

Тенденции младенческой и перинатальной смертности как основа организации родовспоможения в России

М. С. Скляр, Л. П. Суханова, М. А. Сырочкина, Г. Ю. Уткина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург;
Отделение медицинской статистики и документалистики ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, г. Москва

Резюме

В статье представлен медико-статистический анализ перинатальной и младенческой смертности в России в динамике за 1991-2006 гг. Продемонстрировано, что снижение регистрируемых репродуктивных потерь сопровождается нарастающей диспропорцией их структуры: ростом удельного веса доношенных детей в перинатальной смертности (до 49,8% в 2006 г.) и мертворождаемости (до 51,3%), а также доли поздней неонатальной и постнеонатальной смертности в структуре младенческих потерь при снижении удельного веса ранней неонатальной компоненты. Проиллюстрирована недостаточная достоверность статистической информации о перинатальных потерях и низкое качество акушерской и перинатальной помощи на уровне популяции, подтверждаемое данными мониторинга предотвратимых осложнений в процессе родов.

На основе анализа уровня и структуры репродуктивных потерь показано, что необходимым условием их реального снижения в современной России является изменение стратегии развития службы родовспоможения с акцентом на повышение качества медицинской помощи в каждом учреждении родовспоможения при обеспечении гарантий бесплатной медицинской помощи высокого качества всем беременным, роженицам и новорожденным в условиях достаточного государственного финансирования службы.

Ключевые слова: ребенок, перинатальная смертность, родоразрешение, новорожденные, организация медицинской помощи, служба родовспоможения.

В связи с негативными демографическими тенденциями в современной России проблема снижения репродуктивных потерь, повышения здоровья детей и снижения детской инвалидности приобретает особую социальную значимость [1;2]. Принципиальными особенностями младенческой и перинатальной смертности являются, во-первых, их очевидная демографическая значимость, во-вторых, обусловленность социальными условиями жизни населения, в-третьих, высокая зависимость от медико-организационных факторов. Именно поэтому показатели младенческой и перинатальной смертности являются интегральным индикатором социального благополучия общества и качества медицинской помощи. Важность изучения параметров младенческой и перинатальной смертности определяется еще и тем, что анализ их причин позволяет выявить predisposing факторы, устранение которых способствует не только предотвращению гибели, но и снижению заболеваемости и инвалидности детей.

В постсоветский период уровень перинатальной смертности (ПС) в России снизился на 46,4% (с 17,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 1991 г. до 9,6 в 2006 г.), в основном за счет ранней неонатальной смертности, сократившейся за те же годы с 8,9 до 4,2%, или на 52,8%, при снижении мертворождаемости лишь на 39,1% (с 8,7 до 5,3%). Соответственно разным этапам снижения показателей доля мертворожденных в структуре перинатальных потерь увеличилась за тот же период с 53,6 до 63,1%. Двукратное снижение уровня смертности детей первой недели жизни в значительной степени обусловило положительную динамику младенческой и детской смертности в России.

Младенческая смертность (МС) в России снизилась с 17,8 на 1000 родившихся живыми в 1991 г. до 10,2 в 2006 г., или на 42,7%, причем в кризисные годы отмечалось повышение показателя — в 1993 г. на 10,5% в сравнении с 1992 г. и в 1999 г. — на 2,4% в сравнении с 1998 г., что согласуется со снижением уровня жизни населения в те годы и характеризует обусловленность младенческой смертности социальными условиями жизни населения. Положительная корреляционная связь уровня мла-

М. С. Скляр — к. м. н.; Л. П. Суханова — д. м. н.;

М. А. Сырочкина — к. м. н.; Г. Ю. Уткина — к. м. н.

денческой смертности с числом лиц с доходами ниже прожиточного минимума, вычисленная по 80 регионам России за 2005 г. ($r=+0,56$), подтверждает зависимость МС от уровня жизни населения.

Снижение МС в России достигнуто за счет преимущественного уменьшения смертности новорожденных (с 11,0 на 1000 родившихся живыми в 1991 г. до 6,1 в 2006 г., или на 44,5%) при менее выраженном сокращении постнеонатальных потерь (с 6,8 до 4,1%, или на 39,7%). В свою очередь неонатальная смертность снизилась за счет двукратного уменьшения ранних неонатальных потерь при уменьшении числа умерших новорожденных в возрасте 7–27 дней жизни (поздняя неонатальная смертность) лишь на 9,5% за 1991–2006 гг. (таблица).

Успешное снижение перинатальной и младенческой смертности в течение переходного периода в России происходило в условиях катастрофического ухудшения качества жизни и роста заболеваемости всех категорий населения, в том числе беременных (рост анемии и патологии мочеполовой системы в 2,5 раза, болезней системы кровообращения в 2 раза, заболеваний щитовидной железы в 7 раз), а также увеличения частоты осложнений в родах — аномалий родовой деятельности (с 96,5% до 135% в 1999 г.), кровотечений (с 33,3 в 1991 г. до 39,3% в 1997г.), родового сепсиса (с 1,0 до 2,0% в 1998–1999 гг.), летальности при кесаревом сечении (с 0,12 до 0,17–0,18 на 100 оперированных в 1993–1996 гг.) [3]. В те же 90-е годы отмечено увеличение числа родившихся детей низкой массы тела — менее 2500 г (с 5,51% в 1991 году до 6,36% в 1999 г.), а также рост заболеваемости новорожденных — родовой травмы (с 23,8% в 1991 г. до 32,7% в 1996 г.), сепсиса (с 0,46 до 0,59% в 1999 г.), гемолитической болезни (с 6,11% в 1991 до 10,4% в 1998 г.). При этом однотипная динамика предотвратимых акушерских осложнений и перинатальной патологии — «синхронный» рост их преимущественно в середине и конце 90-х годов — характеризует ухудшение качества службы родовспоможения в те годы и подтверждается наличием прямой корреляционной связи показателей акушерской и перинатальной патологии: показателя ПС с частотой кровотечений ($r=+0,49$), частоты родовой травмы новорожденных с числом нарушений родовой деятельности ($r=+0,40$) и т.д.

Следовательно, 90-е годы характеризовались, с одной стороны, ухудшением здоровья рожаящих женщин и рождающихся детей, с другой — снижением качества оказываемой в акушерских стационарах медицинской помощи. И в этих условиях столь позитивная динамика репродуктивных потерь вызывает сомнения в

достоверности регистрируемых показателей и в реальности данных о неонатальной, перинатальной и младенческой смертности в 90-е годы [4; 5; 6; 7]. По мнению многих авторов [4; 5; 7], показатель младенческой смертности в России искусственно занижается, прежде всего, за счет детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000г), не учитываемых отечественной статистикой, в том числе в соответствии с Приказом Минздрава РФ №318 от 4.12.1992 г., «лукаво» (по определению А. А. Баранова, 2007) названным «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения», но сохранившим прежний критерий жизнеспособности плода — 28 недель беременности и массу тела «1000 г и более». Более того, по мнению авторов, это создает условия для недоучета детей массой тела более 1000 г, т.е. фальсификации показателей младенческой смертности начиная с родильного дома [7].

Этот тезис подтверждается парадоксальной динамикой структуры перинатальных потерь среди доношенных и недоношенных детей в акушерских стационарах. Динамический анализ ПС в России (по статистической форме №32) выявляет нарастающую диспропорцию ее структуры: ПС снижается главным образом, за счет недоношенных детей — с 200,6% в 1991 г. до 80,4% в 2006 г., или в 2,5 раза — за счет уменьшения ранней неонатальной смертности в 2,8 раза (с 93,2 до 32,8%) и мертворождаемости в 2,4 раза (с 118,4 до 49,2%). В то же время потери доношенных плодов и детей увеличились за этот период на 13,7% (с 4,16 в 1991 г. до 4,73% в 2006 г.) — при максимальном значении показателя 6,53–6,55% в 1996–1997 гг. Мертворождаемость доношенных плодов за 1991–2006 гг. выросла в два раза — с 1,50% до 3,07% и не имеет тенденции к снижению в последние годы; смертность доношенных детей первой недели жизни сократилась лишь на 37,6% за 16 лет, т.е. почти в 5 раз меньше, чем недоношенных.

Соответственно отмеченной разнице в динамике перинатальных потерь детей разного гестационного возраста, доля доношенных среди всех погибших в перинатальном периоде возросла в 2 раза (с 23,7% в 1991 г. до 49,8% в 2006 г.), а среди мертворожденных — более чем в три раза — (с 16,0% до 51,3% за те же 16 лет). Сегодня каждый второй погибший в перинатальном периоде российский ребенок является доношенным! При оценке динамики изучаемого процесса чрезвычайно тревожным является продолжающийся рост удельного веса доношенных детей в структуре перинатальных потерь и в течение 2000-х годов.

Парадоксальная динамика ПС доношенных и недоношенных плодов и детей в России сви-

Таблица Динамика репродуктивных потерь в России (Данные Росстата и статистической формы № 32)

Параметры	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми и мертвыми *	17,9	17,6	17,9	17,4	16,1	16	15,8	14,8	14,3	13,2	12,9	12,1	11,3	10,6	10,2	9,6
Мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми *	8,7	8,3	7,8	7,8	7,4	7,8	8,0	7,5	7,2	6,7	6,6	6,4	6,1	5,8	5,7	5,3
Ранняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми *	8,9	8,9	9,7	9,3	8,5	8,1	7,9	7,5	7,0	6,6	6,2	5,7	5,2	4,9	4,5	4,2
Поздняя неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми	2,1	2,4	2,4	2,5	2,5	2,7	2,6	2,6	2,8	2,5	2,5	1,4	2,1	2,0	1,9	1,9
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми *	17,8	18,0	19,9	18,6	18,1	17,4	17,2	16,5	16,9	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2
Неонатальная смертность на 1000 родившихся живыми *	11,0	11,3	12,1	11,8	11,0	10,8	10,5	10,1	9,8	9,1	8,7	7,1	7,3	6,8	6,4	6,1
Постнеонатальная смертность на 1000 родившихся живыми *	6,8	6,7	7,7	6,8	7,1	6,6	6,7	6,4	7,1	6,2	6,0	6,2	5,0	4,8	4,6	4,1
Перинатальная смертность в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми и мертвыми **	16,4	16,0	16,1	15,8	14,7	14,6	14,5	13,5	12,9	12,0	11,7	11,0	10,3	9,7	9,3	9,0
Перинатальная смертность доношенных **	4,16	4,27	5,22	5,02	6,29	6,53	6,55	5,97	5,59	5,43	5,44	5,09	5,01	4,79	4,80	4,73
Перинатальная смертность недоношенных **	200,6	185,8	168,6	164,5	135,8	129,8	127	122,2	115,1	109,6	107,2	101,8	94,7	88,6	84,3	80,4
Мертворождаемость в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми и мертвыми **	8,8	8,44	7,95	7,88	7,56	7,9	8,06	7,54	7,33	6,76	6,72	6,48	6,17	5,96	5,81	5,66
Мертворождаемость доношенных **	1,5	1,29	2,35	2,19	3,43	3,8	3,87	3,5	3,3	3,18	3,26	3,07	3,08	3,02	3,04	3,07
Мертворождаемость недоношенных **	118,4	111,4	86,4	86,5	67,4	66,7	67,5	65,8	63,7	60,3	59,7	59,1	55,3	53,0	51,9	49,2
Ранняя неонатальная смертность в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми **	7,69	7,687	8,22	7,98	7,16	6,73	6,47	6,03	5,62	5,24	4,97	4,52	4,18	3,77	3,53	3,33
Ранняя неонатальная смертность доношенных **	2,66	2,98	2,88	2,84	2,88	2,75	2,69	2,48	2,3	2,26	2,19	2,02	1,94	1,77	1,77	1,66
Ранняя неонатальная смертность недоношенных **	93,2	83,7	89,9	85,4	73,35	67,6	63,8	60,4	54,9	52,5	50,6	45,5	41,7	37,6	34,2	32,8
Доля доношенных в перинатальной смертности (%) **	23,7	24,9	30,3	29,6	40,1	41,9	42,3	41,2	40,4	42,5	43,7	43,5	45,6	46,4	48,6	49,8
Доля доношенных в мертворождаемости (%) **	16,0	14,3	27,6	25,9	42,4	44,9	44,9	43,3	42	44	45,5	44,6	46,9	47,8	49,3	51,3
Мертворождаемость антенатальная на 1000 родившихся живыми и мертвыми **	5,67	5,91	5,31	5,28	5,17	5,40	5,98	5,72	5,84	5,25	5,17	5,10	4,82	4,76	4,67	4,59
Доля антенатальных потерь в мертворождаемости % **	64,4	70,0	66,8	67,0	68,4	68,4	74,2	75,9	79,7	77,7	76,9	78,7	78,1	79,9	80,4	81,1
Доля мертворождаемости в перинатальной смертности % **	53,6	52,6	49,4	49,9	51,6	54,2	55,7	55,8	56,8	56,5	57,5	59,1	59,8	61,3	62,4	63,1

Примечание. * — данные Росстата, ** — данные статистической формы № 32.

детельствует, во-первых, о недостаточном качестве перинатальной помощи при своевременных родах, а во-вторых — о недорегистрации случаев смерти, прежде всего маловесных недоношенных детей, что обеспечивает «мнимое снижение» перинатальной (а, следовательно, и младенческой, и детской) смертности, искажая ее структуру. Высокая зависимость младенческой и перинатальной смертности от медико-организационных факторов показана многочисленными исследованиями и подтверждается высокой долей предотвратимых причин в структуре смертности детей 1-го года жизни [7; 8; 9].

Убедительным свидетельством недостоверности данных о перинатальной смертности в России является превышение показателя ПС в городе над соответствующим показателем в сельской местности, что является нонсенсом не только в перинатальной медицине, но в здравоохранении вообще и может объясняться лишь недорегистрацией перинатальных потерь у сельских женщин. При этом в структуре причин перинатальной смерти в селе смертность от «родовой травмы» почти в 1,5 раза выше, чем в городе, что принципиально исключает возможность лучших перинатальных исходов в селе [10].

Еще одним фактом, ставящим под сомнение достоверность регистрируемой положительной динамики ПС в России в 90-е годы, является рост уровня антенатальной мертворождаемости до 5,98 и 5,84% в 1997 и 1999 гг. Снижение мертворождаемости в России происходит за счет интранатальной составляющей (т.е. в процессе рождения), в том числе благодаря росту числа кесаревых сечений (с 74,1 на 1000 родов в 1991 г. до 183,0 в 2006 г.); при этом наблюдается устойчивый рост удельного веса антенатальной мертворождаемости, достигшего в 2006 г. 81,1% среди всех родившихся мертвыми и 47,9% в структуре всех перинатальных потерь, причем в большинстве случаев гибель плода наступает в условиях отделений патологии беременных акушерских стационаров, что отражает грубые дефекты пренатальной акушерской помощи в стационаре [3].

Серьезным аргументом, подтверждающим сомнения в достоверности показателей ПС, является также динамика возрастной структуры младенческой смертности в России — увеличение удельного веса постнеонатальной смертности (с 38,2% в 1991 г. до 40,2% в 2006 г.) при снижении доли неонатальной (соответственно с 61,8% до 59,8%) и особенно ранней неонатальной (с 50,0 до 41,2% за те же годы), что противоречит опыту европейских стран [11] и основным клинико-биологическим закономерностям: при реальном уменьшении смертности

младенцев происходит прежде всего уменьшение потерь от экзогенных причин у более старших детей и соответственно раньше снижается постнеонатальная и поздняя неонатальная смертность, чем ранняя [12].

Важной особенностью динамики МС по составляющим является рост доли поздней неонатальной смертности (в возрасте 7-27 дней) за 1991-2006 гг. — с 19,1 до 31,1% в структуре неонатальной (0-27 дней) и с 11,8 до 18,6% в структуре младенческой смертности. Это может быть обусловлено, прежде всего, внедрением эффективных реанимационных технологий, обеспечивающих «переживание» детьми первой недели за счет искусственного поддержания жизненных функций («отсроченная» перинатальная смерть). Но рост доли поздних неонатальных потерь может быть «мнимым» — за счет занижения числа смертей на первой неделе жизни — в результате нерегистрируемых случаев ранней неонатальной смертности у детей «очень низкой массы тела» менее 1500 г. Следовательно, тенденции перинатальной и младенческой смертности определяются не только уровнем здоровья и качеством медицинской помощи женщинам и детям, но и достоверностью регистрации умерших плодов и детей.

Анализ структуры умерших детей по возрасту показывает, что максимальное число детей гибнет непосредственно после рождения; с возрастом уровень потерь снижается, что является объективной биологической закономерностью и обусловлено повышением степени жизнеспособности ребенка и его «жизненного потенциала» по мере роста и созревания детского организма.

Так, в 2006 г. из 29911 умерших в России детей 0-17 лет младенцы первого года жизни составили 50,4% (15079 детей); при этом в периоде новорожденности умерли 60,7% от числа умерших младенцев (9150 детей); в свою очередь в структуре неонатальной смертности 68,8% приходится на раннюю неонатальную смертность (6295 детей умерших на первой неделе жизни). Та же закономерность — снижение числа умерших по мере увеличения возраста детей — сохраняется и в отношении умерших на первой неделе жизни: в 2006 г. 31,1% детей умерли до 24 часов; 22,9 и 18,4% — в течение 1 и 2 дня, т.е. три четверти детей (72,4%) гибнут в течение первых 2-х полных суток и 83,1% (5233 ребенка) в течение трех суток после рождения, обычно в условиях акушерского стационара. Этот факт определяет чрезвычайно важный организационный момент: поскольку свыше 80% от числа всех умерших на первой неделе погибает в ближайшие дни после рождения в родильных домах, чрезвы-

чайно важно обеспечение необходимого уровня неонатальной реанимационной помощи именно в родовспомогательных стационарах, где ребенок находится в течение первых трех наиболее опасных суток жизни. В стационарах второго этапа выхаживания недоношенных и больных новорожденных в 2006 г. умерло 20,7% из числа умерших на первой неделе жизни, т.е. каждый пятый погибший, с колебаниями показателя от 77,6% в Ханты-Мансийском АО до нуля в республиках Саха (Якутия) и Марий-Эл, Камчатской и Читинской областях, что характеризует разные формы организации неонатальной помощи в регионах. Характерно, что больничная летальность в отделениях патологии новорожденных детских больниц, увеличилась по данным Д. И. Зелинской с соавт. (2007), с 1,9 на 100 выбывших из стационара в 2000 г. до 2,8 в 2004 г. [13], при том, что число новорожденных, переведенных из акушерских стационаров в больницы, увеличилось лишь с 9,01 на 100 родившихся в 2000 г. до 9,06 в 2004 г. (по данным статистической формы №32).

Оценивая ресурсный потенциал службы родовспоможения в динамике, надо отметить неблагоприятные тенденции продолжающегося сокращения числа акушерских коек в стране (с 116,7 тыс. в 1991 г. до 80,9 тыс. в 2006 г., или в 1,5 раза) и обеспеченности ими (с 32,4 до 20,5 на 10000 женщин фертильного возраста за те же годы, или в 1,6 раза), при том, что заболеваемость беременных возросла за эти годы двукратно. Закономерным результатом процесса снижения коечного фонда является сокращение длительности пребывания больной на койке, неадекватное динамике уровня здоровья беременных и рожениц, а также рост среднегодовой занятости койки, особенно в родильных домах (с 215 в 1991 г. до 269 дней в 2006 г.), что затрудняет условия деятельности стационара, в том числе соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

В современных условиях децентрализации управления здравоохранением и возрастания роли региональных структур задача приведения коечного фонда в соответствие с реальными потребностями службы и улучшения их материально-технического обеспечения (особенно с учетом перспективы дальнейшего роста рождаемости в стране) является, прежде всего, задачей регионов. При этом важно отметить, что подавляющее число родов в стране происходит в муниципальных учреждениях родовспоможения, число акушерских коек в которых составляет около 75% (в родильных домах — 41,5% от общего коечного фонда в 2006 г., в ЦРБ — 31,7% при 12,6% коек в перинатальных центрах), и задача повышения ка-

чества ведения родов является таким образом задачей муниципального здравоохранения.

В то же время длительно сохранявшаяся неудовлетворительная экономическая ситуация в системе здравоохранения и хроническое недофинансирование службы родовспоможения в 90-е годы привело к критическому ухудшению материально-технического состояния учреждений — высокому уровню износа зданий и сооружений учреждений родовспоможения, снижению обеспеченности медицинским оборудованием, что определяет снижение технологического уровня оказываемой лечебно-диагностической помощи прежде всего муниципальными учреждениями родовспоможения. В связи с этим для обеспечения качественной помощи женщинам и детям необходимо совершенствование материально-технической базы родовспомогательных учреждений в широкой сети здравоохранения, что требует привлечения крупных инвестиций в службу родовспоможения прежде всего в рамках государственных и муниципальных целевых программ.

Особенностью современного этапа развития службы родовспоможения является ослабление значимости перинатального центра (ПЦ) как системообразующего фактора — в силу, прежде всего экономических факторов — заинтересованности крупных учреждений родовспоможения в платных медицинских услугах. Предполагаемое строительство в стране 20–23 перинатальных центров (ПЦ), способных обеспечить порядка 50 тыс. родов в год (или около 3% от числа родов в России), не может реально изменить положения дел в целом по стране не только из-за малого числа обеспечиваемых родов, но еще и потому, что, по мнению Кирбасовой Н. П. (2005), в современных условиях децентрализованной многоканальной модели финансирования и формирующегося рынка медицинских услуг — на фоне сохраняющегося дефицита бюджетного финансирования — «для обеспечения финансовой устойчивости работы Центра» в ПЦ неизбежно проводится родоразрешение пациенток, в том числе по системе платных медицинских услуг — средств физических и юридических лиц, страховых компаний в рамках добровольного медицинского страхования [14; 15]. Следовательно, снижение концентрации контингентов высокого риска в учреждениях третьего уровня, включая ПЦ, обусловлено экономическими факторами и неизбежно в современных условиях. (В этом смысле ПЦ невыгодно отличаются от специализированных стационаров других профилей — онкологических, гематологических и др., где — по определению — невозможно обслуживание здоровых лиц. В родовспомогательных Центрах в числе платных пациенток да-

леко не все женщины относятся к группе высокого риска: для оказания помощи за счет личных средств больные принимаются без каких-либо направлений [15], а значит — без учета патологии).

Таким образом, в новых условиях финансирования изменились концептуальные основы построения службы родовспоможения [16], разработанные в стране в 80-х годах и сформулированные как «создание единой трехуровневой системы медицинской помощи во главе с ПЦ как системообразующим фактором — при эффективных механизмах взаимодействия учреждений разного уровня» [17]. Результатом этого изменения организации и условий функционирования акушерских стационаров является высокий уровень предотвратимой патологии в родах, перинатальной заболеваемости, а также рост доли доношенных в перинатальных потерях и т.д.

В современных условиях приоритентной задачей построения службы родовспоможения является повышение качества медицинской помощи во всех ЛПУ региона, т.е. фактический отказ от провозглашенной ранее разноразрядной системы акушерской и неонатальной помощи и регионализации службы — при условии обеспечения гарантированной бесплатной медицинской помощи высокого качества всем беременным, роженицам, родильницам, а также новорожденным — при достаточном государственном финансировании службы.

Актуальной проблемой в современной России остается проблема коммерциализации родовспоможения в условиях высокой дифференциации населения по экономическим условиям жизни, и при сохраняющейся высокой доле бедного населения в стране чрезвычайно важным является вопрос обеспечения реальных гарантий бесплатной медицинской помощи в родовспоможении.

В Свердловской области при реализации стратегической Губернаторской Программы «Мать и дитя», целью которой является обеспечение гарантий доступной бесплатной качественной медицинской помощи в период беременности и родов на основе государственной поддержки службы родовспоможения, число женщин с бесплатными родами увеличилось с 55,0% до 90,4%, причем практически исчезли неофициальные платные услуги (по данным анкетирования 2133 пациенток). Одновременно в области произошло улучшение качественных показателей службы — снизилась материнская, перинатальная и детская смертность. Оче-

видно, что необходимым условием успешного реформирования службы является разработка концепции, определяющей стратегию изменения организации системы.

Литература

1. Вельтишев Ю. Е., Зелинская Д. И. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики. Лекция для врачей. М., 2000; 68.
2. Величковский Б. Т. Реформы и здоровье населения (пути преодоления негативных последствий). М., 2001; 36.
3. Суханова Л. П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России. Диссер...докт.мед.наук. М., 2006. 335.
4. Игнатьева Р. К., Марченко С. Г. Общие перинатальные потери в Российской Федерации. Материалы IV съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. М., 2002; 40-42.
5. Баранов А. А., Игнатьева Р. М., Каграманов В. И., Су-гак А. Б. Региональные особенности воспроизводства и ранних потерь. Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства. М., 2005; 152.
6. Яковлева Т. В. Причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации. Здоровоохранение Российской Федерации. 2005; 4: 26-28.
7. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Смертность детского населения России. М.: Литерра, 2007; 328.
8. Бурдули Г. М. Репродуктивные потери (причины, факторы риска, пути профилактики), автореф. дисс...д-ра мед.наук. М., 1998; 47.
9. Бондарь В. И. Перинатальная смертность, ее роль в младенческой и детской смертности и пути снижения в Российской Федерации. Мат. Усъезда Росс. ассоциации специалистов перинатальной медицины. М., 2005; 35-38.
10. Мухина Т. В., Какорина Е. П. Перинатальная смертность в городской и сельской местности в Российской Федерации. Здоровоохранение Российской Федерации. 2005; 4: 29-33.
11. Европейская база данных «Здоровье для всех». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/hfadb>)
12. Комаров Ю. М., Альбицкий В. Ю., Короткова А. В., Розенштейн Е. Ф. Оценка достоверности показателей младенческой смертности. Педиатрия. 1990; 3: 57-59.
13. Зелинская Д. И., Терлецкая Р. Н., Бондарь В. И. Больничная летальность детей 1-го года жизни как ресурс снижения младенческой смертности. Здоровоохранение Российской Федерации. 2007; 4: 28-32.
14. Кирбасова Н. П. Автоматизированный учет медицинских услуг в условиях многоканальной модели финансирования учреждений здравоохранения федерального подчинения. Акуш. и гинек. 2005; 2: 61-63.
15. Кирбасова Н. П. Современные принципы организации оказания медицинских услуг в учреждении акушерско-гинекологического профиля. Акуш. и гинек. 2005; 4: 41-45.
16. Ваганов Н. Н. Состояние службы охраны здоровья женщин и детей в России в период 1989-1993гг. (тенденции, проблемы, ближайшие и перспективные задачи). Вестник акушера-гинеколога, 1995; 1: 3-36.
17. Руководство по безопасному материнству (авт. коллектив Кулаков В. И., Серов В. Н., Барашнев Ю. И., Фролова О. Г., Антонов А. Г., Чернуха Е. А.и др.). М.: «Триада-Х», 1998; 531.