическую отчетность (ф. 14) показатель «экстирпация матки в родах и после них». В 2001 г. в Российской Федерации произведено 3141 этих операций, что составило 2,44 на 1000 родов, т.е. одна экстирпация на 410 родов (в 2000 г. — 2,0, в 1999 — 1,96).

Ведущей причиной материнской смертности в нашей стране по-прежнему остаются аборты, доля которых составила в 2001 г. 21,1% (в мире в целом по оценке ВОЗ — 13%). Из числа женщин, умерших после абортов в 2001 г., 83,2% погибли после абортов, начавшегося вне лечебного учреждения (в 2000 г. — 68,8%).

В целом за последние 15 лет материнская смертность после абортов уменьшилась в 5 раз (с 511 случаев в 1985 г. до 101 в 2001 г.).

Положительную динамику показателя материнской смертности во многом определило снижение числа абортов. В 2001 г. по сравнению с 1997 г. абсолютное число абортов и показатель абортов на

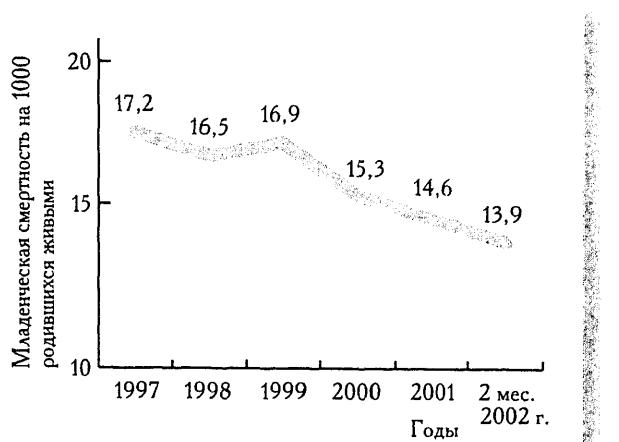


Рис. 5. Динамика показателей младенческой смертности в РФ в 1997—2002 гг.

1000 женщин детородного возраста уменьшились в 1,3 раза (1997 г. — 60,3; 2001 г. — 47,7).

Снижение общего числа абортов и смертности как после абортов, так и в целом материнских потерь, — результат совместной эффективной работы органов и учреждений здравоохранения как на федеральном, так и на региональном уровне и, прежде всего, в рамках целевых программ «Планирование семьи» и «Безопасное материнство», целесообразность и результативность которых очевидна.

Интегральным показателем, отражающим состояние здоровье матерей, качество медицинской помощи женщинам и детям, является младенческая смертность.

При анализе динамики младенческой смертности (рис. 5) очевидно, что за последние 5 лет смертность детей до 1 года снизилась на 17%, достигнув в 2001 г. 14,6 на 1000 родившихся живыми (в 1997 г. — 17,2). Показатель младенческой смертности продолжает снижаться и за 8 месяцев 2002 г. он составил 13,9%.

В 2001 г. младенческая смертность среди детей 1-го года жизни жителей сельской местности составила 16,2 на 1000 родившихся живыми, среди жителей городских поселений — 14,0%.

Наиболее низкие показатели младенческой смертности в 2001 г. отмечались в Северо-Западном федеральном округе (12,8 на 100 тыс. родившихся живыми), наиболее высокие — в Дальневосточном (18,1 на 100 тыс. родившихся живыми), что определяет необходимость регионального подхода к проведению мероприятий, снижающих младенческую смертность.

Постоянное снижение уровня младенческой смертности свидетельствует о правильности стратегического направления развития службы охраны материнства и детства по внедрению эффективных технологий в деятельность учреждений детства и родовспоможения.

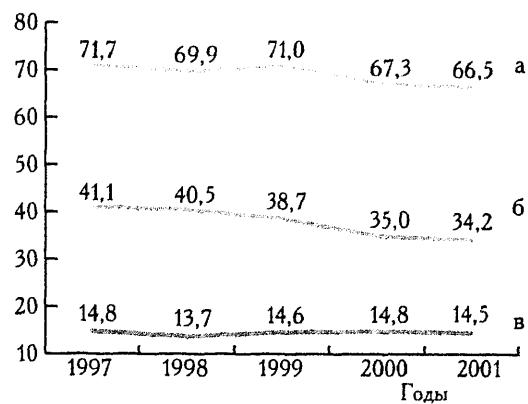


Рис. 6. Динамика показателей младенческой смертности по причинам в 1997—2001 гг.
а — отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; б — врожденные аномалии; в — прочие причины.

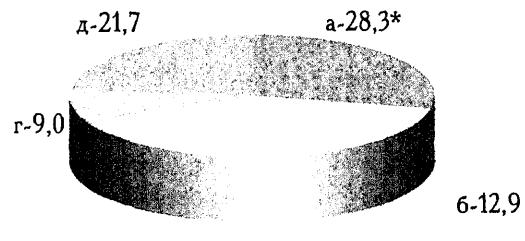


Рис. 7. Основные причины перинатальной смерти, связанные с состоянием здоровья матери, в РФ.
а — состояние матери, не связанные с настоящей беременностью; б — осложнения беременности; в — осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек; г — осложнения родов и родоразрешения; д — прочие причины;* данные представлены на 100 тыс. родившихся живыми и мертвыми.

Ведущими причинами младенческой смертности (рис. 6) остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, составляющие 68,8%. Вместе с тем, в 2001 г. от этих причин умерло на 1,3 ты. детей меньше, чем в 1997 г., что свидетельствует о необходимости дальнейшего развития пренатальной диагностики, улучшения выхаживания новорожденных и детей первого года жизни.

Среди материнских причин, обусловивших смерть ребенка (рис. 7), первое место, по-прежнему, занима-

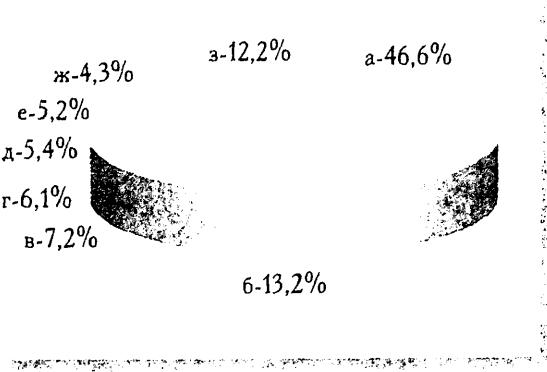


Рис. 8. Структура причин перинатальной смертности.
а — внутриутробная гипоксия в родах; б — врожденные аномалии; в — дыхательные расстройства (дисстресс); г — инфекционные болезни; д — аспирационный синдром; е — родовая травма; ж — врожденная пневмония; з — прочие причины.

ют осложнения беременности, составляя почти 40%. Из них 26,1% приходится на патологию плаценты, пуповины, диагностика и лечение которой с внедрением современных методов, в том числе скрининговых, оценки характера течения беременности, состояния плаценты, плода и фетоплацентарного комплекса в целом получили в настоящее время дальнейшее развитие. Увеличилась частота экстрагенитальной патологии (28,3%), и, особенно, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, что требует прегравидарной реабилитации, а также дифференцированного подхода к тактике ведения этой группы беременных.

Перинатальная смертность имеет устойчивую тенденцию к снижению. За последние 5 лет показатель перинатальной смертности снизился на 19,1% (1997 г. — 15,83 на 1000 родившихся живыми и мертвыми; 2001 г. — 12,80). В структуре перинатальных потерь мертворождаемость составляет 51,5%, а ранняя неонатальная смертность — 48,5% (абсолютные числа 8711 и 8192). В неонатальном периоде погибает 42,5% детей (11 347) от числа умерших детей до 1 года. В раннем неонатальном периоде погибает 71,4% детей от неонатальной смертности в целом.

Снижение уровня перинатальной смертности произошло в основном за счет ранней неонатальной смертности, что во многом связано с внедрением протокола первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале (приказ Минздрава России от 28.12.1995 № 372).

В структуре причин перинатальной смертности в России (рис. 8) первое место занимают гипоксия и асфиксия в родах (46,6%), дыхательные нарушения (16,9%), далее — врожденные аномалии (13,9%) и внутриутробные инфекционные заболевания (5,5%). Улучшение диагностики и качества лечения

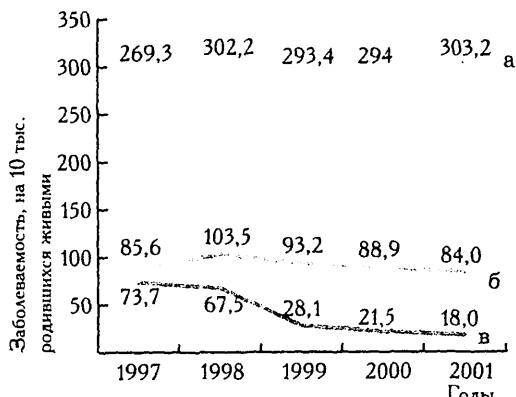


Рис. 9. Динамика заболеваемости новорожденных по причинам в 1997–2001 гг.
а — врожденные аномалии, б — гемолитическая болезнь, в — внутричерепная родовая травма.

этих болезней внесет значительный вклад в снижение перинатальной и младенческой смертности.

Ежегодно врожденные пороки развития и хромосомные болезни диагностируются у около 40 тыс. родившихся детей. Поэтому особое значение приобретает проблема профилактики врожденной и наследственной патологии.

В целях повышения эффективности этой работы и обеспечения взаимодействия в деятельности врачей акушеров-гинекологов и медицинских генетиков издан приказ Минздрава России от 28.12.2000 № 457 «О совершенствованиипренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей», которым утвержден единый порядок применения методов пренатальной диагностики в критические сроки беременности, а также определена тактика врачей в зависимости от выявленной патологии у плода. В настоящее время практически во всех территориях определен специалист, обеспечивающий взаимодействие по проведению пренатальных диагностических мероприятий. В 2001 г. ультразвуковым исследованием было охвачено более 500 тыс. женщин, проведено около 5 тыс. инвазивных процедур и предупреждено около 4 тыс. рождений с тяжелой наследственной и врожденной патологией.

Требует самого пристального внимания рост общевой заболеваемости новорожденных. По сравнению с предыдущим десятилетием заболеваемость новорожденных увеличилась почти в 2 раза, $\frac{1}{3}$ всех детей рождаются больными или заболевают в течение периода новорожденности. Ведущую роль при этом играет низкий уровень здоровья беременных.

В структуре заболеваемости новорожденных (рис. 9.) частота внутричерепной родовой травмы снизилась в 4,1 раза (1997 г. — 73,7; 2001 г. — 18,0 на 10 тыс. родившихся живыми), что свидетельствует о правильном выборе тактики ведения осложнен-

ных родов и наиболее щадящих методов родоразрешения, которые постоянно совершенствуются в интересах матери и ребенка. Имеет тенденцию к снижению частота синдрома респираторных расстройств (1997 г. — 214; 2001 г. — 178,6) и гемолитической болезни (1997 г. — 55,6; 2001 г. — 84,3 на 10 тыс. родившихся живыми).

Недонашивание беременности, смертность и заболеваемость среди недоношенных детей остаются одними из основных причин перинатальных потерь. Большую роль в возникновении невынашивания играет рост распространенности курения, употребления алкоголя, наркотиков и др.

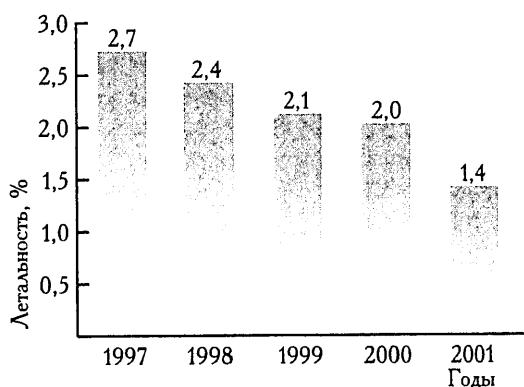


Рис. 10. Динамика показателей общей летальности новорожденных в 1997–2001 гг.

Однако показатель числа родившихся недоношенными в 2001 г. сохранил тенденцию к снижению и составил 58,0 на 1000 родившихся живыми (1997 г. — 61,7).

Несмотря на это, недоношенность существенно влияет на показатели перинатальной и младенческой смертности. Остается важной проблема выхаживание детей с высокой степенью незрелости, родившихся массой тела менее 1500 г и гестационным возрастом 32 недели и менее, так как на их долю приходится более 90% неонатальной и 48–50% младенческой смертности. Среди выживших недоношенные дети составляют контингент наиболее тяжело и часто болеющих детей.

Разработка и внедрение в практику эффективных лечебно-диагностических технологий при невынашивании беременности позволяют на новом методическом уровне пролонгировать беременность до родов у 95–97% таких женщин и предупредить рождение недоношенных детей.

Наиболее эффективным способом предупреждения смертности среди недоношенных детей является госпитализация беременных с высокой степенью риска в специализированные учреждения — перинатальные центры, создание которых внесло существенный вклад в снижение перинатальных потерь и является экономически оправданным.

Проблемой остается организация амбулаторного наблюдения детей, перенесших тяжелую патологию в неонатальном периоде, или родившихся недоношенными. Отмечается значительный диссонанс между высокими технологиями выхаживания недоношенных детей и последующим их наблюдением в общей амбулаторно-поликлинической сети. Наиболее эффективным является катамнестическое наблюдение таких детей подготовленным специалистом (неонатологом) в дневном стационаре при перинатальном центре, многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении.

Показатели, характеризующие помощь новорожденным в стационарах (летальность новорожденных, смертность в зависимости от массы тела при рождении), также имеют устойчивую тенденцию к снижению. Однако каждый пятый ребенок из умерших до года погибает в 1-е сутки жизни. Летальность новорожденных в 1-е сутки составляет 23,5%. При этом примерно 8–10% всех родившихся новорожденных нуждаются в реанимационной помощи и интенсивной терапии, среди них подавляющее большинство составляют больные с нарушением респираторной адаптации. При своевременной и адекватной помощи на всех этапах до 90% новорожденных имеют благоприятный прогноз. Данные о динамике общей летальности новорожденных представлены на рис. 10.

Следует отметить, что низкие показатели как младенческой, так и ранней неонатальной смертности характерны для тех территорий, где организована и эффективно работает система оказания неотложной помощи новорожденным на всех этапах (г. Санкт-Петербург, Мурманская, Самарская области, Республика Коми и др.).

Организация отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, широкое внедрение современных методов лечения дыхательных расстройств, прежде всего, продленной искусственной вентиляции легких, использование патогенетических методов лечения (экзогенный сурфактант), новых подходов к выхаживанию таких детей позволили значительно снизить общую летальность новорожденных в раннем неонатальном периоде. Проект приказа, регламентирующий работу отделений реанимации и интенсивной терапии, подготовлен и будет предложен на Форуме для обсуждения.

В утверждаемую постановлениями Правительства Российской Федерации Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи внесены дополнения по оказанию амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при беременности, родах, послеродовом периоде, искусственном прерывании беременности, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей и оказание медицинской помощи в центрах планирования семьи и репродукции за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования всех уровней.

Снижение показателей материнской и младенческой смертности является результатом совместной целенаправленной работы Минздрава России, органов и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации. Этому способствовал ряд принятых управленческих решений таких, как создание Комиссии Минздрава России по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, основной задачей которой является анализ деятельности территорий и совместная выработка конкретных мер по снижению материнской и младенческой смертности. За время работы Комиссии заслушано 24 территории, им оказана помощь в повышении квалификации специалистов, улучшении организации работы по внедрению современных перинатальных технологий, повышению качества медицинской помощи женщинам и детям. В рамках работы Комиссии утвержден и направлен в территории «План действий по снижению материнской и младенческой смертности в Российской Федерации на 2001—2003 гг.».

В целях повышения эффективности работы в области охраны материнства и детства, оказания организационно-методической помощи регионам совместно с РАМН приказом от 04.06.2001 № 205/51 определено закрепление федеральных округов за научно-исследовательскими институтами акушерско-гинекологического и педиатрического профиля. Разработано положение о кураторах, которым определены конкретные задачи и направления их деятельности в федеральных округах.

Для обеспечения более эффективного контроля за показателями материнской и младенческой смертности осуществляется мониторинг в целом по стране.

Для развития медико-психологического направления создан Координационный совет Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в учреждениях детства и родовспоможения (указание Минздрава России от 12.02.2002 № 202-У), одной из основных задач которого является формирование образовательных программ по подготовке специалистов — медицинских психологов, работающих в области охраны материнства и детства.

Минздравом России в целях внедрения современных организационных форм работы (с учетом рекомендаций ВОЗ) разработаны проекты первичной медицинской документации по родовспоможению и неонатологии, основанные на эффективных профилактических и лечебно-диагностических технологиях. Эти документы будут согласованы и обсуждены на Всероссийском совещании руководителей служб медицинской статистики субъектов Федерации.

В целях закрепления позитивных тенденций в решении проблем охраны здоровья беременных и новорожденных на основе преемственности основных направлений программы «Безопасное материнство» сформирована федеральная целевая программа «Здоровый ребенок» на период 2003—2006 гг., которая утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. № 732 в составе комплексной программы «Дети России». Мероприятия программы «Здоровый ребенок» предусматривают совершенствование законодательной и нормативной базы в области охраны здоровья матери и ребенка, подготовку кадров, повышение качества акушерской и педиатрической помощи за счет внедрения организационных форм и эффективных лечебно-диагностических технологий, разработку приоритетных научных направлений, реализацию профилактических и оздоровительных программ, инвестиционных проектов.

В целом для решения проблем охраны материнства и детства необходимо обеспечить приоритетное развитие и поддержку службы на всех уровнях, сохранение государственного характера медицинской помощи женщинам и детям, доступности дорогостоящих видов медицинской помощи, осуществление всего комплекса мер по реализации государственной политики в области охраны материнства и детства, направленных на повышение качества медицинской помощи, в том числе акушерской и педиатрической, предупреждение и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, инвалидности детства.