

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
Глава 1. Состояние здоровья и смертность новорожденных.....	7
1.1. Заболеваемость новорожденных.....	7
1.2. Физическое развитие новорожденных.....	18
1.3. Смертность новорожденных.....	21
Глава 2. Организация медицинской помощи новорожденным в России.....	32
2.1. Общий порядок организации медицинской помощи новорожденным.....	32
2.2. Регионализация медицинской помощи новорожденным.....	35
Глава 3. Ресурсное обеспечение организаций родовспоможения койками для новорожденных и их использование.....	46
3.1. Обеспеченность койками для новорожденных.....	46
3.2. Использование коечного фонда.....	49
Глава 4. Характеристика родов, неонатальный скрининг и летальность новорожденных.....	55
4.1. Характеристика родовспоможения в стационаре.....	55
4.2. Охват новорожденных неонатальным скринингом.....	63
4.3. Больничная летальность новорожденных.....	64
Глава 5. Ресурсное обеспечение организаций родовспоможения кадрами врачей-неонатологов и их медико-социальная характеристика.....	67
5.1. Обеспеченность врачами-неонатологами и их квалификация.....	67
5.2. Медико-социальная характеристика врачей-неонатологов.....	71
Глава 6. Субъективная оценка организации медицинской помощи новорожденным.....	81
6.1. Медико-социальная характеристика родильниц и их оценка организации медицинской помощи новорожденным.....	81
6.2. Оценка организации медицинской помощи новорожденным врачами-неонатологами.....	95
Глава 7. Обоснование основных путей совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения.....	101
7.1. Основные пути совершенствования качества структуры оказания медицинской помощи новорожденным.....	102
7.2. Качество процесса оказания медицинской помощи новорожденным и пути его совершенствования.....	109
7.3. Основные пути улучшения качества результата оказанной медицинской помощи новорожденным.....	117
7.4. Комплексная оценка состояния организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения и пути ее улучшения.....	126
Список литературы.....	134

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА РОДОВ, НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

4.1. ХАРАКТЕРИСТИКА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Для новорожденного роды должны завершиться первичной обработкой и передачей его под наблюдение врача-неонатолога. Нормальные (физиологические) роды проводятся в акушерском стационаре, который имеет все условия для оказания медицинской помощи после родов в случае возникновения осложнений. Оценка доли физиологических родов в родовспомогательных организациях дает возможность проанализировать долю осложнённых родов, которые оказывают значительное влияние на состояние здоровья ребенка. В 2019 году удельный вес физиологических родов в России был 36,0% (рис. 26) и за семь последних лет со значения 37,7% в 2013 году в акушерских стационарах он снизился на 4,5% ($p < 0,05$).

Как видно из рисунка 27, доля нормальных родов в организациях родовспоможения СЗФО была ниже, чем в среднем в Российской Федерации, и в период с 2013 по 2019 гг. она снизилась с 34,3 до 33,2% ($-3,2\%$; $p < 0,05$).



Рис. 26. Динамика удельного веса физиологических родов в организациях родовспоможения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. (в %)

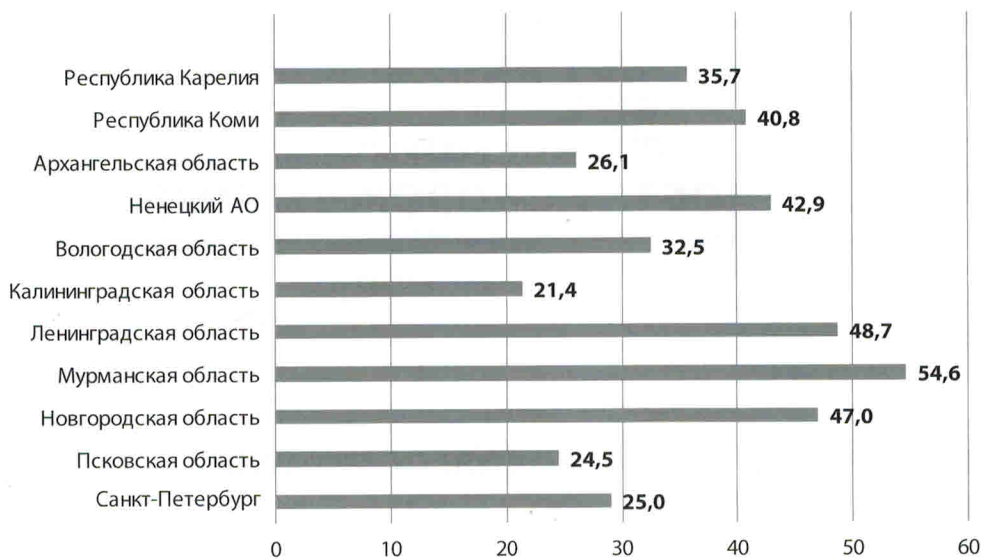


Рис. 27. Удельный вес физиологических родов в организациях родовспоможения отдельных субъектов, входящих в состав Северо-Западного федерального округа, в 2019 году (в %)

При этом наблюдаются существенные региональные различия показателей по отдельным субъектам, входящим в состав СЗФО (рис. 26), что обеспечивает крайне высокое колебание значения показателей в федеральном округе — 21,4–54,6% ($p < 0,05$).

К регионам СЗФО, где в 2019 году был наибольший удельный вес физиологических родов, относились Мурманская (54,6%), Ленинградская (48,7%) и Новгородская (47,0%) области. Наименьшее значение этого показателя было в Калининградской (21,4%), Псковской (24,5%) и Архангельской (26,1%) областях.

За период 2013 по 2019 гг. отмечалось снижение удельного веса физиологических родов, соответственно доля осложнённых родов в организациях родовспоможения росла, как в среднем в Российской Федерации, так и в СЗФО и отдельных его субъектах.

Отрицательная динамика снижения показателей удельного веса физиологических родов в период с 2013 по 2019 гг. в акушерских стационарах СЗФО обеспечивалась за счет снижения показателей в таких регионах как Республика Карелия, Вологодская, Калининградская, Псковская области и Санкт-Петербург. В то же время положительную динамику роста имели показатели в родовспомогательных организациях Ленинградской, Мурманской, Новгородской, Архангельской областей, Ненецкого АО, Республики Коми.

Проведенная оценка зависимости состояния здоровья детей от числа осложненных родов (рис. 28) показала наличие прямой сильной корреляционной связи ($r_{xy} = 0,81$).

Соответственно, с увеличением числа осложненных родов повышается число больных новорожденных в организациях родовспоможения федерального округа.

Согласно МКБ-10, к одному из видов осложнений родов и родоразрешения (осложнённых родов), относятся затрудненные роды, обусловленные неправильным положением (предлежанием) плода (неправильное вставление головки, неправильное предлежание плечиков, крупный плод и др.), а также аномалиями таза у матери (узкий таз, диспропорция таза). Наличие этих состояний может оказывать значительное влияние на качество медицинской помощи новорожденному. Установлено, что в 2019 году частота затрудненных родов в Российской Федерации была 60,9 случаев на 1000 родов (рис. 29). В период с 2013 по 2019 гг. показатель снизился на 19,1% (с 75,3‰ в 2013 году; $p < 0,05$).

Частота затрудненных родов в акушерских стационарах СЗФО была на 15,1% выше, чем в среднем в Российской Федерации в 2019 году (71,7‰ против 60,9‰; $p < 0,05$). Однако за семь исследуемых лет показатель в СЗФО к уровню 2013 года снизился только на 0,8% (72,3‰ против 71,7‰; $p > 0,05$).

Оценка частоты затрудненных родов в организациях родовспоможения отдельных субъектов, входящих в состав СЗФО, показала (рис. 30), что в 2019 году наиболее высокие показатели наблюдались в Калининградской, Новгородской и Мурманской областях. Наиболее низкие показатели частоты

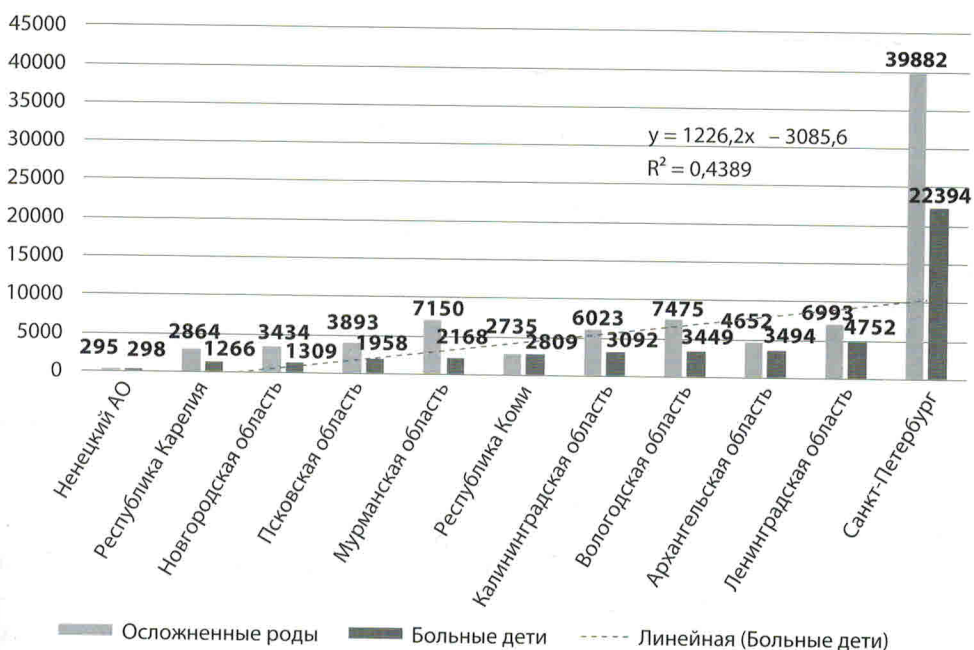


Рис. 28. Зависимость состояния здоровья детей от числа осложненных родов в организациях родовспоможения Северо-Западного федерального округа, в 2019 году

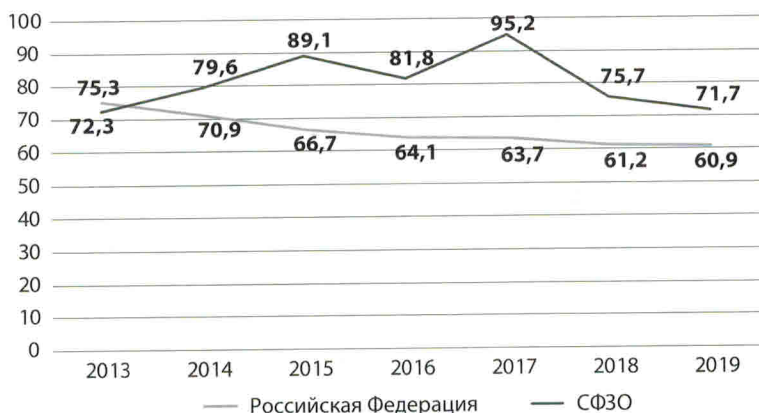


Рис. 29. Динамика частоты затрудненных родов в организациях родовспоможения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. (на 1000 родов)

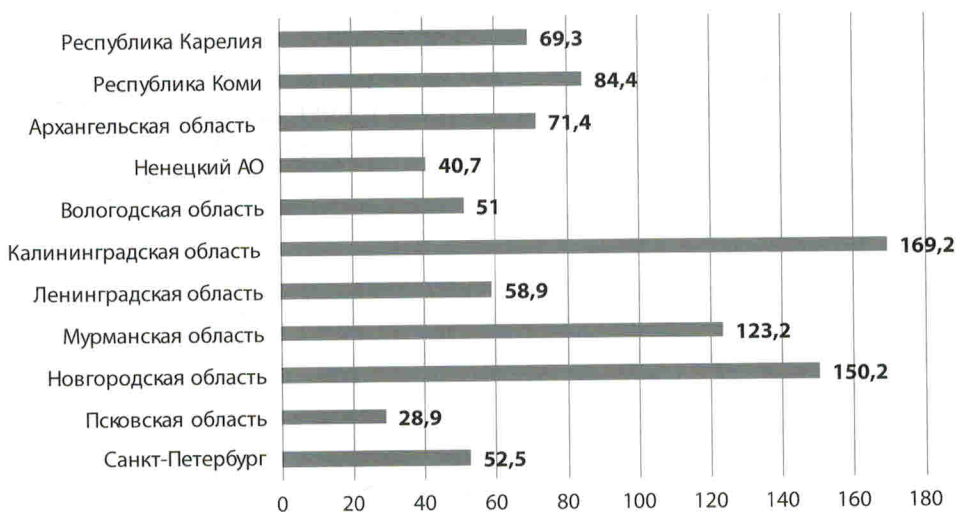


Рис. 30. Частота затрудненных родов в организациях родовспоможения отдельных субъектов, входящих в состав Северо-Западного федерального округа, в 2019 году (на 1000 родов)

затрудненных родов были в Псковской и Вологодской областях, а также в Санкт-Петербурге.

Проведенная оценка динамики показателей в период с 2013 по 2019 гг. показала, что снижение частоты затрудненных родов наблюдалось в организациях родовспоможения Псковской и Ленинградской областей, Ненецкого АО, Республики Коми и Республики Карелия. Отрицательная динамика роста частоты затрудненных родов прослеживалась в акушерских стационарах Мурманской, Новгородской, Калининградской, Архангельской, Вологодской областей, а также в Санкт-Петербурге.

Среди факторов, которые приводят к затяжным родам, ряд исследователей относят большие размеры плода. Проведенная оценка влияния высокой массы тела новорожденных на возникновение осложнений в родах, к которым относятся затруднённые роды (рис. 31), показала наличие прямой сильной корреляционной связи ($r_{xy}=0,85$).

К показателям, которые характеризуют качественную сторону деятельности организаций родовспоможения и могут оказывать существенное влияние на качество медицинской помощи новорожденным, относятся показатели частоты оперативных пособий в родах. Частота родоразрешающих операций в современной акушерской практике в значительной мере имеет зависимость от состояния плода. Это обстоятельство привело к расширению не всегда обоснованных показаний для применения операции кесарево сечение. Установлено, что в Российской Федерации в период с 2013 по 2019 гг. наблюдался ежегодный рост частоты использования в родах кесарева сечения (рис. 32). Если в 2013 году на 1000 родов было осуществлено 249,8 операций, то в 2019 их было уже 301,2 (+17,1%; $p<0,05$). В СЗФО в изучаемый период времени данное оперативное вмешательство применялось реже, чем в среднем в России (на 8,4% в 2019 году; $p<0,05$). Однако, динамика показателей за семь лет практически соответствовала среднероссийской и составила +17,0% (с 229,2‰ в 2013 году до 276,0‰ в 2019 году; $p<0,05$).

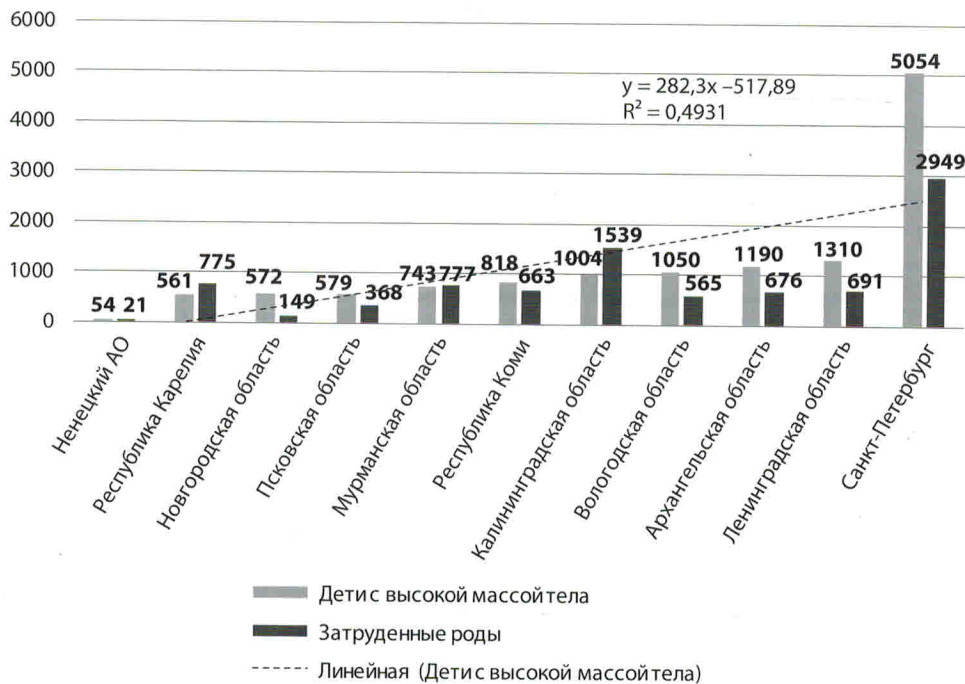


Рис. 31. Зависимость возникновения осложнений в родах (затрудненных родов) от числа новорожденных, родившихся с высокой массой тела, в организациях родовспоможения Северо-Западного федерального округа, в 2019 году



Рис. 32. Динамика частоты кесарева сечения в организациях родовспоможения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. (на 1000 родов)

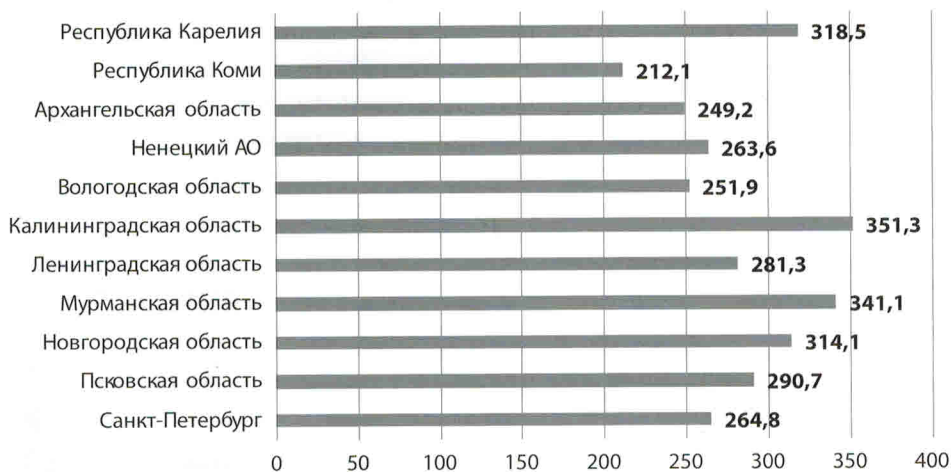


Рис. 33. Частота кесарева сечения в организациях родовспоможения отдельных субъектов, входящих в состав Северо-Западного федерального округа, в 2019 году (на 1000 родов)

Из всех регионов СЗФО наиболее высокие значения были в организациях родовспоможения Калининградской и Мурманской области (рис. 33). Наименее часто данное оперативное вмешательство применяли в Республике Коми и Архангельской области.

Оценка динамики частоты применения кесарева сечения в регионах СЗФО показала, что рост показателей в акушерских стационарах обеспечивался за счет увеличения показателей во всех субъектах, кроме Республики Коми.

Кесарево сечение, в отличие от других акушерских пособий в родах, имеет ряд преимуществ для плода, так как оно менее травматично. В акушерской практике к оперативному влагалищному родоразрешению при живом плоде относят родоразрешение с помощью акушерских щипцов

и с помощью вакуум-экстрактора. В 2013–2019 гг. применение в организациях родовспоможения Российской Федерации акушерских щипцов сократилось в 2 раза (рис. 34). В сравнении с среднероссийскими показателями, в акушерских стационарах СЗФО частота применения акушерских щипцов в исследуемый период была в 2–2,5 раза выше. К 2019 году, в сравнении с уровнем 2013 года, в федеральном округе уровень показателя снизился в 1,4 раза.

Оценка частоты применения акушерских щипцов в организациях родовспоможения отдельных регионов СЗФО показала, что в ряде субъектов акушерские щипцы в 2019 году не использовали (рис. 35).



Рис. 34. Динамика частоты применения акушерских щипцов в организациях родовспоможения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2013–2019 гг. (на 1000 родов)

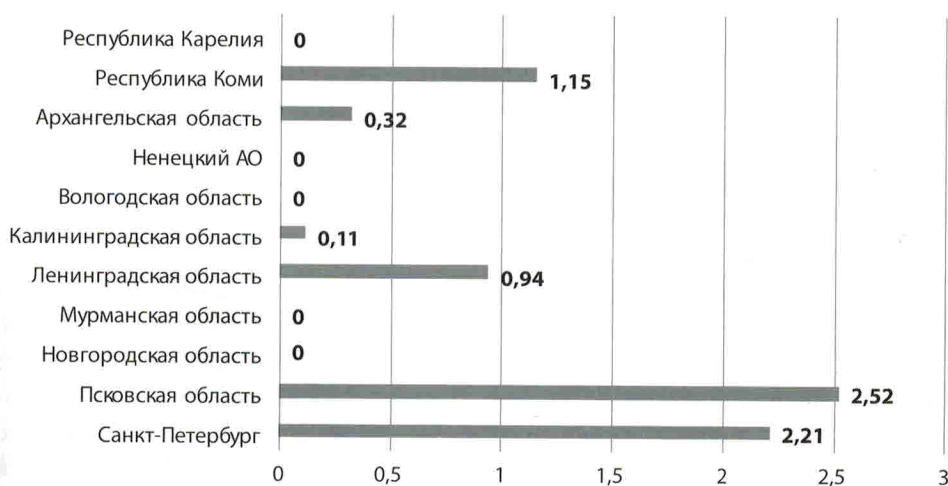


Рис. 35. Частота применения акушерских щипцов в организациях родовспоможения отдельных субъектов, входящих в состав Северо-Западного федерального округа, в 2019 году (на 1000 родов)

ГЛАВА 7.

ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПУТЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Основным результатом деятельности всех организаций родовспоможения является выписка домой здорового ребенка. Для достижения этого результата оказание медицинской помощи в родовспомогательных организациях в период нахождения в нем новорожденного должно соответствовать высокому уровню его качества. Таким образом, основными путями совершенствования организации медицинской помощи новорожденным является именно улучшение качества медицинской помощи (КМП) в организациях родовспоможения.

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в настоящее время существуют различные определения и толкования понятия «качество медицинской помощи». Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», КМП является совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при её оказании, а также степени достижения запланированного результата. Исходя из данного определения, выделяют следующие характеристики КМП: доступность, межличностные взаимоотношения, непрерывность, безопасность, соответствие ожиданиям пациента (удовлетворенность).

Известный американский ученый А. Donabedian (1976) предложил три подхода к оценке КМП — структурный, процессный и результативный (триада Донабедиана). По мнению ученого:

- качество структуры — отражает организационно-техническое качество применяющихся ресурсов — материально-технической базы, оснащения, обеспеченности кадрами и т.д.;
- качество процесса — свидетельствует о точности диагностики, выборе адекватного лечения, соблюдения норм и стандартов, принятой тактики лечения;
- качество результата — степень приближения к максимально возможному результату лечения.

Однако для выявления проблем, их причин, организации и проведения мероприятий для устранения недостатков и оценки эффективности принятых управленческих решений необходима система количественных показателей — индикаторов качества. При этом, по мнению А.Л. Линденбратена и Г.Э. Улумбековой, в соответствии с триадой Донабедиана можно использовать индикаторы структуры, индикаторы медицинских процессов и индикаторы результатов. При этом индикаторами структуры являются количественные показатели, используемые для характеристики работников и организаций, предоставляющих медицинские услуги, и позволяющие оценить ресурсную базу отрасли, территории, отдельной МО. Индикаторы медицинских процессов применяют для оценки адекватности ведения (лечения) пациентов в соответствии с федеральными и региональными стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, планами ведения больных. Индикаторы результата оценивают степень выполнения поставленных задач и достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи.

Для решения конкретных задач и мониторингования проблем, установления их причин из многих возможных индикаторов КМП следует выбрать наиболее значимые. В связи с чем для оценки качества структуры мы использовали анализ обеспечения СЗФО организациями родовспоможения, показатели обеспеченности койками и врачебными кадрами. Использовать индикаторы медицинских процессов по критериям оценки адекватности ведения (лечения) пациентов в рамках специальности «общественное здоровье и здравоохранение» не представляется возможным, поэтому для анализа мы использовали показатели использования коечного фонда родовспомогательных организаций, показатели, характеризующие родовспоможение в стационарах и охват новорожденных в акушерских стационарах неонатальным скринингом. Также КМП субъективно оценивалось матерями новорожденных и врачами-неонатологами в акушерских стационарах. Так как ожидаемым результатом деятельности организаций родовспоможения является выписка домой здорового новорожденного, то в качестве индикаторов результата неонатологической помощи мы выбрали показатели заболеваемости, смертности и больничной летальности новорожденных, а также показатели удовлетворенности матерей оказанием медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения.

7.1. ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА СТРУКТУРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Анализируя качество структуры, целесообразно начинать с оценки обеспеченности СЗФО медицинскими организациями разных уровней в динамике (2013–2019) с момента перехода отечественной статистики на критерии

живорождения, рекомендованные ВОЗ. Исходя из сведений о регионализации акушерской и перинатальной помощи в РД (РО) и ПЦ в СЗФО в 2019 году работало 126 организаций родовспоможения. Проведенное исследование показало, что по данным официальной статистики, в период с 2013 по 2019 гг. шло ежегодное уменьшение числа акушерских стационаров на территории федерального округа (с 154 организаций родовспоможения в 2013 году до 129 в 2019 году). Наиболее значительно сократилось число организаций родовспоможения в Архангельской (–60,0%) и Вологодской (–10,3%) областях. Число организаций родовспоможения первого уровня в СЗФО снизилось с 86 в 2013 году до 65 в 2019 году (–24,4%). Число организаций родовспоможения второго уровня также снизилось, и если в 2013 году их было 52, то в 2019 году стало 46 (–11,5%). Однако, при снижении числа организаций первого и второго уровней, наблюдался рост числа организаций родовспоможения третьего уровня.

Высокий уровень младенческой смертности начала 2000-х при низком качестве и доступности медицинской помощи новорожденным, стали одними из самых веских причин для перехода России на новую модель оказания медицинской помощи. Положительный опыт многих стран стал предпосылкой для формирования трехуровневой структуры акушерской и перинатальной помощи. Это обстоятельство поставило перед Российской Федерацией задачу обеспечения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных организациями родовспоможения, оснащенными современным оборудованием, которые способны оказывать высокоспециализированную и высококвалифицированную медицинскую помощь. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2010–2012 гг. в СЗФО были введены в эксплуатацию 3 ПЦ, из них 2 региональных (Калининградская и Мурманская области) и один федеральный — в Санкт-Петербурге. В рамках Госпрограммы в 2017 году были введены ПЦ в Республике Карелия, Архангельской, Ленинградской и Псковской областях. Таким образом, в 2019 году на территории СЗФО функционировали 2 федеральных ПЦ, а также 13 региональных ПЦ.

Субъекты, входящие в состав СЗФО, имеют свои региональные особенности (климат, величина территории, плотность и структура населения и др.), что оказывает значительное влияние на организацию акушерской и перинатальной помощи в данных регионах: в Санкт-Петербурге, Калининградской области и Ненецком АО присутствуют не все уровни организаций родовспоможения; в Республике Коми, Архангельской области и Санкт-Петербурге имеется более одной организации родовспоможения третьего уровня; в отдельных регионах сеть организаций родовспоможения представлена значительным числом акушерских стационаров — в Республике Карелия (14), Республике Коми (19), Вологодской области (27), Ленинградской области (15) и Санкт-Петербурге (16), а в остальных субъектах функционирует 6–7 акушерских стационаров.

Проведенная оценка распределения числа организаций родовспоможения по уровням стационара в 2013–2019 гг. показала, что в СЗФО, как и в Российской Федерации в целом, снижался удельный вес организаций первого уровня (с 55,8 до 50,0%), и несмотря на абсолютное снижение, увеличилась доля организаций второго уровня (с 33,8 до 38,3%). Доля организаций третьего уровня также выросла (с 10,4 до 11,7%). В большинстве субъектов, входящих в СЗФО (Республика Карелия, Архангельская, Новгородская и Псковская области и др.), при распределении организаций родовспоможения по уровням наблюдалась аналогичная динамика, как в целом в Российской Федерации, так и в федеральном округе. В Калининградской области и Санкт-Петербурге, где отсутствует первый уровень организаций родовспоможения, росла доля стационаров второго уровня, но при этом снижалась доля стационаров третьего уровня. Соответственно, в 2013–2019 гг. происходило постепенное перераспределение значения организаций родовспоможения разных уровней в структуре оказания акушерской и перинатальной помощи, которое было инициировано увеличением потребности в более квалифицированных медицинских услугах.

При этом снижение абсолютного числа организаций родовспоможения проходило на фоне ежегодного снижения числа родов. Если в 2013 году было принято 160 530 родов, то в 2019 году только 127 885 родов (–32 645 родов или –20,3%). Оценка распределения числа родов по уровням акушерских стационаров показала, что доля родов падала в акушерских стационарах первого (в 2 раза) и второго (–7,7%) уровней, а росла в ПЦ (+26,4%). В исследовании было установлено, что в Республике Коми, Новгородской и Псковской областях более половины родов происходили в организациях родовспоможения третьего уровня; в Республике Карелия доля родов в организациях родовспоможения первого уровня сократилась в 8 раз, в Архангельской и Псковской областях — в 4, в Ленинградской области — почти в 2 раза.

Система здравоохранения устроена так, что стационары, в том числе и акушерские, из-за особенностей системы оплаты медицинских организаций, находятся в зависимости от количества пролеченных пациентов, что по мнению Улумбековой Г.Э. (2020), разрушает сельскую медицину и медицину малых городов. Таким образом, открытие ПЦ, повлекшее перераспределение потока беременных, рожениц и новорожденных, привело к сокращению числа акушерских и родильных отделений, относящихся к родовспомогательным организациям первого уровня. С одной стороны переориентирование потока беременных на более высокий уровень позволяет обеспечить оказание более качественной медицинской помощи матери и ребенку, а с другой стороны ведет к закрытию из-за нерентабельности медицинских организаций первого и второго уровней.

Оценка регионализации по данным анонимного анкетирования матерей показала, что доступность организации родовспоможения для матерей, рожавших в акушерских стационарах первого уровня, имела первостепенное значе-