

Давыденко Н.Б.^{1,2}, Татарева С.В.¹, Николаева Е.Б.³, Малямова Л.Н.¹

О совершенствовании оказания перинатальной помощи матерям и детям в Свердловской области

1 - Министерство здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург; 2 - ФГБУ «НИИ ОММ» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; 3 - ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», г. Екатеринбург

Davydenko N.B., Tatareva S.V., Nikolaeva E.B., Maliamova L.N.

On improvement of perinatal care of mothers and infants in Sverdlovsk region

Резюме

Совершенствование системы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным на основе формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи и выполнения стандартов медицинской помощи; внедрение современных информационных технологий, телемедицины, а так же системы контроля качества оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на различных уровнях являются основными задачами органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации. Приоритетными направлениями в совершенствовании оказания перинатальной помощи на территории Свердловской области выделены: обеспечение этапности оказания помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка; создание условий полноценного этапного выхаживания и реабилитации новорожденных с низкой и экстремально – низкой массой тела; модернизация пренатального и неонатального скрининга; дальнейшее развитие репродуктивных технологий, включая государственную поддержку вспомогательных репродуктивных технологий; развитие неонатальной хирургии, в том числе кардиохирургии новорожденных; развитие современных информационных технологий, в том числе влияющих на качество оказания медицинской помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка.

Ключевые слова: перинатальная помощь, здоровье матери и ребенка, современные информационные технологии

Summary

Improvement of the system of medical care of women during pregnancy, labor, puerperal period and newborns based on building a multilevel medical care system and compliance with medical care standards; adoption of modern information technology, telemedicine, as well as system of quality control of medical care of pregnant, parturient, puerperae and newborns on different levels are the major tasks of health governing authorities of Russian Federation regions. Priority areas of perinatal care improvement in Sverdlovsk region are defined: ensuring staging of medical aid of the mother and infant health care service; arrangement of conditions for fully developed staged nursing and rehabilitation of newborns with low and extremely low body weight; prenatal and neonatal screening upgrade; further reproduction technology development, including federal support for auxiliary reproduction technologies; neonatal surgery development, including newborn cardiac surgery; modern information technology development, including that influencing medical care quality of mother and infant health care service.

Key words: perinatal care, mother and infant health, modern information technologies

Введение

Основными задачами органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации являются совершенствование системы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным на основе формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи и выполнения стандартов медицинской помощи; внедрение современных информационных технологий, телемедицины, а так же системы контроля качества ока-

зания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на различных уровнях. Важным направлением является разработка комплекса мер по преодолению акушерской изолированности, включая реструктуризацию акушерских стационаров путем включения их в состав многопрофильных больниц, либо организации функциональных связей с многопрофильными медицинскими организациями с целью создания условий для участия смежных специалистов в оказании помощи беременным, роженицам и родильницам. Необходимо ак-

тивное внедрение современных информационных технологий, развитие дистанционных форм оказания медицинской помощи путем создания дистанционных консультативных центров с выездными акушерскими и неонатальными анестезиолого-реанимационными бригадами. Ведущим звеном в системе взаимодействия при оказании помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным должен стать региональный перинатальный центр. Необходимо приведение материально-технического состояния и штатного расписания медицинского персонала организаций, оказывающих медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, в соответствие с требованиями стандартов оснащения и штатных нормативов, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России №808 от 2 октября 2009 года [1].

План развития здравоохранения должен разрабатываться на основе системы стандартов и нормативов, показателей заболеваемости, с учетом целей социально-экономического развития, анализа состояния здоровья населения, имеющихся ресурсов здравоохранения и оценки эффективности их использования [2,3,4,5,6,7].

Целью совершенствования оказания перинатальной помощи в Свердловской области является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка с помощью приведения в соответствие с федеральными порядками службы охраны здоровья матери и ребенка, отвечающим современным технологическим требованиям в Свердловской области и завершения трехуровневой системы оказания перинатальной помощи.

Материалы и методы

Приоритетными направлениями в совершенствовании оказания перинатальной помощи выделены: обеспечение этапности оказания помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка; создание условий полноценного этапного выхаживания и реабилитации новорожденных с низкой и экстремально – низкой массой тела; модернизация пренатального и неонатального скрининга; дальнейшее развитие репродуктивных технологий, включая государственную поддержку вспомогательных репродуктивных технологий; развитие неонатальной хирургии, в том числе кардиохирургии новорожденных; развитие современных информационных технологий.

Служба охраны здоровья матери и ребенка Свердловской области представлена 45 женскими консультациями, 79 акушерско-гинекологическими кабинетами, 53 родильными отделениями и роддомами, 20 детскими больницами, 2 клиничко-диагностическими центрами и центром охраны здоровья матери и ребенка. За последние 3 года отмечается улучшение материально-технического оснащения женских консультаций за счет средств родовых сертификатов. Поставлены первоочередные задачи укомплектовать женские консультации современными фетальными мониторами, вакуум-аспираторами, в том числе мануальными для мини-абортов, и внедрить в службу современную систему информатизации.

В областной службе родовспоможения и детства работает более 1,3 тыс. врачей педиатров, около 1 тыс. акушеров-гинекологов, 200 неонатологов. Обеспеченность кадрами в областной службе родовспоможения и детства (кроме неонатологов) остается ниже, чем по России. Так, обеспеченность педиатрами в области составила в 2009 году 17,3, что ниже, чем в целом по России – 20,8. Обеспеченность акушерами-гинекологами также уступает показателю по России (соответственно, 4,1 и 5,2 на 10 тыс. женщин). Низкая и обеспеченность акушерками – 6,6 на 10 тыс. женщин (Россия – 8,4). Дефицит специалистов среднего звена составляет от потребности 41% с учетом норматива соотношения между врачом и средним медперсоналом 1: 2,5-3. Обеспеченность неонатологами в Свердловской области даже несколько превышает средний показатель по России. Целевая подготовка кадров для амбулаторно-поликлинической службы предполагает приведение в соответствие соотношения врач-акушерка 1:3. Для перинатальных центров Свердловской области подготовлено 32 неонатолога, 34 акушера-гинеколога и 9 анестезиологов-реаниматологов.

В результате совершенствования перинатальной помощи и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития России №808-н от 2 октября 2009 года учреждения родовспоможения Свердловской области разделены на 3 группы в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения. В учреждения 1 группы вошло 31 (52,5%) учреждение здравоохранения, количество родов которых не превышает 500 в год. В учреждениях 1 группы планируется 13 000 родов в год. В учреждения 2 группы выделено 24 (40,7%) учреждения родовспоможения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год и в структуре которых имеются отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. В учреждениях 2 группы планируется 36500 родов в год. К ним отнесены межтерриториальные перинатальные центры в шести территориях, обслуживающие беременных, рожениц и родильниц в соответствии с прикрепленными территориями. По результатам работы в соответствии с порядком, определением маршрутизации и с учетом эффективности работы койки в 2011 – 2012 году, коечный фонд будет подлежать разумной ревизии, что мотивировано в первую очередь особенностями территории Свердловской области, низкой плотностью населения и транспортными развязками. К 3 группе отнесены 2 (3,4%) учреждения здравоохранения, оказывающие высококвалифицированную специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, имеющие в своем составе отделения реанимации для женщин и новорожденных, отделения патологии новорожденных, РКЦН, АРКЦ. В учреждениях 3 группы планируется 7500 родов в год.

Формирование системы перинатальной помощи в Свердловской области начато с учреждений 2 группы (межтерриториальные перинатальные центры) и завершилось с открытием Областного перинатального цен-

тра в декабре 2010 года, введение в строй которого позволило оказывать своевременную и качественную помощь беременным на основе уровневой модели с соблюдением федерального порядка и принципов доказательной медицины; оптимизировать общий коечный фонд реанимации новорожденных для качественного этапного выживания детей с экстремально низкой массой тела; развивать высокотехнологичную помощь в части пренатальной и неонатальной хирургии новорожденных, включая кардиохирургию; создать комфортные условия для пребывания всей семьи и внедрить современные семейно-ориентированные технологии. С момента открытия Областной перинатальный центр стал оказывать медицинскую помощь пациенткам группы высокого риска по перинатальной патологии. В настоящее время принято более 2000 родов. Частота оперативных родов составляет 35%. С серьезными пороками развития родилось 7,3% детей. Доля преждевременных родов составляет 12,2%. Рожденных недоношенными менее 1000 гр. – 1,3%. В результате мероприятий, проведенных в соответствии с Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи оптимизированы реанимационные и неонатологические койки в учреждениях родовспоможения и детства. Открыты 24 койки для реанимации новорожденных.

Пренатальная диагностика и неонатальный скрининг в Свердловской области осуществляются на базе ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», относящегося к учреждениям 3 группы.

На территории Свердловской области организовано 15 межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики, в которых проводится комплекс пренатальной диагностики I триместра: экспертное ультразвуковое исследование; забор крови для определения материнских сывороточных маркеров; консультирование беременных по результатам.

Лидирующие позиции в причинах смертей новорожденных занимают отдельные состояния перинатального периода (57,7%), врожденные аномалии (29,5%). Первая из названных требует совершенствования реанимационной помощи новорожденным. Вторая в настоящее время привлекает к себе самое пристальное внимание и заставляет принимать незамедлительные действия в плане совершенствования хирургической помощи новорожденным. В Свердловской области рождения детей с врожденными аномалиями в 2009 году на 36% увеличилось в сравнении с 2008 годом и на 52% – в сравнении с 2005 годом. В 2010 году в I триместре беременности принято 9 972 пациентки, что составило 71,7% от общего числа принятых. Всем пациенткам проведен комплекс пренатальной диагностики I триместра, что позволило выявить 127 случаев врожденных пороков развития плода. Выявляемость хромосомной патологии по результатам инвазивной диагностики (биопсия ворсин хориона) составила 14,3%. Во II триместре беременности комплексная пренатальная диагностика проведена у 3351 женщины, выявлено 439 врожденных пороков развития плода. Проведено 684 инвазивные процедуры, как заключитель-

ный этап пренатальной диагностики. Выявляемость хромосомной патологии по результатам кордоцентеза составила 6,4%. В III триместре впервые обратилась 593 беременных женщин. Выявлено 275 случаев врожденных пороков развития плода.

Охват новорожденных неонатальным скринингом на 5 наследственных заболеваний приближается к 100%. По результатам неонатального скрининга ежегодно выявляется от 40 до 50 случаев наследственных заболеваний, что имеет немаловажное значение в профилактике детской инвалидности. В 2011 году начато расширение спектра скринируемых врожденных заболеваний для всех новорожденных Свердловской области с применением технологии тандемной масс-спектрометрии.

За последние 5 лет наметилась отчетливая тенденция роста числа больных с ВПР, пролеченных в отделении хирургии новорожденных. Особо актуальной проблемой для Свердловской области в плане неонатальной хирургии является организация кардиохирургической помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца в одном областном учреждении. Ежегодно выполняется более 300 операций (443 пациента), из них 65% в условиях искусственного кровообращения. В структуре всех больных, пролеченных в кардиохирургическом отделении около 40% – это дети первого года жизни, при этом 70 из них – новорожденные в критическом состоянии. К концу 2011 года планируется увеличить коечный фонд, провести ремонты и реструктуризацию отделений, дооснащение современным оборудованием хирургии новорожденных.

В Свердловской области действуют два реанимационно-консультативных детских центра, в том числе для новорожденных и акушерский реанимационно-консультативный центр с двумя филиалами. Это позволяет в любое время и в любой территории своевременно оказывать специализированную помощь. В настоящее время медициной катастроф выполнено 605 санитарных заданий, из них телефонная консультация осуществлена 328 пациентам, консультация на месте 277 женщинам, прооперировано в территориях 32 женщины и переприглашены на более высокий уровень 162 беременные женщины.

Высокотехнологичная медицинская помощь в 2009-2011 годах предоставлялась в соответствии со стандартами высокотехнологичной медицинской помощи федеральными учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. С учетом значимости проблемы репродуктивного здоровья Правительством Свердловской области на основании постановления Правительства Свердловской области выделяются финансовые средства из областного бюджета. На 2011 год по федеральному финансированию запланировано 514 квот, по областному финансированию 150 процедур ЭКО и ИКСИ.

В настоящее время ведется работа по созданию кризисных кабинетов медико-социальной помощи беременным женщинам в межтерриториальных перинатальных

центрах. Основной задачей является оказание психологической помощи женщинам, социальное сопровождение женщин попавших в трудную жизненную ситуацию, связанную с неожиданной беременностью, формирование мотивации к репродуктивному здоровью, работа с окружением беременной.

Наравне с этим было определено еще одно ведущее направление неонатологии, обусловленное внедрением современных технологий выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой с 2012 года, но Свердловская область уже начала работу в этом направлении. В 2009 году на территории Свердловской области было зарегистрировано 126 детей, родившихся с массой тела менее 1000 г, в 2008 - 78, а в 2010 году - 198. Таким образом, в Свердловской области при среднем количестве родов 55 000 в год должно регистрироваться 250-300 случаев рождения детей с экстремально низкой массой тела. Свердловская область в должной мере готовится к выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Проводится систематическое обучение персонала родильных домов. Практически во всех родильных домах успешно внедрены технологии поддержания адекватного теплового баланса, респираторной поддержки и раннего введения препаратов сурфактанта, раннего парентерального питания. Успешно работает реанимационно-консультативный центр для новорожденных, который осуществляет перегоспитализацию детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в учреждения III уровня в условиях специализированного реанимобиля по принципу «на себя». В случае рождения такого ребенка в территории оказывается консультативно – реанимационная помощь консультативно-реанимационным центром с последующей транспортной доставкой новорожденного в вышеуказанные учреждения. Подавляющее большинство детей (53%) с очень и экстремально низкой массой тела выхаживаются в неонатальных отделениях ФГУ «НИИ ОММ», ГУЗ «Областная детская клиническая больница № 1» и МУ ДГБ № 10. Для оптимизации помощи таким пациентам внедрены методики пациент – триггерной искусственной вентиляции легких, технология неинвазивной респираторной поддержки с применением генераторов переменного потока, высококачественная осцилляционная искусственная вентиляция легких, полное парентеральное и трофическое питание. При необходимости проводятся кардиохирургические (клипирование открытого артериального протока), общехирургические (санация и дренирование брюшной полости при язвенно-некротическом энтероколите), нейрохирургические (вентрикуло-субгалеальное и вентрикуло-перитонеальное шунтирование) вмешательства. Данной категории детей осуществляется нейросонографический и эхокардиографический скрининг. Дети группы риска осматриваются окулистами, а при необходимости проводятся обследования с помощью ретиальной камеры и лазерная коагуляция на базе. Проведенный анализ коечного фонда для 2-го этапа выхаживания новорожденных показал, что в Свердловской области в настоящее время в государственных и муниципальных ле-

чебных учреждениях на 55 000 родов развернуто 434 койки с учетом 25 коек хирургии новорожденных. Дефицит коек на сегодняшний день составляет 106 коек. В 2011 году увеличено количество коек 2 этапа выхаживания в межтерриториальных центрах. Кроме этого внедряются современные технологии, что позволяет сокращать пребывание пациента на койке, оптимизировать коечный состав и эффективно его использовать с учетом имеющихся подготовленных медицинских кадров.

Результаты и обсуждение

Демографическая ситуация, сложившаяся в Свердловской области в 2010 году, является более благоприятной по сравнению с предыдущими годами. Прогнозное количество родов в 2011 году – 57 000, в 2012 году – 58 000 родов в год. Возросло число родившихся детей, общая численность которых составила 57423, что является наибольшим за последние 5 лет. За год прирост числа родившихся живыми составил 897 человек, а показатель рождаемости достиг 13,1 промилле (РФ – 12,4 промилле). В 2011 году сохраняется тенденция к увеличению числа новорожденных, за 7 месяцев родилось 33088 детей.

Интегральным показателем работы службы родовспоможения является перинатальная смертность, мониторинг которой проводится в ГУЗ ОДКБ №1. Показатели перинатальной смертности с учетом детей с экстремально низкой массой тела удалось снизить на 13%, не смотря на то, что Свердловская область в настоящее время уже перешла на выхаживание новорожденных с 22 недель беременности. При этом ранняя неонатальная смертность снизилась на 15%, а мертворождаемость на 20%. В формировании структуры перинатальной смертности большую роль играют социальные факторы. В округах, где имеются перинатальные межтерриториальные центры показатели перинатальной смертности ниже, чем в других территориях, что является ключевым в развитии системы перинатальной помощи.

Важнейший медико-социальный показатель, как и является показатель материнской смертности, в 2010 году снизился, составив 17,5 на 100 тыс. живорожденных детей. В структуре материнской смертности преобладает смерть после 28 недель беременности (66,8%), а в структуре последней одинаковую долю имеют гибель женщин от преэклампсии и эклампсии. При общем тренде к снижению показатель материнской смертности характеризуется нестабильностью, за последние 5 лет отмечены колебания от 36,1 до 19,9 на 100 тыс. живорожденных детей. Однако за последние годы отмечена позитивная динамика в изменении структуры материнской смертности: существенно уменьшилась доля аборт, генерализованных септических осложнений, акушерских кровотечений, что соответствует структуре материнской смертности в европейских странах. Показатель материнской смертности находится на уровне 18 промилле за счет вынашивания беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Динамика уровня младенческой смертности от основных причин характеризуется по области снижением смертности от всех причин на 16%, за исключением врожденных пороков развития (рост на 25%). При этом можно прогнозировать, что если в 2011 году с учетом работы областного перинатального центра показатель младенческой смертности снизится до 5,5 промилле (количество детей родившихся с экстремально низкой массой тела будет умеренно увеличиваться), то в 2012 году после перехода на новые критерии живорожденности и значительном увеличении детей, родившихся в сроке беременности с 22 недель, в определенной степени будет способствовать увеличению показателя младенческой смертности, в основном, за счет его ранней и поздней неонатальной составляющей. Факт преобладания в структуре младенческой смертности гибели детей в постнеонатальный период, как правило, от причин, относящихся к разряду «управляемых», а, следовательно, предотвратимых (отдельные состояния перинатального периода – 0,6%, врожденные пороки развития – 4,2%, травмы и отравления 0,2%), ставит проблему совершенствования наблюдения детей первого года жизни и оказания медико-психолого-социальной помощи в условиях амбулаторно-поликлинического звена в Свердловской области в разряд приоритетных. Отмечается значительное снижение среди недоношенных детей с 49,84 промилле до 35,2 промилле, как достижение маршрутизации, организации помощи новорожденным с экстремаль-

но низкой и низкой массой тела, включая реабилитацию детей на разных этапах.

Выводы

Таким образом, реструктуризация перинатальной помощи предоставляет возможность оказывать помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на основе формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи, оптимизировать работу акушерской и неонатологической койки на основе внедрения новых перинатальных технологий. ■

Давыденко Н.Б. – к.м.н., главный акушер – гинеколог Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург; *Татарева С.В.* – к.м.н., начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург; *Николаева Е.Б.* – главный врач ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», г. Екатеринбург; *Малямова Л.Н.* – д.м.н., главный педиатр Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - *Давыденко Наталья Борисовна*, Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Свердловской области. Тел.: 8(343) 270-18-45, e-mail: davydenko@zdravso.ru

Литература:

1. Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги деятельности и основные направления модернизации службы родовспоможения в Российской Федерации. Акушерство и гинекология 2011;1: 4-8.
2. Филатов В.Б., Жилыева Е.П., Кальфа Ю.И. О классификации организационных технологий в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены и истории медицины 2000; 5: 27-30.
3. Солодкий В.А. Планирование расходов местных бюджетов на здравоохранение в целях реализации Программы государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью. Здравоохранение 1999; 6: 7-22.
4. Щелин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д., Нечаев В.С. Региональное здравоохранение России: пути реформирования и развития. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 1999; 1: 3-12.
5. Вялков А.И. Научные основы региональной политики в здравоохранении. Стратегия реформирования регионального здравоохранения. Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции «Реформа здравоохранения на региональном уровне» 25-26 мая 2000; 5-8.
6. Лисицын Ю.П. Огосударствление здравоохранения. Проблемы управления здравоохранением 2001: 1: 26-31.
7. Дьяченко В.Г. Научное обоснование системы охраны здоровья детей в условиях социально-экономических реформ в территориях с низкой плотностью населения (на материалах Хабаровского края 1990-1999 гг.): Автореферат дис... д-ра мед. наук. 2001.
8. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений. Экономика здравоохранения. 2002; 3: 14-18.
9. Шевченко Ю.Л. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения. Проблемы управления здравоохранением. 2002; 1: 5-9.