



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Вклад специалистов перинатальной медицины в снижение младенческой смертности

**Директор департамента медицинской помощи
детям и службы родовспоможения
Е.Н.Байбарина**

Вклад смертности новорожденных в младенческую, детскую смертность и в смертность детей до 17 лет

**В структуре младенческой смертности
смертность новорожденных составляет **56%**,
в структуре детской смертности – **44%**,
в структуре смертности детей до 17 лет – **31%****

**Из всех возрастных групп населения вклад в
увеличение продолжительности жизни
максимален за счет снижения младенческой
смертности**

Программирование будущего здоровья

26.09.2015 — Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун объявил о запуске Глобальной стратегии по защите здоровья женщин, детей и подростков. Главная задача этой инициативы – к 2030 году сократить до минимума процент смертности среди женщин, детей и подростков, а также способствовать укреплению их здоровья и благополучия.

В ближайшие пять лет в программу будет вложено 25 миллиардов долларов США.

Новая стратегия является частью реализации Целей и задач в области устойчивого развития на ближайшие 15 лет, которые мировые лидеры приняли на Саммите по устойчивому развитию.



Принято 17 целей устойчивого развития

Третья цель : "Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте".

Эта цель имеет девять задач:

- Снизить материнскую смертность в мире (менее 70 на 100 000 родившихся живыми)
- Искоренить предотвратимую смертность новорожденных и детей до 5 лет (при этом во всех странах показатель неонатальной смертности должен быть ниже 12, а показатель смертности детей до 5 лет – ниже 25 на 1000 родившихся живыми)
- Остановить эпидемию ВИЧ, туберкулеза, малярии и других инфекций
- Снизить на 1/3 предотвратимую смертность от НИЗ
- Снизить распространенность табакокурения и алкоголизма,
- Снизить смертность от дорожно- транспортных происшествий и травм,
- Обеспечить всеобщий доступ к службам охраны репродуктивного здоровья
- Обеспечить всеобщий доступ к эффективным, безопасным и экономически доступным системам здравоохранения,
- Снизить смертность, обусловленную загрязнением окружающей среды.

Выполнение целей развития тысячелетия

Цель №5 Улучшить охрану материнского здоровья

- а) За период с 1990 по 2015 гг. сократить на три четверти коэффициент материнской смертности.
- б) К 2015 г. обеспечить всеобщий доступ к получению помощи в сфере репродуктивного здоровья.

За период 1990–2013 годов показатель материнской смертности в мире уменьшился на 45 процентов — с 380 до 210 случаев смерти на 100 000 живорождений. В 2013 году по всему миру от связанных с беременностью и родами причин умерли почти 300 тысяч женщин.

Материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми)

Динамика материнской смертности в Российской Федерации



Материнская смертность в 2013г:

Дания – 7,12

Финляндия – 1,72

Германия – 4,25

Израиль – 4,67

Швеция – 6,16

Европейский регион – 11,68

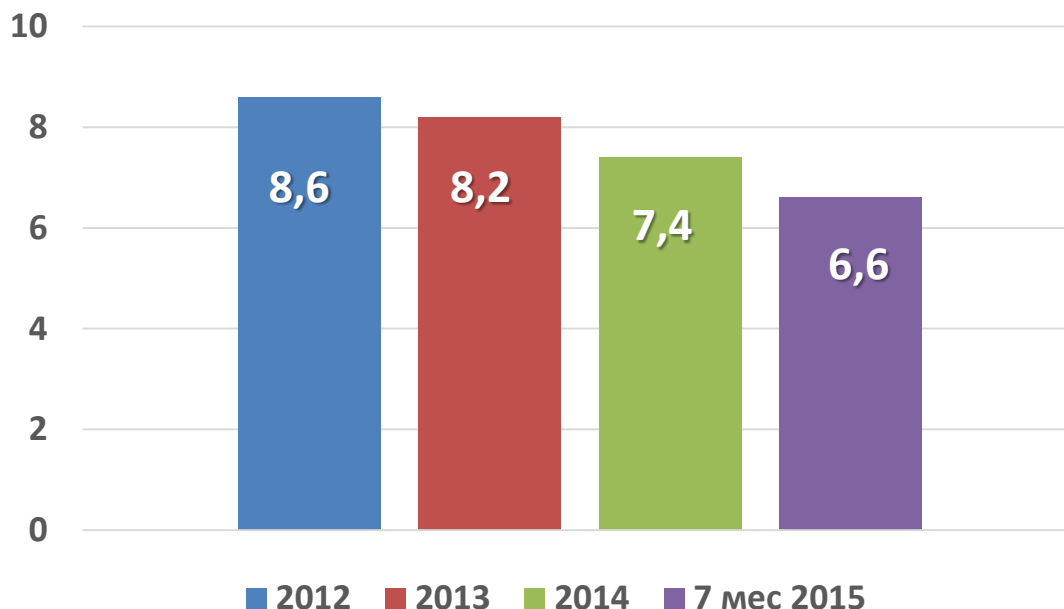
ЕС – 5,93

Цель 4 - сокращение на две трети детской смертности по сравнению с 1990г достигнута Россией в числе 19% стран

В 1990 г детская смертность 27,0 (с учетом ЭНМТ) на 1000 родившихся живыми, в 2014г – 9,1 – сокращение на две трети



Младенческая смертность в Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми)



Число регионов с показателем младенческой смертности ниже 6,0
2012г – 7; 2013г – 10; 2014г – 16; 7 мес 2015г – 25 – повышение в 3,6 раза

Число регионов с показателем младенческой смертности выше 10,0
2012г – 19; 7 мес 2015г – 9 – снижение в 2,1 раза

Сокращение числа умерших детей до 1 года по основным причинам смерти с 2012 по 2014г (на 10 тыс родившихся)

- Кишечные инфекции - снижение на 20%
- Пневмония – снижение на 27,6%
- Врожденные аномалии развития – снижение на 24,9%
- Отдельные состояния ПП – снижение на 27,9%
- Внешние причины – снижение на 25,6%

Смертность детей в возрасте 0-4г (на 1000 родившихся)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
10,8	10,2	9,9	9,4	10,6	9,9	9,1

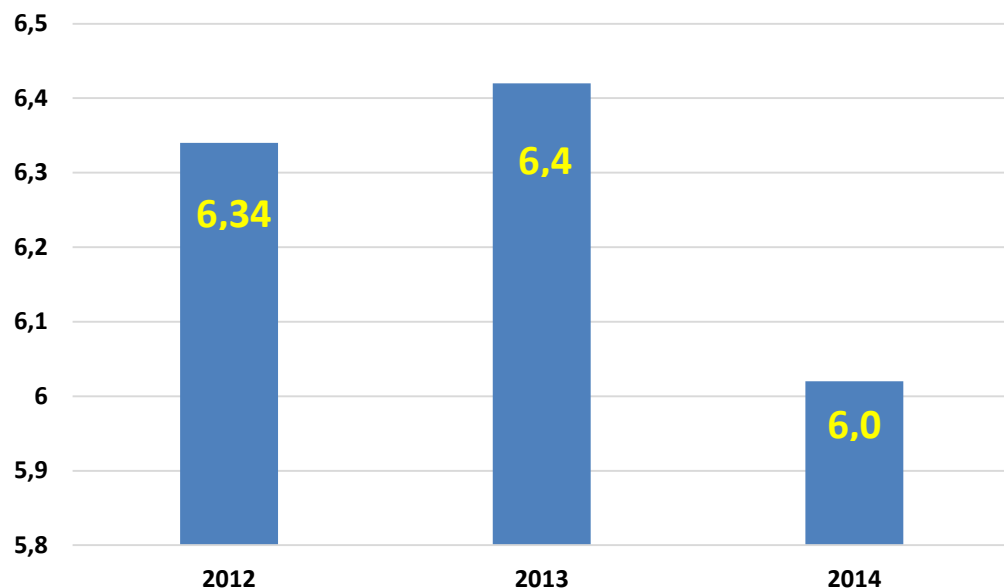
Снижение на
16,5% с 2012г

Смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100тыс детей 0-17 лет

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
99,7	96,7	92,2	88,7	98,7	91,7	86,0

Снижение на
12,9% с 2012г

Мертворождаемость в Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)



Мертворождаемость в 2013г:

Дания – 3,9

Финляндия – 2,62

Германия – 3,73

Швейцария – 4,84

Европейский регион – 6,81

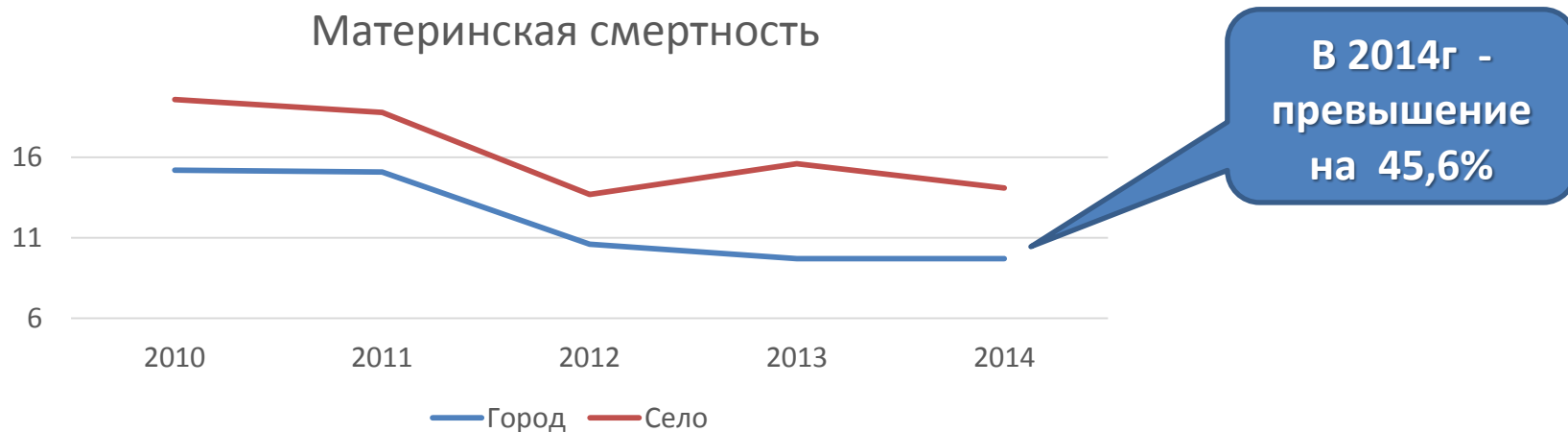
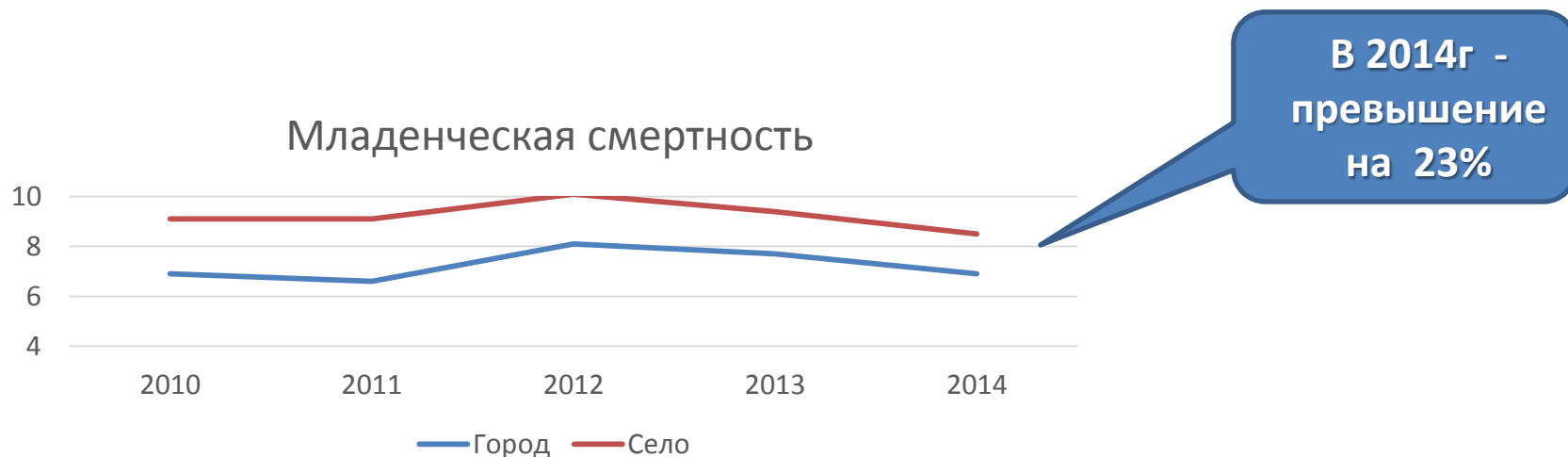
ЕС – 4,05

В 2014г младенческая смертность снизилась и мертворождаемость снизилась – в 40 регионах

Младенческая смертность снизилась, а мертворождаемость повысилась – в 22 регионах

Наиболее высокая мертворождаемость (выше 8 на 1000) - Вологодская обл, Ненецкий АО, Новгородская обл, Респ Калмыкия, Респ. Ингушетия, Забайкальский край, Камчатский край, Еврейская АО, Чукотский АО

Младенческая и материнская смертность в городе и селе



Дистанционное консультирование, транспортная доступность

Соблюдение протокола проведения токолиза

Типичные проблемы, выявленные при анализе материнской смертности за 2014г

- Недоучет факторов риска, включая особенности анамнеза, неправильная интерпретация результатов клиничко – лабораторных тестов
- Несоблюдение клинических протоколов
- Нарушение правил маршрутизации, несвоевременное оповещение специалистов-кураторов III-й группы акушерских стационаров
- Формальные осмотры врачей смежных специалистов (терапевты, урологи, эндокринологи и др.)
- Недооценка степени тяжести критических состояний
- Запоздалая госпитализация в стационары III-й группы при состояниях, угрожающих жизни после неэффективных попыток лечения в роддомах I-й и II-й группы
- Использование классификаций, несоответствующих МКБ, порядкам , стандартам и протоколам лечения
- Несоблюдение протокола токолиза при транспортировке женщин с преждевременными родами (использование препаратов офф-лэйбл, при возможности применять современные препараты, предусмотренные перечнем ЖНВЛП, порядком, стандартом и клиническим протоколом)
- Использование препаратов, не предусмотренных для использования в акушерской практике (хофитол, вобэнзим, актовегин, рибоксин и др.)

Организационные подходы к повышению качества акушерской помощи

- Мониторинг дистанционными консультативными центрами и отбор групп риска для маршрутизации
- Дистанционное консультирование 7/24
- Маршрутизация и транспортная инфраструктура
- Соблюдение Порядков оказания помощи (Изменения в КоАП)
- Соблюдение клинических протоколов
- Регулярный и тщательный аудит соблюдения протоколов
- Тренинги готовности к оказанию экстренной помощи

Организационные подходы к снижению младенческой смертности

В Минздраве ведется мониторинговая система младенческой и детской смертности

Индикаторы условной предотвратимости:

а) По причине смерти:

- Доношенный ребенок от асфиксии и родовой травмы
- Недоношенный ребенок массой более 1500г от РДС
- Ребенок старше 1 мес от пневмонии и ОРВИ, кишечной инфекции
- Совместимый с жизнью ВПР при условии отсутствия перевода в хирургический стационар
- Прочие, более редкие, но предотвратимые причины – аппендицит, ущемленная грыжа и т.п.

б) По месту смерти (дефекты маршрутизации):

- Рождение недоношенных детей, детей с ВПР в стационарах первой группы
- Смерть ребенка от условно предотвратимой причины в учреждении первой группы при нахождении его в этом учреждении более суток

Новая парадигма внедрения клинических рекомендаций в практику

Минздрав России

Главные специалисты
Минздрава России

Курация ФГБУ

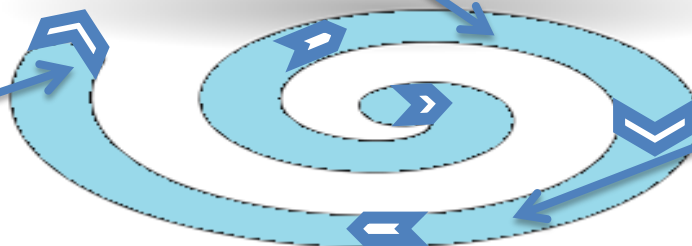
Главные специалисты
федеральных округов

Главные
специалисты
субъектов

Формирование комплексных бригад
аудита качества

Индивидуальный
анализ
и аудит проблемных
случаев

Точечное
дополнительное
повышение
квалификации
медицинского
персонала



Благодарю за внимание!