

В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, Н. П. Багметов, С. В. Симаков, О. С. Емельянова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ – РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

УДК 312.2:616-053.31 (470.45)

В статье приведена динамика показателей младенческой смертности в Волгоградской области в сравнении с аналогичными показателями по Южному федеральному округу и Российской Федерации за период 2010–2017 гг. Показана роль комплексного подхода при принятии управленческих решений и разработке мероприятий, направленных на значительное улучшение качества оказания медицинской помощи матерям и детям, снижение показателя младенческой смертности.

Ключевые слова: младенческая смертность, Волгоградская область, Южный федеральный округ, Российская Федерация, комплексный подход.

V. V. Schkarin, V. V. Ivasheva, N. P. Bagmetov, S. V. Simakov, O. S. Emelyanova

A COMPREHENSIVE APPROACH TO DECREASING INFANT MORTALITY – REGIONAL PRACTICES

The article presents the dynamics of infant mortality in the Volgograd region in comparison with similar indicators of the Southern Federal District and the Russian Federation for the period of 2010–2017. It shows the role of an integrated approach to managerial decision-making and the development of measures aimed at significant improvement of quality of rendering the medical aid to mothers and children, reduction of infant mortality.

Key words: infant mortality, Volgograd region, Southern Federal District, Russian Federation, a comprehensive approach.

Снижение младенческой смертности – один из важнейших приоритетов системы здравоохранения Российской Федерации. Это закреплено Указом Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» № 598 от 7 мая 2012 г. Показатель входит в качестве целевого в План мероприятий («Дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденный распоряжением Правительства РФ от № 2599-р от 28 декабря 2012 г., а также в качестве критерия доступности и качества медицинской помощи при реализации ежегодно формируемых Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В течение ряда лет показатели младенческой смертности в Волгоградской области были существенно выше, чем среднероссийские (далее – РФ) и средние по Южному федеральному округу (далее – ЮФО). Соответственно, были низкими и условные ранговые места нашей области по этому показателю как среди регионов ЮФО (5–6 из 6 субъектов), так и среди регионов РФ в целом (в диапазоне от 78 до 65 места). Такая неблагоприятная ситуация потребовала

определить снижение младенческой смертности в качестве одного из важнейших приоритетов в деятельности органов управления здравоохранением Волгоградской области и существенным образом изменить стратегию и тактику мероприятий, направленных на оптимизацию службы детства и родовспоможения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Осуществить анализ показателей младенческой смертности в Волгоградской области в динамике за 2010–2017 гг., сопоставив их с аналогичными показателями по ЮФО и РФ.

Оценить влияние комплекса организационных мер и управленческих решений, реализованных органами управления здравоохранением и учреждениями службы родовспоможения и детства, на динамику показателя младенческой смертности в Волгоградской области.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании данных Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области изучены показатели младенческой смертности в Волгоградской области в динамике 2010–

2017 г. Полученные данные сопоставлены как со средними аналогичными показателями по РФ и ЮФО, так и со всеми регионами РФ, что позволило определить ранг Волгоградской области среди регионов ЮФО и РФ. Показатель младенческой смертности представлен на 1000 родившихся живыми. Ранговое место Волгоградской области среди регионов определялось по шкале «от меньшего к большему».

Одновременно проведен подробный анализ широкого комплекса мероприятий, проводившихся в области в исследуемый период для снижения показателей младенческой смертности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2010 г. младенческая смертность в Волгоградской области составляла 9,8 на 1000 родившихся, при этом по РФ этот показатель составлял 7,5, а по ЮФО – 7,1. Волгоградская область занимала 72 ранговое место среди всех регионов РФ и 6 (последнее) среди субъектов ЮФО.

Подробный анализ уровня, структуры и причин младенческой смертности, проведенный на стартовом этапе (2010 г.), показал, что среди основных факторов, приводящих к столь неблагоприятным показателям – устаревшая материально-техническая база учреждений здравоохранения, недостаточно отлаженная система маршрутизации беременных, родильниц, рожениц и новорожденных, проблемы качественных и количественных характеристик кадрового состава акушерской и педиатрической служб, низкое качество пренатальной диагностики пороков развития плода, нарушения санитарно-эпидемиологического режима и ряд других проблем.

Для решения задачи по снижению младенческой смертности был избран комплексный подход, в который вошли:

- укрепление материально – технической базы;
- повышение уровня кадрового потенциала;
- широкий спектр организационных, клинических, методических мероприятий.

Были определены этапность, последовательность и очередность при реализации всех мероприятий, а также приоритеты каждого этапа. Особый акцент был сделан на организационных мероприятиях.

Полученные в результате проведенной работы позитивные результаты позволяют представить накопленный здравоохранением Волгоградской области опыт и поделиться мероприятиями, направленными на достижение поставленной задачи.

Первым этапом стало укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения, которое было осуществлено в рамках реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения Волгоградской области в 2011–2013 гг. На этот раздел направлялось 25 % от всех средств Программы Модернизации областного здравоохранения.

Среди основных мероприятий – капитальный ремонт в учреждениях детства и родовспоможения; закупка современного лечебно-диагностического медицинского оборудования, в том числе для проведения пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода (аппараты УЗИ экспертного класса, современные операционные столы, фетальные мониторы, передвижные рентгенаппараты, аппараты для плазмофереза и др.). Улучшение материально-технической базы позволило ввести в эксплуатацию койки второго этапа выхаживания новорожденных в ряде медицинских учреждений, в том числе в районах области. Для открывшихся коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных в акушерских стационарах было также приобретено современное оборудование (высокочастотные аппараты ИВЛ для новорожденных, кюветы, перфузоры, открытая реанимационная система). На приобретение оборудования в женские консультации (кабинеты) и акушерские отделения направлялись также средства, полученные учреждениями здравоохранения в рамках реализации программы «Родовой сертификат» и национально-приоритетного проекта «Здоровье».

Параллельно с укреплением материально-технической базы совершенствовалась кадровая политика. Она была направлена в первую очередь на повышение уровня квалификации кадров как врачебных, так и среднего медицинского персонала. Особое внимание уделялось и продолжает уделяться не только теоретической, но и в первую очередь практической подготовке, с непосредственным контролем владения практическими навыками.

В начале 2014 г. в ГБОУ ВПО «ВолГМУ Минздрава России» на клинической базе одного из перинатальных центров был открыт симуляционно-тренинговый центр по акушерству, гинекологии и перинатологии. Обучение на базе этого центра осуществляется в рамках программы повышения квалификации врачей, количество обучающихся постоянно растет. Так, за 2016 г. в центре прошли обучение 193 специалиста, за 10 месяцев 2017 г. уже 137 специалистов. Проводятся также занятия с инструкторами первичной реанимации новорожденных.

При выезде главных профильных внештатных специалистов в родовспомогательные

учреждения области также проводится постоянный контроль навыков первичной реанимации новорожденных на местах с использованием манекенов для респираторной терапии.

Кроме этого, обязательным условием аттестации специалистов службы родовспоможения является строгий предаттестационный контроль навыков первичной реанимации новорожденных в симуляционном центре.

Назначение главным внештатным специалистом Комитета здравоохранения Волгоградской области по неонатологии заведующего кафедрой педиатрии и неонатологии ФУВ ФГБОУ ВО ВолгГМУ позволило строить обучающие программы для специалистов с учетом специфики и проблемных «точек» нашего региона. Для обучения широко используются телекоммуникационные технологии. Так, в рамках регулярно проводящихся научно-практических конференций и видеосеминаров только за последнее время обучено около 350 врачей неонатологов, педиатров и анестезиологов-реаниматологов по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным с различной патологией.

В рамках реализуемой в области программы «Земский доктор» направлены на работу в сельскую местность и рабочие поселки с осуществлением компенсационных выплат в период с 2012 по 2017 гг. 23 врача-педиатра, 22 акушера-гинеколога, 2 неонатолога.

Реализация кадровой программы позволила достичь показателей укомплектованности кадрами в учреждениях родовспоможения (родильных домах и перинатальных центрах) по профилю «акушерство и гинекология» 99,7 %, по профилю «анестезиология и реаниматология» – 99,5 %, по профилю «неонатология» – 96,1 %.

В ряду организационно-методических мероприятий особый акцент был сделан на выстраивание оптимальной маршрутизации и последующее совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения и детства в соответствии с группами риска пациентов.

Были проанализированы кадровые и материально-технические ресурсы всех учреждений, оказывающих медицинскую помощь беременным и новорожденным, уточнено в динамике количество принимаемых в соответствующих отделениях родов в год, определена транспортная и временная доступность. По итогам анализа была проведена оптимизация коечного фонда учреждений родовспоможения, в том числе были закрыты 5 акушерских отделений с числом родов менее 30 в год.

В настоящее время все учреждения родовспоможения в области разделены на три группы оказания медицинской помощи:

1 группа – родильные отделения центральных районных больниц, на них приходится 11,1 % акушерских коек;

2 группа – родильные дома и акушерские отделения многопрофильных учреждений здравоохранения – 67,9 % акушерских коек;

3 группа – перинатальные центры – 21,0 % акушерских коек.

Все учреждения родовспоможения Волгограда и области 1-й и 2-й групп закреплены по территориальному принципу за двумя областными перинатальными центрами. Достигнутый показатель транспортной доступности акушерских стационаров 1, 2 и 3-го уровней находится в диапазоне от 30 минут до 6 часов.

Перинатальные центры со своей стороны стали реальными организационно-методическими и консультативными «ядрами», в которых ведется интенсивная работа, в том числе выездная, контролируется исполнение маршрутизации беременных в зависимости от группы риска. В трёхуровневую систему оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным из сельских районов включены учреждения родовспоможения второй группы г. Волгограда и г. Волжского; приказами комитета здравоохранения определена маршрутизация беременных по каждому направлению, регламентировано взаимодействие с территориальным центром медицины катастроф и многопрофильными специализированными учреждениями здравоохранения.

Территориальная близость одного из перинатальных центров с областным кардиологическим центром позволяет неотложно решать вопросы кардиологической помощи беременным и новорожденным.

Системой маршрутизации также организована госпитализация беременных с врожденной хирургической патологией плода в родильное отделение одной из клинических больниц скорой медицинской помощи, где создан центр неонатальной хирургии.

Параллельно с совершенствованием трехуровневой системы был сделан еще один шаг – ответственность за соблюдение маршрутизации, снижение удельного веса перегоспитализированных новорожденных была персонализирована и возложена непосредственно на главных врачей. Кроме этого, в рамках новой системы оплаты труда для руководителей учреждений родовспоможения разного уровня были разработаны специфические оценочные критерии их деятельности, а также система применения экономических стимулов и санкций.

Совершенствование маршрутизации осуществлялось в тесной связи с развитием оперативной консультативной работы, направленной

на своевременное оказание специализированной медицинской помощи беременным и снижение перинатальных потерь.

Экстренная круглосуточная лечебная и консультативная помощь беременным, роженицам, родильницам из районов Волгограда и Волгоградской области организована и оказывается специалистами ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Волгоградской области» и акушерским дистанционным консультативным центром ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2». Специалисты этих центров оказывают консультативную помощь по телефону, а также консультативно-диагностическую и лечебную помощь наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц при выезде непосредственно в учреждения здравоохранения, где ими осуществляется интенсивная терапия, оперативное лечение, при необходимости в течение нескольких суток, медицинская эвакуация больных в стационары третьего уровня.

Кроме этого, в области организованы и функционируют три реанимационно-консультативных центра для динамического дистанционного наблюдения за детьми, находящимися в лечебных учреждениях, и для транспортировки детей с целью соблюдения маршрутизации. Там же организована работа 3 выездных реанимационно-консультативных бригад для больных новорожденных.

В круг организационных мер, направленных на снижение младенческой смертности, вошло внедрение в практику работы медицинских учреждений клинических протоколов, а также аудит их использования. В настоящее время внедрены 29 порядков оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и детям по соответствующим профилям. Установлен и неукоснительно выполняется план аудита внедрения клинических рекомендаций по лечению новорожденных, который проводится профильными специалистами и работниками Комитета здравоохранения на основании анализа историй болезни.

Необходимость постоянного контроля за складывающейся ситуацией потребовала совершенствования системы мониторинга младенческой смертности. Начиная со второй половины 2013 г., в области организован ежедневный мониторинг общей смертности, в том числе младенческой смертности. Все случаи младенческой смертности по поступившим (в течение 1 рабочего дня) экстренным извещениям оперативно, не менее 2 раз в месяц, анализируются на заседании малого экспертного совета.

Наиболее сложные случаи смерти детей выносятся на ежемесячные заседания эксперт-

ного совета по анализу причин младенческой и материнской смертности с привлечением экспертов и рецензентов. В связи с этим для совершенствования «детской» патологоанатомической службы, с 2013 г. в структуре патологоанатомической службы Волгоградской области было открыто специализированное подразделение – «Патологоанатомическое отделение патологии беременности и родов», в котором централизованно проводятся исследования плодов, мертворожденных, новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Большое внимание уделяется строгому соблюдению в учреждениях родовспоможения и детства санитарно-эпидемиологического режима, для чего начата и продолжается установка системы видеонаблюдения в отделениях реанимации новорожденных и других отделениях. Это существенно мотивирует персонал на неукоснительное выполнение всех требований.

Отдельное место в ряду мероприятий, направленных на снижение младенческой смертности занимает пренатальная диагностика.

В 2014 г. Волгоградская область была включена в программу пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода в рамках национального проекта «Здоровье». С октября 2014 г. в Волгоградской области начали функционировать 8 окружных кабинетов пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода; расчет рисков хромосомной аномалии у плода ведется с помощью компьютерного анализа, в случае выявления высокого риска дальнейшее обследование производится на базе перинатальных центров. По итогам диагностики регулярно проводится пренатальный консилиум с целью определения тактики ведения беременности. Такая работа позволяет неуклонно снижать показатель младенческой смертности от врожденных аномалий развития: в 2012 г. – 2,8 ‰; в 2013 г. – 2,4 ‰; в 2014 г. – 2,14 ‰, за 2015 г. – 1,3 ‰, за 2016 г. – 1,68 ‰, за 9 месяцев 2017 г. 0,9 ‰.

Определенный вклад в снижение младенческой смертности вносят 5 центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и 17 кабинетов медико-социальной помощи при женских консультациях.

Большое значение в сохранении здоровья новорожденных и детей играет медицинская реабилитация, получившая в последние годы особое развитие. В Волгоградской области она осуществляется в три этапа.

Первый этап медицинской реабилитации начинается в родильных домах или перинатальных центрах. Второй этап продолжается в стационарных условиях (детские больницы,

детские отделения многопрофильных больниц, отделения патологии новорожденных и так далее). Третий этап организован в детских поликлиниках по месту жительства, отделениях медицинской реабилитации, отделениях физиотерапии с использованием лечебной физкультуры, рефлексотерапии и других физиотерапевтических методов лечения, кабинетах катамнеза (медицинское наблюдение детей с тяжелыми формами перинатальной патологии), детских санаториях области, федеральных реабилитационных центрах и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Минздраву России.

С целью организации стационарной реабилитационной помощи детям в 2014 г. были открыты отделения медицинской реабилитации для детей, в том числе для детей-инвалидов, на базе Областной детской клинической больницы

и одной из детских больниц в городе областного подчинения.

Все перечисленные мероприятия, в совокупности с рядом других, привели к существенным позитивным сдвигам. В результате: показатель младенческой смертности в Волгоградской области приобрел устойчивую тенденцию к снижению. По сравнению с 2010 г. показатель снизился почти на 60 %, достигнув по итогам 10 месяцев 2017 г. показателя 4,0 на 1 тыс. родившихся живыми (в пересчете на годовое значение), что ниже показателя по ЮФО и среднероссийского показателя (рис. 1).

Волгоградская область вошла в число лидеров по темпам снижения показателя младенческой смертности среди регионов РФ, что подтверждается значительным ростом условных рангов Волгоградской области по сравнению с другими регионами ЮФО и РФ (рис. 2).

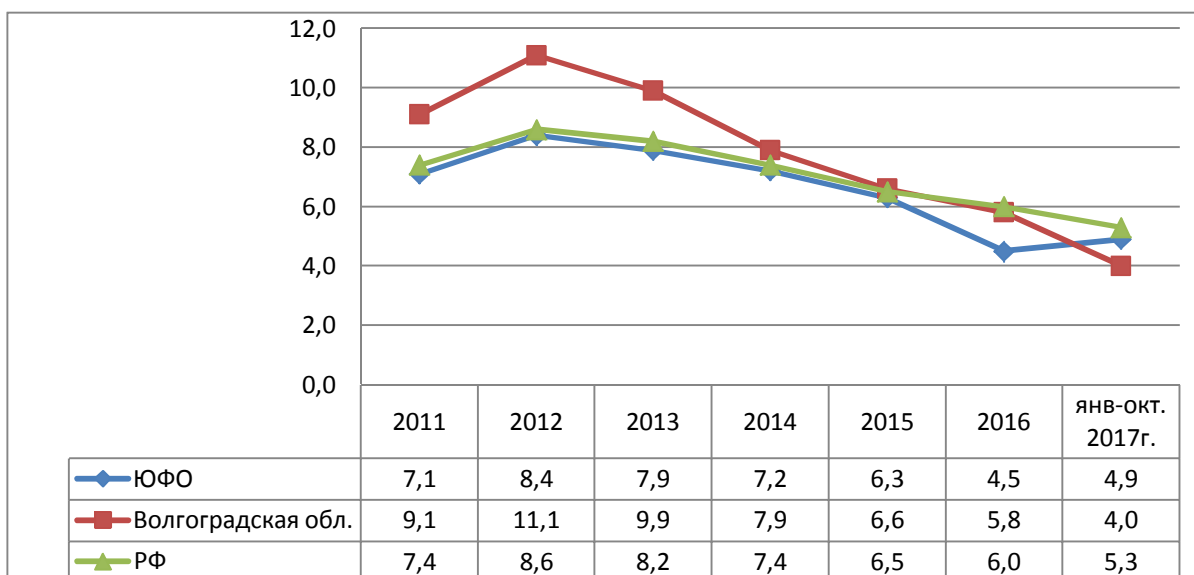


Рис. 1. Показатель младенческой смертности (на 1 тыс. родившихся живыми) в динамике по Волгоградской области, ЮФО и РФ

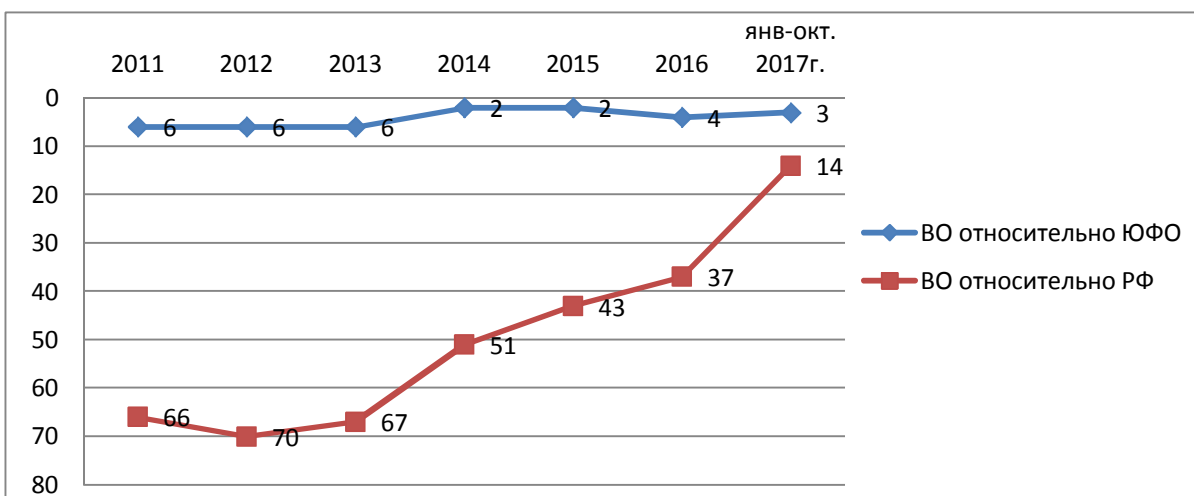


Рис. 2. Ранговые места Волгоградской области по показателю младенческой смертности (в 2017 г. ранг по ЮФО с Крымом и Севастополем)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Устойчивая динамика снижения младенческой смертности, в том числе зафиксированная в текущем году, позволяет сделать вывод о том, что именно принимаемые в сфере здравоохранения Волгоградской области управленческие решения и проводимые организационно-методические мероприятия являются основой положительных изменений в сфере оказания медицинской помощи матерям и детям.

Вместе с тем дальнейший глубокий причинно-следственный анализ младенческой смертности, проводящийся непрерывно в ходе организованного мониторинга, позволит сформулировать спектр задач для нового этапа работы, что, в свою очередь, позволит сделать достигнутые позитивные сдвиги и их темпы необратимыми.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Младенческая смертность в Российской Федерации и факторы, влияющие на ее динамику* / Д. О. Иванов [и др.] // Педиатр. – 2017. – № 3. – Т. 8. – С. 5–14.
2. *Статистический анализ и показатели работы медицинских организаций Волгоградской области в 2014–2016 гг.* / Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр». – Волгоград: Сфера, 2017. – 223 с.
3. Шкарин В. В. Демографическая ситуация в Волгоградской области // Бизнес. Образование. Право. – 2012. – № 12 – № 4 (21). – С. 166–167.
4. Шкарин В. В. Реализация программы модернизации здравоохранения в крупном промышленном городе: социологический анализ / В. В. Шкарин, Д. А. Шипунов, Е. Г. Камкин // Социология города. – 2013. – № 4. – С. 5–10.
5. <http://www.gks.ru/> (Федеральная служба государственной статистики).