

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

XXI ВЕКА

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
ООО «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»
Д.М.Н., ПРОФЕССОР
Светлана Ивановна
Слепцова



Ab verbis ad verbera.
От слов к делу.
Латинское изречение

Репродуктивное здоровье населения современной России как фактор национальной безопасности привлекает пристальное внимание всей страны от президента до врачей-специалистов.

В год в стране умирает 15 тыс. детей в возрасте до 12 месяцев, 70% беременностей прерывается, а количество аборт составляет 1,5 млн. Уровень бесплодия в стране достигает 13–15%, являясь критическим. Количество бесплодных женщин составляет 6 млн., мужчин – 4 млн. Суммарный коэффициент рождаемости у нас в стране на сегодня равен 1,35, для простого же воспроизводства населения необходим коэффициент, равный 2,1.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗЕРВЫ

Россия продолжает вымирать. Средняя продолжительность жизни в стране по-прежнему на 10–12 лет ниже, чем в странах с развитой экономикой. Высокими остаются уровни материнской и детской смертности.

По данным Всероссийской переписи населения, в 2002 году в Российской Федерации постоянно проживало около 145,2 млн. человек. Численность постоянного

населения Российской Федерации на 1 января 2006 года составляла 142,7 млн. человек, а на 1 января 2010 года – 141,9 млн.

Убыль коренного населения неуклонно продолжается и в настоящее время. По прогнозу Госкомстата, к 2016 году население страны сократится на 10,4 млн. человек (на 7,2% по сравнению с началом 2001 года) и составит 134,4 млн. А к 2050 году жителей РФ будет только 110 млн. человек. И это при условии постоянного увеличения числа иммигрантов.

По оценке Федеральной службы государственной статистики (2009 – I–III квартал 2010 года) численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2010 года составила 141,9 млн. человек и за прошедший год увеличилась на 23,3 тыс. человек (с учетом миграционного прироста за счет мигрантов, зарегистрированных на год и более), или на 0,002% (на соответствующую дату предыдущего года наблюдалось сокращение численности населения на 104,8 тыс. человек, или на 0,07%).

Естественная убыль населения в 2009 году уменьшилась по сравнению с 2008 годом на 112,7 тыс. человек. Увеличившийся миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 9,8%.

В 2009 году увеличение числа родившихся наблюдалось в 70 субъектах Российской Федерации, снижение числа умерших – в 73 субъектах, что объясняется внедрением мер по реализации ПНП «Здоровье».

Однако в целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся составило 1,1 раза (в 2008 году – 1,2 раза), в 22 субъектах Российской Федерации этот показатель составил 1,5–2 раза.

В январе – феврале 2010 года в России отмечалось снижение числа родившихся в 63 субъектах Российской Федерации и числа умерших в 48 субъектах.

В 2010 году в целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся осталось на том же уровне, что и в январе – феврале 2009 года – 1,3 раза,

в 7 субъектах Российской Федерации этот показатель составил 2–2,4 раза.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

Репродуктивное здоровье зависит от общего состояния здоровья как женщин, так и мужчин. Нарушения функции репродуктивной системы человека могут возникнуть по ряду причин. Однако ведущей причиной репродуктивных поломок многие исследователи рассматривают инфекцию.

По мнению ведущих специалистов в области перинатальной медицины, вирусная и бактериальная персистирующая инфекция является одним из основных факторов перинатальной патологии. Развитие хронических инфекционных процессов в репродуктивных органах приводит к эндокринопатии и аутоиммунным нарушениям, вызывающим патологию развития эмбриона/плода и к прерыванию беременности.

За последние годы в стране в десятки раз возросла заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

Ежегодно, по данным ВОЗ, регистрируется около 340 млн. новых случаев ИППП в мире. В России отмечено увеличение на 10% зарегистрированных в последние годы ИППП. Причем наибольший уровень заболеваемости оказался в репродуктивных возрастных группах: 20–29 и 30–39 лет, что позволяет считать данный контингент группой риска развития эпидемии ИППП.

Сегодня все яснее сознается влияние ИППП на репродуктивные процессы. Установлено, что женщины физиологически более предрасположены к передаче этого вида инфекций, чем мужчины. Вероятность заражения гонореей, герпесом, хламидиозом и трихомониазом даже после одного полового контакта для женщины в два раза и более выше, чем для мужчины. Осложняется эта ситуация тем, что течение ИППП часто бессимптомное. По данным ВОЗ, у 70% женщин, болеющих цервицитом, не отмечалось никакой симптоматики. Приблизительно у 10–20% женщин с нелеченым гонорейным или хламидийным цервицитом развивались воспалительные заболевания органов малого таза, которые впоследствии приводили к репродуктивной патологии. Женщины могут передавать ИППП своим детям во время беременности, родов, грудного вскармливания. Влияние этих инфекций на репродукцию человека проявляется наиболее ярко в том, что они способствуют передаче ВИЧ и ускоряют развитие СПИДа. Эпидемиологические исследования выявили возрастание риска передачи ВИЧ в два – девять раз для людей с поражением гениталий или воспалением, являющимся последствием ИППП. В Москве на 27 мая 2010 года зарегистрировано 50 тыс. случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Из них 60% инфицированных – молодежь в возрасте 19–29 лет. Установлено, что улучшение работы по выявлению и лечению ИППП на уровне первичного медицинского обслуживания снижает заболеваемость ВИЧ на 42%.

ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Наиболее перспективным для сохранения репродуктивного здоровья населения является выделение в группу высокого риска подростков, а следовательно, необходимо пристальное внимание к ним. Однако для этого требуется специальный подход. У нас, как и во многих странах, доступ подростков к медицинскому обслуживанию, направленному на охрану репродуктивного здоровья, ограничен, а подчас и вовсе невозможен. Вместе с тем для юных девушек риск ИППП особенно высок вследствие непостоянных сексуальных отношений на фоне окончательно несформированной репродуктивной системы, а также отсутствия знаний о половой жизни. Так, при скрининге ИППП у девочек-подростков выявлено, что 44% из них начали половую жизнь с 16 лет и менее, 80% – с 17–19 лет. Среди них соответственно у 16 и 21% были выявлены ИППП. При этом наиболее распространенными оказались хламидиоз и трихомониаз. Около 95% девушек с хламидиозом и гонореей не отмечали у себя никаких симптомов.

Таким образом, становится понятным, что успешная работа по программам охраны репродуктивного здоровья невозможна без охвата подросткового населения. При этом необходима разработка особых программ, соответствующих потребностям молодых людей. Ключевой момент в работе таких программ – выяснить, куда бы подростки хотели обратиться за информацией и лечением, а также от кого они предпочитают их получать. В ряде стран проводятся эксперименты по созданию многоцелевых молодежных центров (в России – подростковых центров), где осуществляются мероприятия по первичной медицинской помощи и профилактике ИППП. На наш взгляд, деятельность подростковых центров должна быть дополнена созданием негосударственных молодежных центров репродуктивного здоровья с благоприятным для подростков окружением и активным участием самой молодежи в руководстве и деятельности данных структур.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Неправительственная организация ООО «Центр перинатальной профилактики» совместно с Межрегиональной общественной организацией «Экологическая женская ассамблея» разработали программу «Юниор» по сохранению репродуктивного здоровья у подростков.

Цель программы – снизить заболеваемость ИППП и частоту ранних беременностей у подростков путем внедрения новой системы ценностей: сохранение личного здоровья как фактора социального благополучия.

Задачи программы:

- формирование у подростков мотивации сохранения общего и репродуктивного здоровья;
- просвещение подросткового контингента по профилактике ВИЧ/СПИДа, ИППП, ранней беременности;



- внедрение практических навыков сохранения репродуктивного здоровья;
- проведение консультаций и оказание первичной медицинской помощи для профилактики передачи ИППП.

Таким образом, наиболее перспективной технологией перинатальной медицины сегодняшнего дня представляется не восстановление, а сохранение репродуктивного здоровья у наиболее уязвимого контингента населения – подростков. Снижение риска развития репродуктивной патологии в данной группе наряду с экологическим мониторингом и оптимизацией социально-экономических условий позволит улучшить здоровье общества, а значит, и положительно изменить демографическую ситуацию в стране.

На фоне кризисной демографической ситуации численность детского населения продолжает снижаться. За последние восемь лет число детей уменьшилось на 7,8 млн. человек. Сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья как матерей, так и детей. До 40% детей имеют различные заболевания уже при рождении. С 1990-х годов доля детей, родившихся больными, увеличилась в три раза, а общая заболеваемость новорожденных за последние годы возросла на 7%. К 18 годам остаются здоровыми только 30% детей.

Подростковый возраст чрезвычайно важен в физиологическом, психическом и социально-нравственном становлении человека.

В соответствии со статьей 1 Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ», а также согласно статье 1 Конвенции ООН и рекомендации ВОЗ о правах ребенка, подростками признаны лица до достижения ими возраста 18 лет (совершеннолетия). У нас в стране термин «подростковый период» означает возраст 15–18 лет. В этот период у подростков возникают многие медицинские и социальные проблемы. В последнее десятилетие отмечены негативные сдвиги в состоянии общего и репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Среди причин нарушения здоровья подростков признана большая роль социально-экономических факторов.

У молодых людей появилась установка на недолговременность брачного союза («серийная моногамия»), на частую смену половых партнеров. Произошла «сексуализация» общества, когда ценности человека определяются только через его или ее сексуальное поведение, а другие качества отходят на второй план. При этом не возникает потребность защитить себя и сохранить здоровье.

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Охрана репродуктивного здоровья населения России является важнейшей государственной задачей и одной из приоритетных составляющих национального проекта «Здоровье».

Это тем более актуально, что современная демографическая ситуация в стране формируется высокой

частотой мужского и женского бесплодия, низкой рождаемостью, повышением частоты рождения детей с генетическими заболеваниями, наследственными и врожденными пороками развития.

Очевидно, что только консолидация научных, профессиональных и общественных усилий может совершить прорыв в решении этих проблем.

По состоянию на I квартал 2010 года в нашей стране родилось детей больше, чем в 2009 году. Вместе с тем на фоне даже небольшого увеличения рождаемости в последнее время растет число младенцев, появившихся на свет с врожденными болезнями, пороками развития, внутриутробными инфекциями. Это связано и с тем, что меры поощрения рождаемости привели к демографическому всплеску в группах асоциальных семей. Недавно принятая на государственном уровне концепция стимулирования экстракорпоральных технологий рождения тоже способствует росту числа больных детей. Число врожденных пороков у «детей из пробирки» в два раза больше, чем у обычных новорожденных. Заболеваемость у них также намного выше. Конечно, нужно учитывать желание родителей иметь ребенка, но следует понимать: государственная поддержка ЭКО – не единственный способ решать демографическую проблему.

Нужно всерьез заняться профилактикой бесплодия. Его наиболее частые причины хорошо известны. Это внутриутробная инфекция у женщин и аборт. Только по официальной статистике, в России производится 1,5 млн. абортов в год, а по данным экспертов, количество абортов в стране примерно на 1 млн. больше, чем говорят официальные цифры. Вот на что следует обратить внимание руководящим органам здравоохранения. Программы профилактики бесплодия, снижения детской, младенческой, материнской смертности, которые зарождались в свое время, к сожалению, не были поддержаны Государственной Думой.

Сейчас в стране около 6 млн. бесплодных семей, а истоки заболевания часто обнаруживаются в детском возрасте. Несмотря на это в России отсутствует педиатрическая андрологическая помощь. Служба детской гинекологии также практически не создана. Хотя потребность в подростковой и детской андрологии и гинекологии огромна.

Необходим системный подход, подразумевающий комплекс мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации, разработка и внедрение программ с набором самых эффективных профилактических технологий, сберегающих здоровье.

Что еще может остановить демографический спад? Только ли медицинские причины репродуктивной патологии человека? Что заставляет женщину сознательно отказываться от материнства или приводит ее к невозможности деторождения?

Ответ неоднозначен, и на 70% зависит от экономических, экологических и социальных условий проживания и всего лишь на 30% – от медицинских факторов.

В настоящее время все очевиднее, что снижению репродуктивного потенциала населения способствует не только наличие медицинских причин. Значительный



вклад в данную проблему вносят ситуации психологической напряженности и затяжного хронического стресса, ведущие к различным психическим отклонениям и дезадаптации, а также широкое распространение вредных привычек, резкое снижение уровня жизни, недостаточное питание, сложности получения своевременной и адекватной психологической помощи.

СЕМЬЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

Психосоциальные условия семьи играют ведущую роль в возможности как самого зачатия, так и сохранения беременности. Однако, оценивая статус женщин в стране при систематическом сокращении производства, падении уровня жизни, следует признать резкое снижение социального статуса женщин, их уязвимость и социальную незащищенность. В условиях политической нестабильности, экономического кризиса, национальных конфликтов и локальных войн развивается состояние постоянной тревоги за будущее, депрессии, что влечет за собой рост агрессии, насилия в семье и, как следствие, добровольный отказ от деторождения или невозможность наступления и вынашивания беременности.

По данным МВД России:

- 15 тыс. российских женщин ежегодно погибает в результате бытовых конфликтов;
- каждый час в России одна женщина подвергается сексуальному насилию.

В 2000 году Государственной Думой был разработан законопроект «Об основах социально-правовой защиты от насилия в семье». Однако до сих пор такого закона нет, хотя он жизненно необходим.

Основной причиной, тормозящей принятие этого законопроекта, является отсутствие осознания опасности насилия в семье. Государство бездействует, а значит, практически поощряет насилие.

Политическая, экономическая и социальная нестабильность современной России усиливает жестокость в отношениях между людьми, создает криминальные ситуации.

Как это ни парадоксально, женщины, подвергающиеся насилию, оправдывают действия своих близких, мужа или партнера, нервными перегрузками и перенапряжением, связанными с заботой о благосостоянии семьи. Однако подобные психологические срывы не проходят бесследно для репродуктивного здоровья как женщины, так и мужчины.

Депрессия, хронические стрессовые ситуации в семье нередко влекут за собой невозможность наступления беременности.

РЕПРОДУКЦИЯ ЧЕЛОВЕКА И ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ

Естественно, что важнейшей характеристикой проблем качества и потенциала репродуктивного здоровья является проблема бесплодия.

В настоящее время в стране 20% супружеских пар страдают бесплодием, но, желая иметь детей, не всегда имеют возможность получить необходимую помощь вследствие ее недоступности или неразвитости. При этом половина всех зарегистрированных случаев бесплодия связана с нарушением репродуктивной функции у мужчин, что не всегда учитывается.

Анализ причин низкой эффективности урологической помощи при мужском бесплодии свидетельствует о том, что традиционное отношение к бесплодному браку отличается активным вниманием врачей-урологов к собственно урологическим проблемам с одновременной недооценкой, а часто и незнанием методов диагностики и лечения мужских репродуктивных и копулятивных дисфункций. Современные технологии лечения бесплодной супружеской пары требуют совместной работы врачей гинекологов и андрологов. Отсутствие должной научно-практической координации между этими специалистами приводит к недооценке мужского и гипердиагностике женского фактора в бесплодном браке, недооценке психического звена и, вследствие этого, к отсутствию психологической поддержки при данной патологии. Следует учитывать, что диагноз «бесплодный брак» часто воспринимается пациентами как приговор, унижающий человеческое достоинство, приводящий к развитию психовегетативных реакций и усугубляющий патологию, особенно у мужчин.

Урологом-андрологом Центра перинатальной профилактики в последние три года было проведено обследование и лечение пациентов, обратившихся с урологической патологией, по поводу инфекций, передаваемых половым путем, с эндокринными проблемами, нарушением сперматогенеза, бесплодным браком. Кроме того, ряд пациентов мотивировали свой визит желанием обследоваться перед планированием беременности (рис. 1).

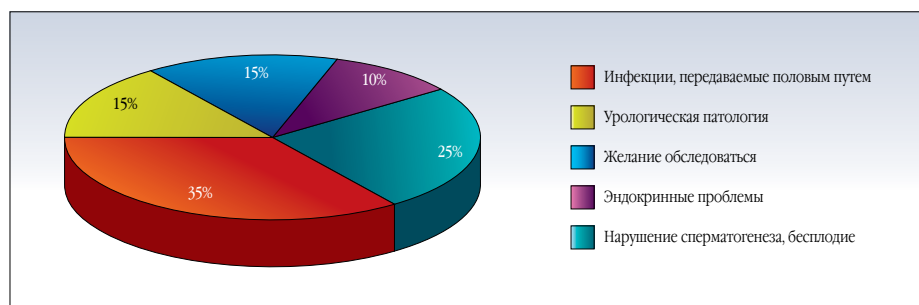
Как видно из диаграммы, только половине пациентов была необходима чисто урологическая помощь, а остальные 50% нуждались в обследовании и лечении у специалиста-андролога.

Таким образом, андрологию следует считать неотъемлемой частью репродуктивной медицины и признать ее междисциплинарный характер на стыке урологии, эндокринологии, психологии, гинекологии. Кроме того, причина резкого ухудшения фертильности мужчин и развития некоторых форм бесплодия кроется в средовых факторах. Именно экологические факторы являются причиной прогрессирующего ухудшения показателей сперматогенеза и трети необъяснимых (идиопатических) форм мужского бесплодия, регистрируемых в последние десятилетия.

Несмотря на это в стране практически отсутствует андрологическая служба. Не развита и педиатрическая андрология. На наш взгляд, необходимо срочно принять меры по развитию государственной службы репродуктивной гинекологии и андрологии с наличием единого методического центра репродуктивного здоровья (перинатальный центр), включающего все этапы диагностики, лечения и психопрофилактики заболеваний репродуктивной системы девочек и мальчиков (рис. 2).

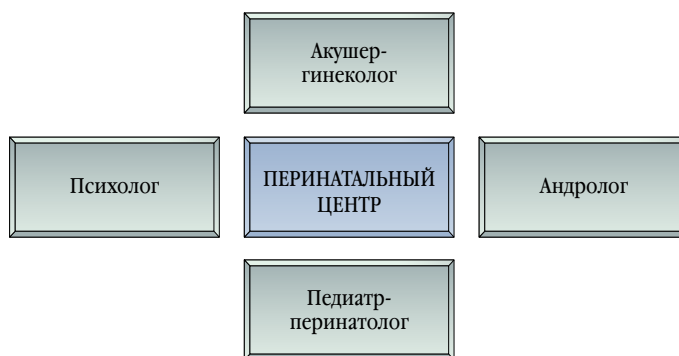


1



СТАТИСТИКА ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К УРОЛОГУ-АНДРОЛОГУ

2



МОДЕЛЬ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ (ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА)

РОЛЬ СТРЕССА В ДЕМОГРАФИИ

Нарастающая интенсивность патологии беременности, родов и послеродового периода, более поздние первичные и нерегулярные обращения в женские консультации обостряют психосоматические проблемы, проблемы вынашивания здоровых детей.

Как указывал А.А. Портнов, «приспособление человека к изменяющимся условиям среды протекает в виде двух психологических реакций – реакции возбуждения и реакции ступора, обездвиженности». Изучение роли психологических факторов в развитии патологических состояний организма показало значимость эмоциональных особенностей личности. По мнению К.В. Судакова, следует учитывать именно эмоциональные стрессы, возникающие во всех случаях, когда человек не может длительно удовлетворить свои ведущие биологические или социальные потребности, то есть достичь жизненно важных результатов. В условиях конфликтных ситуаций у этих людей возникают соматовегетативные нарушения различной локализации и выраженности.

Нарушение психоэмоционального равновесия беременной, соматические заболевания могут приводить к появлению у женщины негативных мыслей, отрицательных эмоций. Эмоция – это не только психическое состояние человека, а еще и гормональная реакция его организма. При длительных стрессовых состояниях в крови матери образуется избыточное количество стероидных гормонов, проходящих через плацентарный барьер и влияющих на формирующийся мозг ребенка. Сегодня убедительно доказано,

что при стрессе надпочечники матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время положительных эмоций (радости, успокоения) – гипоталамические структуры мозга вырабатывают эндорфины (гормоны радости), которые активно воздействуют на плод.

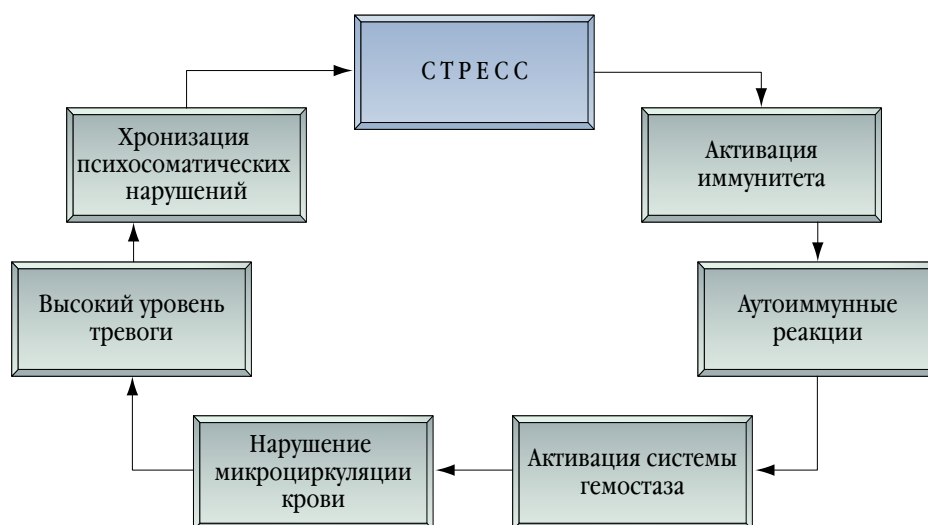
Следовательно, мать и ребенок представляют собой единый нейрогуморальный организм и каждый из них в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ПЕРИНАТОЛОГИИ

В высшей нервной деятельности женщин во время беременности происходят выраженные функциональные сдвиги, которые сводятся к изменению характера условно-рефлекторной деятельности, изменению вегетативных реакций, преобладанию процессов возбуждения, а затем торможения в коре головного мозга. В связи с этим неблагоприятный психоэмоциональный фон и повышенное нервно-психическое напряжение женщины, напрямую зависящие от психосоциальных условий семьи, могут негативно влиять как на процесс самого зачатия, так и на сохранение беременности. Нарушение менструального цикла (аменорея) является наиболее частым психосоматическим проявлением воздействия психичес-



3



РАЗВИТИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

ких факторов. Среди таких факторов ведущим является стресс, сопровождающийся появлением страха, ужаса, напряженного ожидания. Эмоции, невротические реакции могут провоцировать или задерживать овуляцию, менструацию, нарушать функцию маточных труб (спазм), инакцию яйцеклетки, вызывать ранние спонтанные абортыв вследствие активации сократительной активности матки на фоне нейроэндокринных изменений в организме.

Таким образом, с целью коррекции психосоматического состояния женщин, а также для формирования положительной мотивации материнства беременным необходима психологическая помощь как со стороны медицинских работников, так и специалистов-психологов. Супружеские пары, прошедшие психологическую подготовку еще до рождения ребенка, позитивнее воспринимают свой новый статус – родительство.

Проведенные нами исследования подтвердили значительную роль психосоциальных факторов в прогнозе наступления и исхода беременности.

Психическая регуляция репродуктивного здоровья возможна при правильной оценке условий и ресурсов жизнедеятельности организма. Этому способствует понимание механизма развития соматических изменений при психических поломках (рис. 3).

На данном рисунке представлен замкнутый порочный круг, в котором реализуется механизм отторжения плодного яйца: острая стрессовая ситуация активизирует систему иммунитета, развивая аутоиммунный компонент, и систему гемостаза, приводя к хроническому ДВС-синдрому. Эти изменения, в свою очередь, поддерживают высокий уровень тревоги у женщин, хронизируя стрессовую ситуацию. Многолетний опыт ведения беременностей с осложнениями показывает: коррекция психосоматического здоровья супругов до наступления беременности во много раз повышает возможность ее благополучного исхода.

Использование методов диагностики и психокоррекции различных нарушений репродуктивно-

го здоровья наряду с традиционными медицинскими методами, психотерапевтическая помощь при семейных конфликтах и других кризисных ситуациях позволяют получить положительный эффект у 87% наблюдаемых пациенток.

Суммируя клинико-психологические исследования по изучению репродуктивной патологии, считаем необходимым рекомендовать в программу обследования и лечения пациентов с проблемами деторождения включить обязательный психологический мониторинг с динамическим контролем психосоматического состояния.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Целью модернизации здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Для этого необходимо:

- стандартизировать медицинские технологии с учетом профилактики заболеваний и алгоритмов выполнения медицинских услуг с конкретной адресацией субъектам РФ;
- модернизировать систему обязательного медицинского страхования с перенесением части финансовой ответственности в негосударственный сектор, с возможностью реального выбора страховых медицинских организаций, с развитием их конкурентоспособности в защите прав пациентов;
- совершенствовать первичную амбулаторно-поликлиническую помощь с финансированием профилактической медицины;
- оптимизировать стационарную службу за счет пересмотра коечного фонда: сократить число круглосуточных коек, при необходимости изменить их профильность;



1



– направить высвободившиеся финансовые средства на расширение амбулаторного обслуживания, открытие дневных стационаров.

На необходимость реорганизации стационаров указывает тот факт, что 70% бюджета российского здравоохранения идет на поддержание именно стационарной помощи населению, тогда как в Европе этот показатель равен 30–40%. При этом 30% коечного фонда, по данным Минздравсоцразвития России, в 2009 году простаивало, средства на их содержание были потрачены зря. Нерациональное использование коечного фонда является сегодня одной из самых острых проблем, решить которую можно изменением принципов финансового планирования в здравоохранении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Позитивно воздействовать на демографическую ситуацию в стране возможно внедрением ряда следующих мер:

1. Материально поддерживать рождение ребенка в семье. Для этого нужен закон о выплате единовременного пособия и ежемесячных грантов, увеличивающихся с рождением второго и каждого последующего ребенка в семье. Опыт европейских стран доказывает эффективность подобных мер.
2. Принять закон об ответственности граждан за здоровье и жизнь членов семьи. Предусмотреть наказание за издевательство, унижение, насилие в семье (привлечение к суду, отселение и др.).
3. Создать медицинские страховые обязательные программы по обследованию и лечению молодых супругов, страдающих бесплодием (15% молодых семей имеют первичное бесплодие), с частичной или полной оплатой.
4. Обеспечить материальной поддержкой семьи, где девочки-подростки имеют и сохраняют ранние беременности, не прибегая к аборту. Определить пособие семьям, усыновившим новорожденных у своих детей. Поддержать законодательно

2



(декретный отпуск, листок нетрудоспособности, детские пособия) граждан, воспитывающих усыновленных внуков.

5. Разработать и внедрить в практику здравоохранения педиатрическую андрологию.
6. Создать службу перинатальных психологов в поликлиниках, специализированных стационарах.
7. Реорганизовать женские и детские консультации, консультации «Брак и семья», центры планирования семьи и подростковые центры в единую структуру – перинатальный центр, придав ему статус многопрофильного учреждения, подчиненного управлениям и министерствам здравоохранения в регионах.

Представленные материалы основаны на опыте работы негосударственной перинатальной службы в г. Москве и Московской области:

ООО «Центр перинатальной профилактики». Малое предприятие. Организовано в Москве в 1996 году. Поддерживает и внедряет в медицинскую практику города приоритетный национальный проект «Здоровье», занимаясь проблемами бесплодного, бездетного брака.

ООО «Перинатальный профилактический центр». Малое предприятие. Организовано в Московской области, г. Одинцово, в 2003 году на базе ФГУЗ «Клиническая больница №123» ФМБА России. Сотрудниками центра разрабатывается и оказывается амбулаторно-стационарная (дневной стационар) помощь населению Московской области по восстановлению репродуктивного здоровья.

ООО «Перинатальный клинический центр». На базе муниципального учреждения здравоохранения «Звенигородская центральная городская больница». Главный врач больницы кандидат медицинских наук Николай Григорьевич Фисенко и медицинский коллектив, учитывая социальную значимость национального проекта «Здоровье», поддерживают развитие инновационных методов перинатальной медицины, оптимизацию помощи и внедрение качественных медицинских услуг населению.

Цель создания: разработка модели перинатального центра для региональных территорий страны.