

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В СЛУЖБЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА



ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СЕМЬИ,
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ,
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР

Ольга Викторовна Шарапова

Важнейшими направлениями государственной политики, определенными посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, являются охрана материнства и детства, повышение рождаемости и снижение общей смертности населения, материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

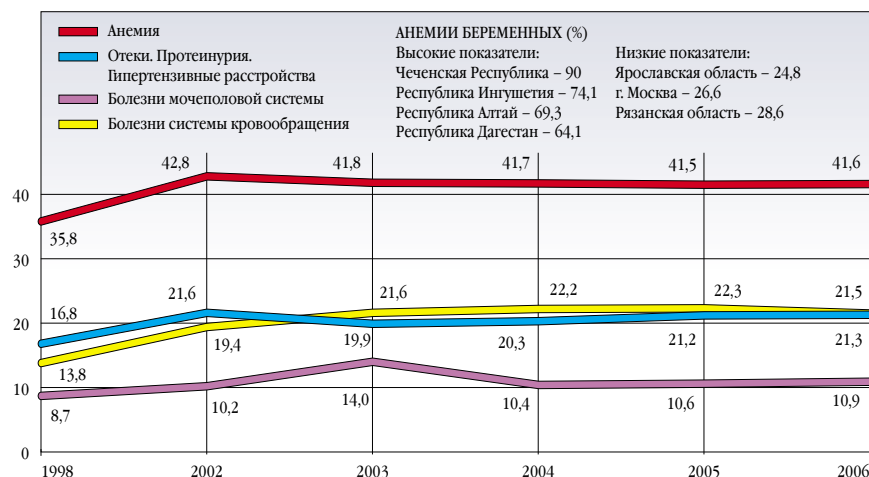
Особую актуальность в сложившейся демографической ситуации приобретает служба родовспоможения, рациональная организация акушерской помощи.

Как показала практика и многолетний опыт работы учреждений родовспоможения, важнейшим звеном в системе оказания квалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям являются перинатальные центры (ПЦ).

Концепция развития перинатальных центров в стране была сформирована 20 лет тому назад, структура и деятельность этой эффективной организационной формы работы учреждений родовспоможения была определена приказом Минздрава СССР от 15.12.1988 «О создании перинатальных центров». Организационной стратегией и новизной являлось то, что в учреждении родовспоможения наряду с акушерскими отделениями (подразделениями) создавались отделения 2-го этапа выхаживания, патологии и реанимации новорожденных, то есть необходимая высококвалифицированная медицинская помощь максимально приближалась к женщине с осложненным течением беременности, плоду, к первым минутам и часам жизни ребенка.

С учетом накопленного опыта работы этих учреждений в 2004 году был издан приказ №308 от 09.12.2004 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров». Приказом были утверждены положение о перинатальном центре, его структура, штатные нормативы, табель оснащения и др.

1



ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ
В ПРОЦЕНТАХ К ЧИСЛУ ЗАКОНЧИВШИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

В ПЦ, оснащенных современной медицинской аппаратурой, на основе объединения усилий различных специалистов, внедрения эффективных перинатальных, лечебно-диагностических технологий создаются условия для оказания всего объема специализированной медицинской помощи, включая стационарную, дистанционную консультативно-диагностическую, с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами и др.

Технологии, определяющие эффективность работы ПЦ:

- оказание необходимой высокотехнологичной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам высокой степени риска;
- антенатальная охрана плода и новорожденного, оказание помощи ребенку с первых минут жизни;
- искусственная вентиляция легких (традиционная, высокочастотная, неинвазивная) в сочетании с сурфактантом, проводимая под инструментальным и лабораторным контролем;
- применение инфузионной терапии, парентерального и энтерального питания на основе инструментального выявления гемодинамического и метаболического статуса;
- диагностика тяжелых инфекций с использованием современных иммунологических, инструментальных, микробиологических и вирусологических методов, их профилактика на основе инфекционного контроля, а также патогенетически и этиологически обоснованная терапия.

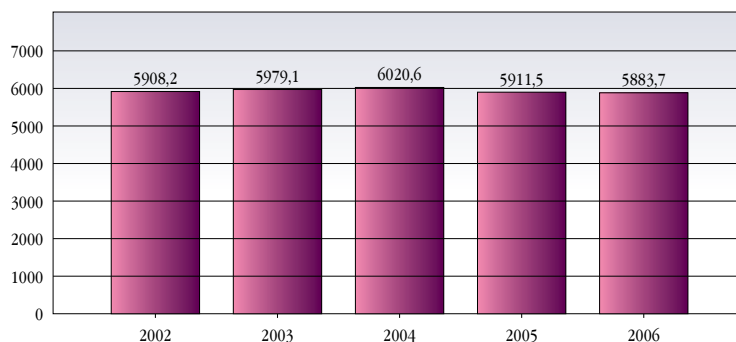
В 2006 году из 1 454 366 родивших женщин 1 403 464 (96,5%) имели осложненное течение беременности. Из них 400 021 (35%) имела высокий риск перинатальной и материнской смертности и нуждалась в родоразрешении в условиях ПЦ. В работающих 29 ПЦ медицинская помощь была оказана 96 500 роженицам, что составило 24,1% от числа женщин с высоким риском осложнений в родах.

Осложненное течение беременности и родов приводит к рождению недоношенных и маловесных детей, которые определяют высокий уровень заболеваемости новорожденных, показатель младенческой смертности и нуждаются в продолжительном лечении и реабилитации.

В 2006 году умерло 15 047 новорожденных, в том числе в течение первых 7 суток жизни – 7493 (49,8%), причем 2040 новорожденных (каждый третий из них) – в первые 24 часа жизни. Каждый 12-й ребенок из числа родившихся был переведен в детскую больницу, каждый 3-й – в отделения реанимации и интенсивной терапии. Всего в 2006 году в родильных домах умерло 5244 новорожденных, в детских больницах, в том числе во время транспортировки из родильного дома, – 1270 новорожденных. Нуждались в реанимации и интенсивной терапии 43 012 детей, для обеспечения этого необходимо 5850 коек. В настоящее время в акушерских стационарах и детских



2



ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 10 ТЫС. РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

больницах для реанимации новорожденных развернуто 1166 коек, что составляет 20% от потребности. Стоимость выхаживания новорожденного в критическом состоянии составляет не менее 6000 рублей в сутки. Сроки пребывания детей с экстремально низкой массой тела в реанимационных отделениях – 30–40 дней. На 1000 родов должно приходиться 4 реанимационно-интенсивные койки, а в настоящее время в Российской Федерации на 1000 родов приходится менее 2.

Важным разделом в деятельности ПЦ, особенно региональных, является организационно-методическая работа на основе преемственности и этапности оказания медицинской помощи, подготовка кадров.

По данным статистической отчетности административных территорий, в Российской Федерации функционирует 127 ПЦ, из них 35 – как самостоятельные учреждения. В ходе паспортизации учреждений родовспоможения только 29 ПЦ признаны соответствующими требованиям приказа Минздравсоцразвития России от 09.12.2004 №308, из них 13 – самостоятельные, 16 – входят в состав многопрофильных больниц (муниципальных и государственных учреждений здравоохранения).

Мощность функционирующих ПЦ составляет от 100–150 до 300–350 коек, число родов в год – от 1500–2000 до 2500–3500. Показатель госпитализации в ПЦ женщин из сельских районов – 20–50%.

Эффективность деятельности ПЦ прослеживается во всех субъектах РФ, что обусловлено, прежде всего, снижением показателей материнской и перинатальной смертности. В Чувашской Республике показатель материнской смертности за последние 5 лет снизился на 84,8%, в Республике Башкортостан – на 66,5%, в Новосибирской области – на 76%. Показатель перинатальной смертности снизился на 40,8% в Ханты-Мансийском автономном округе, на 36,6% – в Карачаево-Черкесской Республике, на 30% – в Республике Коми, на 29,4% – в Республике Башкортостан, на 25,8% – в Иркутской области, на 24,1% – в Самарской области.

В регионах, имеющих ПЦ, на уровне регионального (областного) ПЦ доля нормальных родов составляет 20%, доля осложненных родов – 80%, на уровне родильного отделения ЦРБ доля нормальных родов – 80%, осложненных родов – 20%.

В регионах, не имеющих ПЦ, на уровне городского родильного дома соотношение нормальных и осложненных родов – 50 на 50, на уровне родильного отделения ЦРБ доля нормальных родов – 35%, осложненных родов – 65%.

Таким образом, при отсутствии в регионе ПЦ родоразрешение значительной части беременных женщин высокой степени риска проводится в условиях родильных отделений ЦРБ, где недостаточно возможностей для оказания высокотехнологичных видов помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным.

Уровни оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным:

- 1-й уровень – муниципальные родильные дома, родильные отделения городских и районных больниц;



3



ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (РОССТАТ)

- 2-й уровень – межрайонные перинатальные центры, родильные отделения краевых, областных и республиканских больниц;
- 3-й уровень – НИИ (с функцией перинатальных центров), перинатальные центры субъектов РФ.

В основе оказания медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным лежит трехуровневая система, ведущая роль в которой принадлежит сети ПЦ.

К учреждениям первого уровня могут быть отнесены большинство муниципальных «физиологических» родильных домов, родильные отделения городских и районных больниц.

Их задачи:

- профилактика, прогнозирование и диагностика у беременных женщин состояний, угрожающих плоду;
- оказание комплекса первичной и реанимационной помощи в момент рождения или при остром возникновении неотложных состояний в периоде новорожденности;
- проведение в течение нескольких часов – нескольких суток интенсивной терапии;
- поддерживающая терапия и выхаживание недоношенных детей со стабильными функциями дыхания и кровообращения, если их масса превышает 1500 г.

К учреждениям второго уровня могут быть отнесены специализированные родильные дома, родильные отделения краевых, областных и республиканских больниц, располагающие отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Их задачи:

- мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности учреждений 1-го уровня;
- оказание медицинской помощи женщинам с экстрагенитальной патологией;
- проведение комплексной терапии новорожденных, включая реанимационные мероприятия;
- поддерживающая терапия и выхаживание недоношенных детей с массой тела более 1000 г.

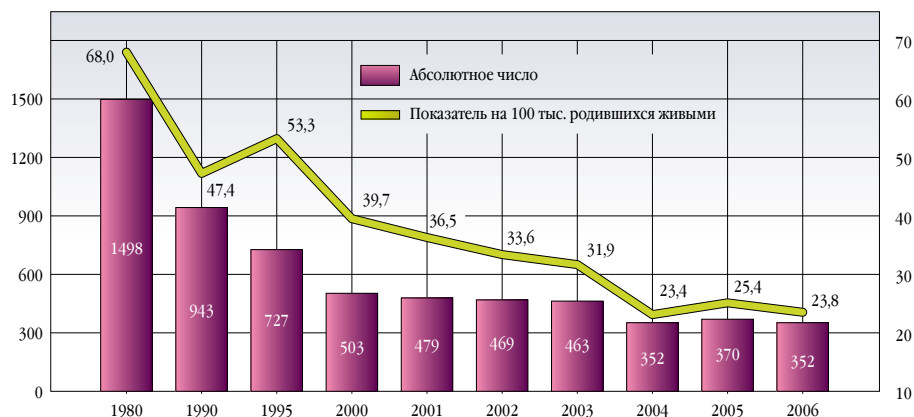
К учреждениям третьего уровня должны быть отнесены федеральные НИИ и областные (краевые, республиканские) ПЦ, располагающие не только соответствующими диагностическими службами, отделениями реанимации новорожденных, но и отделениями патологии новорожденных (вторым этапом выхаживания недоношенных детей).

Их задачи:

- мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности учреждений 1-го и 2-го уровней;
- оказание всех видов медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным независимо от характера патологии и массы тела детей при рождении, в том числе с критически низкой массой тела.



4



МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ
ПО ДАННЫМ РОССТАТА

В структуре 3-го уровня предусматривается следующее разграничение функций ПЦ в зависимости от подчиненности:

НИИ, специализирующиеся на охране здоровья матери и ребенка:

1. Создание телекоммуникационной информационно-аналитической системы для обеспечения единого информационного пространства федерального округа, реализации основных положений и задач сети ПЦ.
2. Разработка и внедрение алгоритмов и протоколов оказания дифференцированной помощи новорожденным с использованием современных наукоемких технологий с учетом функционирования многоуровневой системы ПЦ.
3. Разработка системы контроля над качеством оказания помощи новорожденным на различных уровнях.
4. Обучение и тренинг персонала ПЦ субъектов РФ.
5. Анализ качества и экономической эффективности оказания помощи новорожденным в учреждениях всех уровней федерального округа.

ПЦ субъектов РФ:

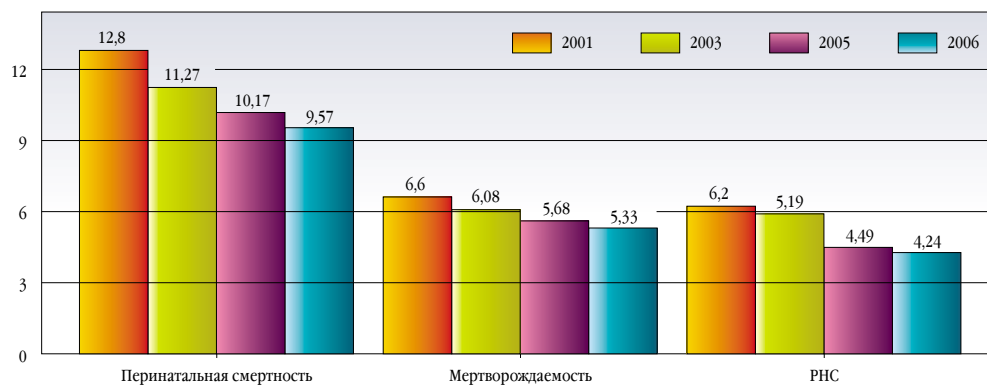
1. Оказание высококвалифицированной помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, родившимся в ПЦ и переведенным из других родовспомогательных учреждений, детям раннего возраста с перинатальной патологией.
2. Координация деятельности родовспомогательных учреждений территории.
3. Обучение и тренинг персонала родовспомогательных учреждений территории.
4. Адаптация и внедрение протоколов оказания дифференцированной помощи женщинам и детям.
5. Внедрение системы контроля над качеством оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на различных уровнях с использованием телекоммуникационной информационно-аналитической системы.

Рекомендуемая структура ПЦ:

1. Консультативно-диагностический блок.
2. Акушерский блок с дистанционным консультативным центром и выездными акушерскими реанимационно-консультативными бригадами.
3. Педиатрический блок с дистанционным консультативным центром и неонатальными реанимационно-консультативными бригадами.
4. Гинекологическое отделение.
5. Клинико-диагностическая лаборатория.
6. Организационно-методический отдел.
7. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами.



5



ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

В консультативно-диагностический блок направляются:

1) беременные женщины:

- в сроки до 22 недель с экстрагенитальной патологией для решения вопроса о возможности сохранения беременности и определения тактики дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания;
- с отягощенным акушерским анамнезом (невынашивание, бесплодие, перинатальные потери, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, тяжелый гестоз, акушерское кровотечение, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос и др.);
- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гестоз, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт, анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, фетоплацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков и др.);
- имеющие социально-биологические факторы риска (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, рост ниже 150 см, алкоголизм, наркомания у одного или обоих супругов, прием тератогенных препаратов и др.);

2) родильницы с осложнениями после родов – для решения вопроса о лечебно-диагностической помощи или госпитализации в соответствующие учреждения;

3) беременные с выявленной патологией развития плода для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности или для проведения внутриутробной и постнатальной терапии ребенка;

4) супружеские пары с нарушением репродуктивной функции.

В акушерский блок в плановом и экстренном порядке госпитализируются:

1) беременные женщины и роженицы с факторами риска неблагоприятного исхода беременности и родов:

- с экстрагенитальной патологией или акушерскими осложнениями – для обследования и лечения в отделении патологии беременных, подготовки к родам и родоразрешению;
- с началом родовой деятельности или преждевременным излитием околоплодных вод;
- с экстрагенитальными заболеваниями и акушерскими осложнениями, требующими экстренного родоразрешения, и др.;

2) родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне стационара при наличии медицинских показаний.

Из родового отделения новорожденные дети преимущественно поступают в отделения новорожденных. 50–70% коек новорожденных в этих отделениях рекомендуется располагать в палатах совместного пребывания матери и ребенка.



В отделение реанимации и интенсивной терапии №1 поступают дети из родильного блока или (при ухудшении состояния) из отделения новорожденных акушерского блока. После улучшения состояния дети переводятся в отделение патологии новорожденных. При необходимости проведения интенсивной терапии более 10 дней дети переводятся в отделение реанимации №2.

В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей поступают дети как из отделений новорожденных ПЦ, так и из других акушерских стационаров региона для выхаживания и лечения.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных №2 может принимать детей из других родовспомогательных учреждений региона, для этого оно располагается изолированно от отделения новорожденных акушерского физиологического отделения и родового отделения; потоки детей не перекрещиваются и строго соблюдаются необходимые меры санитарно-противоэпидемического режима.

Развитие сети ПЦ в России

Развитие сети ПЦ в стране соответствует стратегической цели деятельности Минздравсоцразвития России в период 2008–2010 годов по обеспечению доступности и качества высокотехнологичной помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным и тактическим задачам по повышению рождаемости, укреплению престижа материнства и отцовства.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 04.12.2007 №1734р «О проектировании, строительстве и оснащении в 2008–2010 годах федеральных перинатальных центров в Российской Федерации» будет построено 23 современных ПЦ:

- 3 федеральных (гг. Подольск, Екатеринбург, Санкт-Петербург);
- 16 областных (гг. Благовещенск, Волгоград, Воронеж, Иркутск, Калининград, Кемерово, Киров, Курган, Курск, Ростов-на-Дону, Рязань, Саратов, Тверь, Томск, Чита, Ярославль);
- 3 краевых (гг. Краснодар, Красноярск, Пермь);
- 1 республиканский (г. Саранск).

Цель развития сети ПЦ в стране: снижение показателей материнской и младенческой смертности на основе оказания высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- создание системы организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием ресурсоемких технологий на федеральном и региональном уровнях;
- обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным;
- развитие материально-технической базы ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, обеспечение их современным оборудованием и аппаратурой;
- повышение качества профессиональной подготовки медицинских кадров (акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, педиатров и специалистов среднего звена) по оказанию медицинской помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным;
- проведение научно-исследовательских работ по созданию стандартов диагностики и лечения заболеваний женщин и детей;
- информационное обеспечение населения, медицинских работников, врачей-специалистов соответствующими просветительскими и образовательными материалами по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики и лечения патологических состояний, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода у женщин и новорожденных.



Таблица 1

ПРОГНОЗНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАТЕРИНСКОЙ
И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2007–2015 ГОДЫ

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2015 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|
| Материнская смертность | 25,0 | 23,5 | 22,5 | 22,0 | 18,0 |
| Младенческая смертность | 10,6 | 10,0 | 19,1 | 9,0 | 6,0 |

При реализации всего комплекса мер по профилактике и снижению материнской и младенческой смертности, по расчетным данным, прогноз этих показателей должен составить к 2015 году:

- материнской смертности – 18,0 на 100 тыс. родившихся живыми;
- младенческой смертности – 6,0 на 1000 родившихся живыми.

Важнейшим условием улучшения основных показателей службы охраны материнства и детства – материнской и младенческой смертности – является совершенствование организационной структуры акушерской помощи, внедрение эффективных лечебно-диагностических и перинатальных технологий в условиях развития перинатальных центров в стране.