

В настоящее время консультативная поликлиника ДМБ № 9 и ЕДИЦ по объему и качеству обследования обеспечивают лишь 5 % - 125 тыс. - всех посещений. Из районных поликлиник только четыре являются типовыми.

4. Нерациональное использование коечного фонда. Экспертный анализ пролеченных в педиатрических стационарах больных показывает, что 30 % из них просто не нуждается в госпитализации, т.к.: - 20 % коек используются как диагностические; - от 5 до 10 % занимают дети, нуждающиеся в реабилитации;

- 5 % коек составляют так называемые социальные (для госпитализации "отказных детей").

5. Неэффективное использование врачей амбулаторно-поликлинического звена. Реально могут быть сокращены необоснованные посещения больных на дому как здоровых детей (с профилактической целью), так и больных, которые могут посещать поликлинику. Внедрение при профосмотрах детей (опыт ДБ №28) автоматизированной системы алгоритмов-АСПОН-Д позволяет улучшить диагностику, выявить состояние предболезни, а также сократить ставки узких специалистов в поликлиниках 3 уровня, передав их в поликлиники 4 уровня и консультативно-диагностические центры 5 уровня. Таким образом, все эти мероприятия могут сократить 30-35% посещений в поликлиники.

6. Бесконтрольное, нерациональное использование бюджетных средств, выделенных на содержание молочных кухонь.

Проводимая реорганизация службы, несмотря на сокращение коечной сети (за 5 лет сокращено более 600 педиатрических коек), секвестрацию ставок, обеспечила доступность и не снизила качество и объем медицинской помощи, позволила переориентировать средства на создание и развитие специализированных Центров. Создание Центров обусловлено, в первую очередь, необходимостью обеспечения детей города высококвалифицированной амбулаторной консультативно-диагностической помощью 5 уровня. Вновь создаваемые Центры финансировались в рамках утвержденных ассигнований без прироста штатного расписания в целом по городу.

В настоящее время функционируют "Центр здоровья и планирования семьи", акушерско-гинекологическое отделение диагностического Центра, объединения "Восстановительное лечение и реабилитация", "Детские инфекционные больницы", "Детское питание", "Центр лабораторной диагностики болезней матери и ребенка", первая очередь "Центра психического здоровья". В результате создания Центров повысилось качество медицинской помощи, что подтверждается положительной динамикой основных показателей работы.

Создание в городе *детского диагностического Центра* на базе ГБ № 21 при соответствующей

реконструкции и оборудовании, который сможет принимать в год до 160 тыс. больных на обследование, позволит на 100% обеспечить консультативную высококвалифицированную помощь 5 уровня, при этом экономия составит до 5 млн руб. в год.

Задачи дальнейшей реорганизации службы в рамках текущего финансирования:

- завершение создания системы высокоспециализированной (по всем нозологиям) медицинской помощи 3-4, 4-5 уровней путем организации специализированных Центров;

- рациональное использование специализированного коечного фонда (приведение сети к реальной потребности);

- ориентация коек 3 уровня на объединение "Восстановительное лечение";

- развертывание коек дневного и однодневного стационаров, как менее дорогостоящих технологий;

- внедрение стационарозамещающих технологий.

Положительная динамика основных качественных показателей свидетельствует о приоритетной позиции службы детства и родовспоможения в г.Екатеринбурге, целенаправленной работе в рамках следующих городских программ:

- "Охрана здоровья матери и ребенка";

- "Безопасное материнство";

- "Планирование семьи";

- "Вскармливание и питание детей раннего возраста";

- "Вакцинопрофилактика".

УДК 614.2

Р.Т.Бабина

ПРОБЛЕМЫ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Уральская государственная медицинская академия, Министерство здравоохранения Свердловской области

Последнее десятилетие охарактеризовалось значительными демографическими потрясениями, что привело к беспрецедентному для мирного периода жизни страны падению воспроизводства населения. Оно обусловлено значительным снижением рождаемости, ростом общей материнской и младенческой смертности и сокращением средней продолжительности жизни.

В Свердловской области имеет место аналогичный депопуляционный процесс.

Снижение младенческой смертности (МС), происходившее вплоть до 1990 г. (МС 16,3‰), сменилось последовательным её повышением в течение 6 лет до 1996 г. (МС 19,3‰) в общей сложности на 18,4%. 1997г. оказался переломным,

сменив неблагоприятную тенденцию роста МС положительной, т.е. в 1997 г. произошло снижение показателя МС до 15,5‰ (на 19,7% в сравнении с 1996 г.).

Насколько закономерным является снижение показателя МС в 1997 г. покажет время. Однако возьмем на себя смелость проанализировать сложившуюся ситуацию с точки зрения влияния медико-организационных факторов и современных технологий на основные демографические показатели неонатального периода.

Проблемы, возникающие именно в неонатальном периоде, определяют ситуацию не только с младенческой, но и с детской смертностью. Яркой иллюстрацией этому является высокая степень корреляции неонатальной смертности (НС) с МС и детской смертностью (до 5 лет) (0,64 и 0,58 соответственно), а средненедельная плотность случаев МС за 1997 год подтверждает значимость неонатального периода (табл. 1).

Таблица 1

Средненедельная плотность случаев МС в 1997 г.

Период жизни	Количество случаев смерти за 1 неделю
Ранний неонатальный период (0-7 дней жизни)	246
Поздний неонатальный период (с 8 до 28 дней)	39
Постнеонатальный период (с 29 дней до 1 года)	5
С 1 года до 15 лет	0,7

Как было показано ранее [3], структурные составляющие МС (неонатальная, в т.ч. ранняя, и постнеонатальная) зависят от обеспеченности территории области педиатрами и акушерами-гинекологами. Так, при снижении уровня обеспеченности педиатрами ниже 12 на 10000 детского населения показатели младенческой и постнеонатальной смертности достоверно повышаются, то же касается зависимости уровня неонатальной и ранней неонатальной смертности от обеспеченности акушерами-гинекологами. Критический уровень обеспеченности 1,5 на 10000 населения.

Несмотря на сохраняющуюся сложную кадровую ситуацию в последние годы, динамика показателей смертности и её структурных составляющих (ранней и поздней) имеет существенные сдвиги в последние 2 года 1996-1997 гг.

Как видно из рис.1, неонатальная смертность имела тенденцию к повышению в период с 1991 по 1996 гг. и значительно снизилась лишь в 1997 г. (на 18,6%).

Динамика структурных составляющих неонатальной смертности свидетельствует о разнонаправленных тенденциях и представлена в рис.2.

Как видно из рис. 2, в период с 1991 по 1995 гг. уровень ранней неонатальной смертности (РНС) имел тенденцию к повышению, определяя в целом уровень неонатальной смертности в этот же

период. Поздняя неонатальная смертность колебалась незначительно, в целом оставаясь на достаточно стабильном уровне.

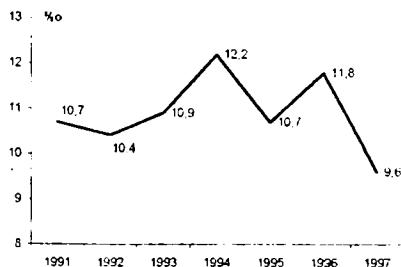


Рис. 1. Динамика неонатальной смертности

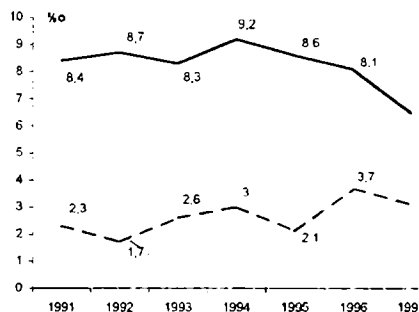


Рис.2. Динамика ранней и поздней неонатальной смертности

В 1995 и 1997 гг. произошло снижение ранней неонатальной смертности на 24,4% за 2 года и повышение поздней на 47,6% за этот же период, но с учетом того, что удельный вес ранней неонатальной смертности (рис.2) составляет 70-80% к неонатальной, снижение РНС определено в целом положительные сдвиги в динамике неонатальной, младенческой и детской смертности.

Снижение РНС обусловлено внедрением в течение 1996-1997 гг. современных перинатальных технологий, и, прежде всего, протокола первичной реанимации в родовом зале.

Значимость этой технологии трудно переоценить. Внедрение её происходит на фоне ряда процессов, осложняющих период ранней адаптации новорожденного ребенка к новым условиям и требующих значительной интенсивности, высокой квалификации врача при выполнении реанимационных мероприятий.

Так, например, значимо изменяется в структуре новорожденных число детей с малой массой тела при рождении. В период с 1991 по 1997 гг. увеличилось на 23% число детей с массой тела при

рождения от 1000 до 2500 г., а также число детей с чрезвычайно малой массой тела (менее 1000 г).

Рост поздней неонатальной смертности произошел в 1996г. в основном за счет инфекций (в 1,6 раза).

Заболеемость новорожденных инфекциями, в т.ч. генерализованными формами и внутриутробными инфекциями, представлена в табл.2 (количество случаев на 1000 новорожденных).

Как видно из представленных данных, в официальной статистике 1996г. возник новый класс инфекционных заболеваний у новорожденных - внутриутробные инфекции (ВУИ). Связано это с определенными научными достижениями и реализацией их в практической деятельности. С другой стороны, произошла "маскировка" генерализованных форм инфекций у новорожденных термином "внутриутробные инфекции", что привело к дезориентации неонатологов и к выше обозначенному росту поздней неонатальной смертности от инфекционных причин.

Таблица 2

Заболеемость новорожденных инфекциями, в т.ч. генерализованными формами и внутриутробными инфекциями

Годы	Инфекции у новорожденных	Генерализов. форма	В/у инфекции
1995	34,8	9,0	0
1996	37,8	1,8	11,1
1997	32,0	3,9	4,9
1998 (9 мес.)	26,0	3,6	1,8

Опыт работы отделения патологии новорожденных 7 детской больницы г.Каменска-Уральского (главный врач Кобер Р.И.) подтверждает обоснованность "бума" внутриутробных инфекций. Так, в отделении в 1995 г. внутриутробные инфекции выявлялись у 42,4% детей, а в 1996г. уже у 60,5%.

В структуре заболеваемости наибольший удельный вес принадлежит хламидиозу (31,7% - 1995г., 40,5% - в 1996г.), отмечается значительный рост микоплазмоза (0,2% - 1995г., 8,1% - в 1996г.). Цитомегаловирусная инфекция сохраняется на одном уровне (9%-9,6%).

Таким образом, явный рост частоты ВУИ связан, с одной стороны, с появлением информативных методов диагностики и улучшением прижизненной выявляемости, в другой - с истинным возрастанием частоты данной патологии [4,5].

Все эти проблемы определяют и более четкие подходы к лечению инфекций у новорожденных как на этапе родильного дома [6], так и в отделениях интенсивной терапии [7,8]. Необходимо отметить, что выявление и своевременное лечение внутриутробного инфицирования плода воспринимается акушерами-гинекологами как одна из важнейших задач перинатологии [5,9].

Другим значительным резервом снижения неонатальной смертности является пренатальная диагностика и своевременная элиминация плодов с врожденными пороками развития (ВПР).

Несмотря на то, что количество пренатально выявленных пороков развития с каждым годом увеличивается и по данным медико-генетического центра выросло в 2,5 раза за период с 1990 г. (64) по 1997 г. (161), тем не менее в структуре МС значимого снижения смерти детей от врожденных пороков развития не прослеживается. При этом приходится констатировать, что в половине случаев смерти детей врожденные аномалии были пренатально выявляемы: множественные врожденные аномалии, врожденные пороки развития нервной системы и органов пищеварения.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что система ультразвукового пренатального обследования беременных в области не эффективна в силу отсутствия охвата всех беременных, несвоевременности проведения и проблем, связанных с качеством обследования. Таким образом, организация эффективного пренатального скринингового ультразвукового контроля беременных является реальным залогом снижения МС, в том числе неонатальной смертности по классу врожденных пороков развития. По нашим расчетам, свидетельством качества эффективности такого обследования будет пренатальное выявление одного случая врожденного порока развития на сто беременных, т.е. 300-350 пренатально выявленных пороков развития приведет к реальному снижению МС в нашей области, в том числе неонатальной.

Таким образом, неонатальная смертность, в основном определяющая уровень младенческой и детской смертности, является в настоящее время категорией управляемой, зависимой как от медико-организационных факторов, так и от внедрения современных технологий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Г.А.Самсыгина, А.А.Баранов. Мать-плод-дитя: социальные и медицинские проблемы // Педиатрия. 1996. № 5. С.4-8.
2. Н.Ф.Герасименко. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны // Уральское медицинское обозрение. 1997. № 2. С.2-6.
3. Р.Т.Бабина, Э.Г.Курова. Некоторые подходы к оценке младенческой смертности // Уральское медицинское обозрение. 1997. №2. С.16-18.
4. Г.А.Самсыгина. Современные проблемы внутриутробных инфекций // Педиатрия. 1997. № 5. С.34-35.
5. И.С.Сидорова, И.Н.Черниченко. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия // Рос. вест. перинатол. и педиатр. 1998. № 3. С.7-13.

6. Принципы антибактериальной терапии новорожденных в условиях родильного дома. Разработчики: Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.34-36.
7. Т.А.Пак. Лечение бактериальных инфекций у новорожденных высокого риска антибиотиками резерва // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.28-31.
8. Д.Н.Дегтярев, М.В.Дегтярева, И.Ю.Ковтун, Л.В.Шаламова. Принципы диагностики внутриутробных вирусных инфекций у новорожденных и тактика ведения детей группы риска // Перинатология сегодня. 1997. № 3. С.18-24.

УДК 616-036.865-053.31

Г.А.Черданцева, А.М.Литвинова, Е.К.Ширяева, С.Г.Батлук

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества МЗ РФ

Проблема инвалидизации детей, которой в настоящее время уделяется особое внимание, является одной из актуальных в перинатологии. Целевая программа «Дети-инвалиды» составляет часть президентской программы «Дети России». Программа предполагает разработку и выполнение комплексных мероприятий не только по наиболее полноценной медицинской и социальной реабилитации детей-инвалидов, но и поиск путей сокращения их числа.

Профилактическое направление здравоохранения России было и остается самым важным. Как свидетельствует опыт, наибольший эффект в детской практике приносит развитие и совершенствование этого направления.

Анализ причин инвалидизации детей показывает, что перинатальные факторы составляют не менее 50% среди всех причин. Совершенствование медицинских технологий и их внедрение в практическое здравоохранение является реальным резервом в деле снижения детской инвалидизации. Более того, развитие и совершенствование неонатальной реаниматологии позволило значительно снизить уровень перинатальной смертности, но привело к росту тяжелой патологии ЦНС у новорожденных. Так, по данным УНИИ ОММ МЗ РФ перинатальная смертность недоношенных детей снизилась со 120 в 1990 г. до 55% в 1997. Снижение числа летальных исходов в период новорожденности происходит параллельно с нарастанием числа сублетальных поражений мозга у детей, особенно у глубоко недоношенных.

Рост инвалидизирующей патологии ЦНС по мере снижения смертности недоношенных детей отмечается также, начиная с конца 70-х начала 80-х годов (период повсеместного распространения реанимационной помощи и организации отделений реанимации новорожденных) в Швеции, Финляндии, Англии, Дании и т.д. (Gerard H.A., Visser et al, 1996г.). Все это вызывает оправданную тревогу во всем мире. Риск формирования грубых неврологических дефектов (ДЦП, ЗПР, сенсорные нарушения) в 3 раза выше у недоношенных (Барашнев Ю.И., 1989г.), ДЦП встречается в 10-18% случаев, нарушения зрения и слуха - до 20%, более 30% из них необходимо впоследствии обучение в специализированных школах (Дементьева Г.М., 1993; Монтомери Т., 1995).

Среди детей, выживших благодаря ИВЛ, взятых нами на мониторинг до двух лет жизни, ДЦП имели 30%, эписиндром - 42%, задержку умственного развития - 43% (из них 7,6% в форме олигофрении), сенсорные нарушения - 21%. Наиболее тяжелый исход отмечен у постреанимационных детей с бронхолегочной дисплазией. Только 57% наблюдаемых детей соответствовали степени зрелости и имели удовлетворительное психомоторное развитие.

Приведенные результаты позволяют утверждать, что реальным резервом в деле снижения детской инвалидности является совершенствование перинатальных медицинских технологий и методов наиболее ранней реабилитации детей группы высокого риска по инвалидизации и их широкое внедрение в практическое здравоохранение.

В Уральском НИИ ОММ МЗ РФ имеется 40-летний опыт работы регионального перинатального центра. Перинатальный центр имеет два основных блока - акушерский и педиатрический, тесно связанных не только территориально, административно, но, что наиболее важно и имеет принципиальное значение, имеющих четкую преемственность, что позволяет добиться наилучших показателей здоровья новорожденного.

Перинатальный центр имеет явные преимущества по сравнению с другими родовспомогательными учреждениями. Наблюдение за ребенком в условиях перинатального центра начинается задолго до его рождения. Предложенная Н.В.Башмаковой новая организационная форма «Однодневный диагностический стационар» позволяет обследовать беременную от 2 до 4 раз в критические сроки беременности для выявления таких осложняющих течение беременности состояний, как гестоз, угроза прерывания беременности, инфекции матери и плода, аномалии развития. Многие осложнения выявляются на доклиническом уровне, что позволяет более эффективно проводить их коррекцию амбулаторно или в условиях стационара в зависимости от тяжести выявленного процесса. В результате в группах высоко-