

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ И СЛУЖБЫ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ
МИНЗДРАВА РОССИИ
Елена Николаевна
Байбарина



Развитие системы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации в настоящее время осуществляется в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года №1351, и Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года №1662-р. Развитие системы направлено на решение задач, поставленных в указах Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» необходимо обеспечить к 2018 году снижение младенческой смертности, в первую очередь в регионах с высоким уровнем данного показателя (до 7,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми).

Основные направления совершенствования оказания медицинской помощи женщинам и детям в 2013–2020 годах определены государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения»,

утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года №294. Стратегической целью государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям науки.

Важнейшей составной частью государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» является подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка». Ее основной целью является создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям, улучшение состояния здоровья детей и матерей, снижение материнской, младенческой и детской смертности, а также снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

К числу мероприятий, направленных на снижение материнской и младенческой смертности, относятся повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям, совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики, неонатальной и фетальной хирургии.

В результате реализации государственной программы к 2020 году планируется увеличить:

- долю беременных женщин, обследованных по новому алгоритму комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, – до 70%;
- долю женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, – до 85%;
- долю новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, – до 95%;
- выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре – до 82,5%;
- охват пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами – до 85,9%.

Итогом реализации государственной программы должно стать снижение показателя младенческой смертности в 2020 году до 6,4 на 1 тыс. родившихся живыми.

По данным на 1 января 2014 года, доля женского населения в Российской Федерации составила 77,1 млн человек (53,7% в общей численности населения России). На фоне продолжающегося сокращения численности женского населения репродуктивного возраста (с 36,57 млн в 2012 году до 35,6 млн в 2014 году) отмечается ухудшение показателей здоровья женщин: растет частота расстройств менструации, в том числе у подростков 15–17 лет, женского бесплодия, сохраняется высокая частота эндометриоза, онкологических заболеваний репродуктивных органов.

В последние годы в Российской Федерации отмечается стойкая положительная динамика по числу абортот. За 2010–2014 годы общее число абортот снизилось на 22,8% (с 1 054 820 в 2010 году до 814 162 в 2014 году), показатель абортот на 1 тыс. женщин фертильного возраста уменьшился на 18,8% (с 28,2 в 2010 году до 22,9 в 2014 году). Положительным моментом в проведении абортот является увеличение доли вмешательств, выполняемых медикаментозным методом (как более безопасных по сравнению с хирургическими): число таковых возросло с 39 012 (3,7% от общего числа абортот) в 2010 году до 81 854 (10,1%) в 2014 году.

В общем анализе абортот доля медицинских абортот по желанию женщины в 2014 году составила 62,9% (в 2010 году – 75,9%), то есть показатель за последние 5 лет снизился на 36,1% (с 800 427 в 2010 году до 511 799 в 2014 году).

Сохраняется положительная динамика по числу абортот у первобеременных женщин (с 98 702 в 2010 году до 65 376 в 2014 году, то есть на 33,8% меньше), абортот неуточненных (с 51 996 до 37 753 соответственно, то есть на 27,4% меньше), криминальных (с 1002 до 154, то есть на 84,6% меньше) и по социальным показаниям (с 392 до 43, то есть на 89,0% меньше).

Вместе с тем продолжается рост числа самопроизвольных абортот (с 172 529 в 2010 году до 234 859 в 2014 году, то есть на 36,1% больше) и не снижается число прерываний беременности по медицинским показаниям (28 474 в 2010 году и 29 554 в 2014 году).

За последние 5 лет число абортот у девочек до 14 лет сократилось на 45,5% (с 615 в 2010 году до 335 в 2014 году), в возрастной группе 15–17 лет – на 52,3% (с 19 029 до 9085 соответственно).

Снижение числа абортот стало результатом планомерной работы, направленной на их профилактику. С целью профилактики и снижения количества абортот в женских консультациях создаются кабинеты медико-социальной помощи, основными функциями которых являются:

- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей;
- проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- формирование у женщины осознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

– социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью.

По данным субъектов Российской Федерации, количество женских консультаций, имеющих в своей структуре кабинеты медико-социальной помощи, увеличилось с 419 в 2011 году до 856 в 2014 году.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на снижение числа абортот в Российской Федерации, является создание центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Выполнение задачи осуществлялось в ходе региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2013 годах и продолжается в рамках вышеупомянутой программы «Развитие здравоохранения». По информации субъектов Российской Федерации, в настоящее время функционирует 385 центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В 2014 году в них проконсультировано с целью предупреждения абортот более 150 тыс. женщин.

Благодаря успехам в лечении тяжелых экстрагенитальных заболеваний сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 года №98 утверждено только одно социальное показание для искусственного прерывания беременности – это беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 (изнасилование) Уголовного кодекса Российской Федерации.

Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрены дополнительные мероприятия, направленные на профилактику абортот. В частности, установлен срок, отведенный женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе.

Федеральным законом от 21 июля 2014 года №243-ФЗ в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях введена статья 6.32 «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности». Таким образом, незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой не только уголовную, но и административную ответственность.

С целью укрепления семьи, сохранения семейных ценностей и традиций Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Фондом социально-культурных инициатив ежегодно во всех субъектах Федерации проводится акция «Подари мне жизнь!». Реализуется комплекс последовательных мер по повышению доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным за счет развития перинатальных технологий, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства.



Значительное влияние на охрану здоровья матерей и детей оказывает программа «Родовый сертификат». Объем дополнительного финансирования учреждений службы родовспоможения и детских поликлиник по этой программе за 2010–2014 годы составил более 88,2 млрд рублей, на 2015 год предусмотрено 19,03 млрд рублей. За счет средств родовых сертификатов в 2010–2014 годах медицинскими организациями приобретено более 16,0 тыс. единиц дорогостоящего медицинского оборудования. Программа помогла улучшить качество диспансерного наблюдения беременных женщин. Так, доля женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации со сроком беременности до 12 недель, увеличилась с 84,6% в 2012 году до 85,1% в 2014 году. Доля женщин, не состоявших под наблюдением в женских консультациях, сократилась с 1,9 до 1,7% соответственно. Количество беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, возросло с 83,0% в 2012 году до 84,2% в 2014 году. Число женщин, прошедших биохимический скрининг, увеличилось соответственно с 75,4 до 83,4%.

В результате принимаемых мер отмечается снижение частоты некоторых осложнений беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства), анемии, болезней мочеполовой системы, кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде, нарушений родовой деятельности. Вместе с тем сохраняется рост заболеваемости беременных сахарным диабетом, увеличивается частота венозных осложнений.

С целью повышения качества диагностики и лечения осложнений беременности и родов Российским обществом акушеров-гинекологов разработаны и утверждены клинические рекомендации (протоколы лечения).

Важным государственным направлением в решении такой задачи, как повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, является создание в Российской Федерации сети современных перинатальных центров. В последние годы они становятся основным звеном в системе оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным группы высокого риска. В 2009–2012 годах при софинансировании из федерального бюджета построено и оснащено 22 региональных перинатальных центра, а также 1 федеральный.

Для дальнейшего развития сети Правительство Российской Федерации приняло Программу развития перинатальных центров в Российской Федерации (распоряжение от 9 декабря 2013 года №2302-р). В ее рамках предусмотрено строительство в 2013–2016 годах еще 32 перинатальных центров в 30 субъектах Федерации. Дальнейшая работа позволит в полном объеме сформировать трехуровневую систему перинатальной помощи, признанную и используемую во всех развитых странах мира.

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи, в том числе жительницам сельской местности, в субъектах Российской Федерации формируется трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 года №572н «Об у-

тверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Система предусматривает дифференцированный подход к оказанию медицинской помощи женщинам с осложненным течением беременности и родов, а также новорожденным. Она не только делает помощь матери и ребенку максимально качественной, но и является ресурсосберегающей моделью за счет дифференциации нагрузки на первичные и высокотехнологичные учреждения здравоохранения.

Внедряются современные информационные и телемедицинские технологии, развиваются дистанционные формы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, организуется система мониторинга беременных, рожениц и родильниц, особенно высокой степени риска.

В 2011–2013 годах в рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации было создано 38 акушерских дистанционных консультативных центров. Таким образом, в настоящее время в субъектах Российской Федерации функционирует 105 акушерских дистанционных консультативных центров с 122 выездными акушерскими анестезиолого-реанимационными бригадами. По данным субъектов Российской Федерации, сотрудниками акушерских дистанционных консультативных центров в 2013 году проконсультировано 92,8 тыс. женщин, в 2014 году – 104,3 тыс.; выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами транспортировано в 2013 году 6078 женщин, в 2014 году – 6579.

Работа акушерских дистанционных реанимационно-консультативных центров способствует повышению доступности и качества медицинской помощи сельским женщинам во время беременности и родов любой сложности, а также в послеродовый период.

Сегодня женщины получают высокотехнологичную медицинскую помощь в возрастающих объемах. В частности, в 2010–2014 годах за счет средств федерального бюджета высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» получили более 40,0 тыс. пациенток, а с использованием метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – более 42,0 тыс. женщин.

Для увеличения доступности медицинской помощи при бесплодии с 2013 года финансовое обеспечение мероприятий по применению вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), включая лекарственное обеспечение, осуществляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Число пациенток, пролеченных за счет средств ОМС, за 2013–2014 годы составило более 37,8 тыс.

Число родов после ЭКО увеличилось с 12 954 в 2012 году до 18 423 в 2014 году (на 42,2%).

В рамках мер, принимаемых по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, в 2011–2014 годах приобретено современное дорогостоящее медицинское оборудование для 10 федеральных государственных учреждений, подведомственных Минздраву России.



С целью повышения квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров в 2011–2014 годах создано 16 обучающих симуляционных центров на базе федеральных государственных учреждений. В них за этот период прошли обучение более 5,6 тыс. врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов. В 2015 году создается еще 2 обучающих симуляционных центра. Подготовка высококвалифицированных специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии в части овладения мануальными навыками для своевременного оказания в полном объеме необходимой медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

С 2010 года в Российской Федерации реализуется пилотный проект по внедрению нового алгоритма комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка. В 2014 году в данном мероприятии участвовали 77 субъектов Российской Федерации: обследовано 1204,8 тыс. беременных, выявлено 16,6 тыс. плодов с врожденными пороками развития.

В соответствии с Целью тысячелетия в области развития №5 (ЦТР-5) показатель материнской смертности должен быть снижен на три четверти в период с 1990 по 2015 год. Что касается Российской Федерации, этот показатель здесь должен снизиться с 47,4 до 11,9 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми.

Фактически за 1990–2014 годы данный показатель в России уменьшился на 77,2% (с 47,4 до 10,8). В ряде субъектов Российской Федерации случаев материнской смерти не наблюдается (в 2014 году в 18 субъектах Российской Федерации отмечен нулевой показатель материнской смертности). В некоторых регионах материнская смертность соответствует уровню экономически развитых стран. Так, в 2014 году в 23 субъектах Российской Федерации показатель материнской смертности составил менее 10 случаев на 100 тыс. детей, родившихся живыми.

В 2012 году Российская Федерация перешла на критерии регистрации рождений, рекомендованные Все-

мирной организацией здравоохранения (с 22 недель (154 дней) беременности, т.е. времени, которому соответствует масса плода 500 г). Такая мера обусловила тогда рост показателя младенческой смертности в стране до 8,6 случая на 1 тыс. родившихся живыми (в 2011 году – 7,4).

По итогам 2014 года показатель младенческой смертности снова был равен 7,4 на 1 тыс. родившихся живыми, а за 8 месяцев 2015 года снизился до 6,6.

С целью дальнейшего снижения материнской и младенческой смертности необходимо:

- продолжить работу по обеспечению этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде и новорожденным;
- оптимизировать деятельность акушерских дистанционных консультативных центров с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами в части дистанционного мониторинга беременных женщин и оказания своевременной экстренной и неотложной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам;
- активизировать внедрение современных клинических протоколов и рекомендаций и обеспечить их выполнение;
- ввести в клиническую практику анализ тяжелых акушерских осложнений у матерей без летального исхода (так называемых случаев near-miss), что позволит оценить качество акушерской помощи, наблюдения и интенсивного лечения, особенно в регионах с низким показателем материнской смертности;
- разработать более эффективные методы профилактики материнской смерти;
- организовать учет и анализ случаев поздней материнской смерти;
- активизировать работу по созданию центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и кабинетов медико-социальной помощи в женских консультациях;
- продолжить повышение квалификации медицинских работников.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
И ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
И СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ
Е.В. Гусевой