

**Н.Н. Ваганов**

Российская детская клиническая больница, Москва  
Ассоциация детских больниц

## Роль детских стационаров в снижении младенческой смертности в России от инфекционных заболеваний

Анализ роли детских стационаров в снижении младенческой смертности в России от инфекционных заболеваний в 1990–2011 годах и пути ее дальнейшего снижения.

**Ключевые слова:** младенческая смертность, инфекционные заболевания, дети.

**Контактная информация:** Ваганов Николай Николаевич, д-р мед. наук, проф.

E-mail: [vaganov@rdkb.ru](mailto:vaganov@rdkb.ru)

© Автор, 2013

**Р**езультаты работы органов и учреждений охраны материнства и детства по снижению младенческой смертности в России от всех причин, в том числе от инфекционных заболеваний, одобрены Мускоксской инициативой «группы восьми» – «Здоровье матерей новорожденных детей в возрасте до 5 лет» (октябрь 2010 г., Канада). Российская Федерация поддержала Мускоксскую инициативу. Разработана пятилетняя научно-обучающая программа, призванная представить российский и международный опыт снижения детской смертности, усовершенствовать профессиональные навыки медицинских кадров в сфере акушерства и педиатрии.

В октябре 2011 года в Москве состоялся I Международный форум «Пути снижения младенческой смертности: российский опыт». В декабре 2012 года в Санкт-Петербурге проведен II Международный форум «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: российский опыт»\*.

Чтобы оценить масштаб работы по снижению младенческой смертности в России за последние 15–18 лет, нельзя рассматривать только период новейшей истории страны. Самые низкие показатели младенческой смертности в СССР и России за все годы советской власти были достигнуты в 1971 году. Этот факт был по достоинству оценен ЦК КПСС и

**N.N. VAGANOV**

### The role of pediatric in-patient facilities in reduction of infant mortality due to infectious diseases in Russia

Reviewed is the role of children's hospitals in reduced infant mortality rates due to infectious diseases in Russia in 1990–2011 and ways to further reduce it.

**Key words:** *infant mortality, infectious diseases, children.*

\* Изложение доклада на II Международном форуме «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: российский опыт». 4–6 декабря 2012 г., Санкт-Петербург.

Советом Министров СССР. Достижения в снижении младенческой смертности были отмечены Ленинской премией (А.Ф. Тур, Г.Н. Сперанский, Ю.Ф. Домбровская).

Однако 1970-е годы были омрачены резким подъемом показателя младенческой смертности в СССР и России (график 1). Рост младенческой смертности был обусловлен в основном внутрибольничными заболеваниями кишечными инфекциями, эпидемическими вспышками гнойно-септических инфекций в родовспомогательных учреждениях страны, а также наведением порядка в статистике младенческой смертности [1].

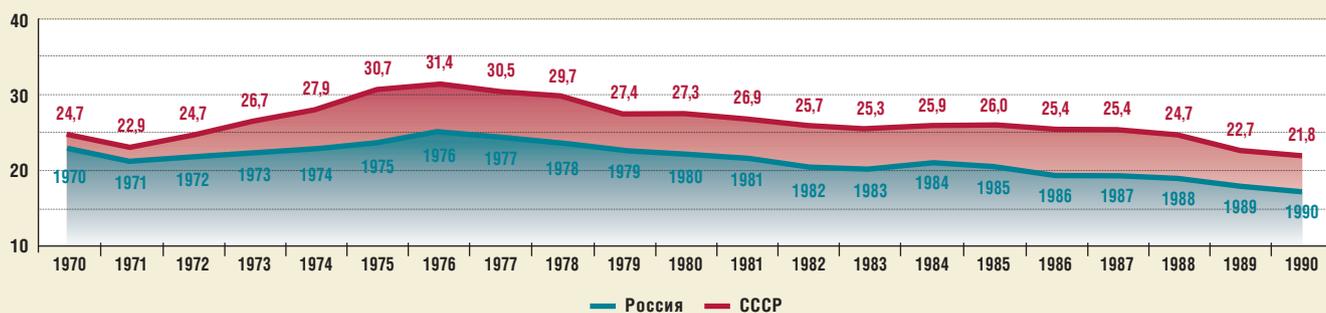
Роль инфекционных заболеваний в структуре младенческой смертности была высока на протяжении всех 70–80-х годов. Проблема инфекций как важнейшая составляющая высокого уровня младенческой смертности в СССР была особенно острой в регионах Средней Азии, на многих территориях России. Серия коллегий Минздрава СССР, проведенных в 1987–1988 годах в Узбекистане, Туркменистане, Азербайджане, Казахстане, Новосибирске, Чечено-Ингушетии, РСФСР и посвященных проблеме охраны материнства и детства, снижению младенческой смертности, стала основой для разработки концепции и путей реализации региональных программ снижения младенческой смертности в СССР. Важнейшую роль отводили программам для регионов с высокими и средними показателями младенческой смертности, где доминировали «управляемые» причины, главные среди которых – инфекционные заболевания [2–8].

В начале 1990-х годов Минздравом России были приняты инициативы по разработке национальных программ «Дети России» – в 1994 году они получили статус президентских, ряда постановлений Правительства России, нормативно-директивных документов Минздрава России, направленных на снижение младенческой смертности [9–11]. Были проведены организационно-методические мероприятия по на-

**Таблица 1**  
Среднегодовые темпы снижения младенческой смертности в России

Годы	%
1970-1980 гг.	0,4
1980-1990 гг.	2,1
1990-2000 гг.	2,2
2000-2010 гг.	5,1

**График 1**  
Младенческая смертность в СССР и России в 1970–1990 гг.



**График 2**  
Младенческая смертность в России на 1000 родившихся живыми в 1990–2011 гг.



ведению порядка в регистрации младенческой смертности.

С 1993 года в России началось неуклонное снижение показателя младенческой смертности: за период 1993–2011 годов она снизилась в 2,7 раза (график 2). Особенно резкое снижение младенческой смертности произошло в России в 2000–2010 годах: среднегодовые темпы ее снижения достигли 5,1% – это значительно выше, чем в десятилетние периоды 1970–2000 годов (табл. 1).

Снижение младенческой смертности в 1993–2011 годах происходило главным образом за счет снижения в 3,7 раза больничной летальности при отсут-

ствии каких-либо положительных тенденций в снижении внебольничной смертности среди детей 1-го года жизни (график 3).

Более чем в 5 раз снизилась младенческая смертность от инфекционных заболеваний (график 4), а их доля в структуре младенческой смертности сократилась с 7,1 до 3,7% (график 5).

Больничная летальность от инфекций снизилась за 17 лет (1994–2011) в 5 раз, а среди детей до 1-го года – в 4,3 раза (график 6).

Более чем в 2 раза сократилась в структуре больничной летальности доля детей, умерших от инфекционных заболеваний (график 7).

График 3

Младенческая смертность на 1000 родившихся. Больничная летальность детей до 1 года. Внебольничная смертность детей первого года жизни в 1990–2011 гг.



График 4

Младенческая смертность от инфекционных заболеваний в России на 10 000 детей, родившихся в 1990–2011 гг.



График 5

Доля инфекционных заболеваний в структуре младенческой смертности

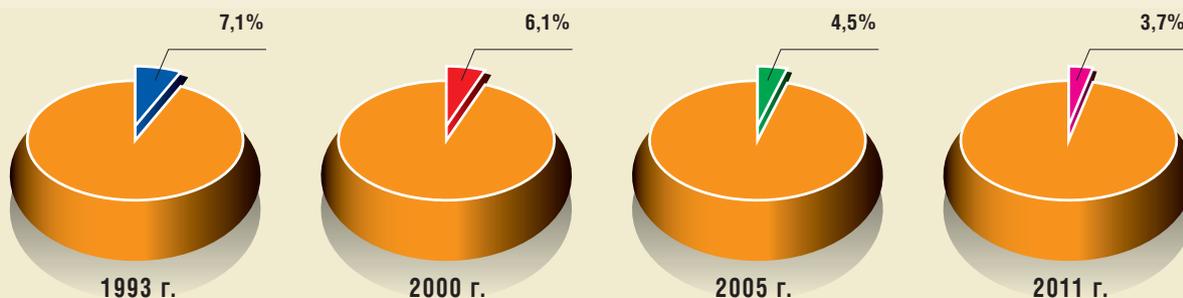


График 6

Динамика больничной летальности от инфекций у детей, в том числе до 1 года, в РФ в 1994–2011 гг., %



График 7

Доля инфекционных заболеваний в структуре больничной летальности в 1994–2011 гг., %

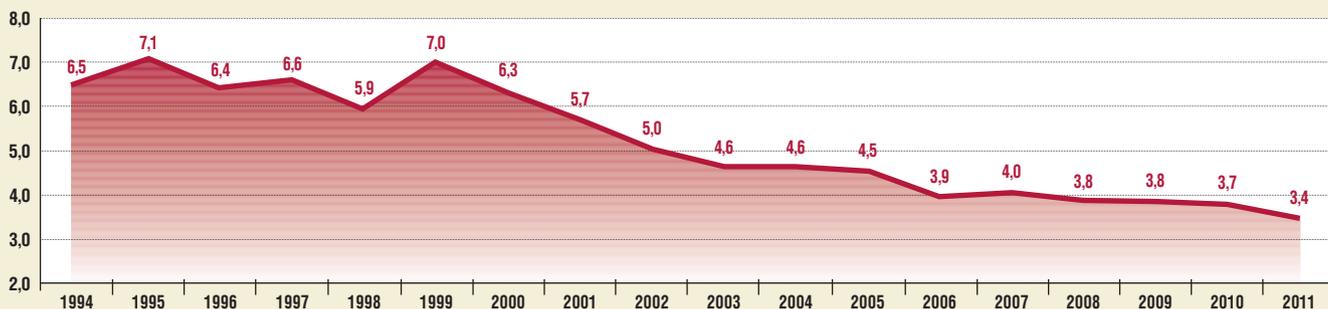


График 8

Больничная летальность среди детей 1-го года жизни от отдельных инфекционных заболеваний в 1994–2011 гг., %

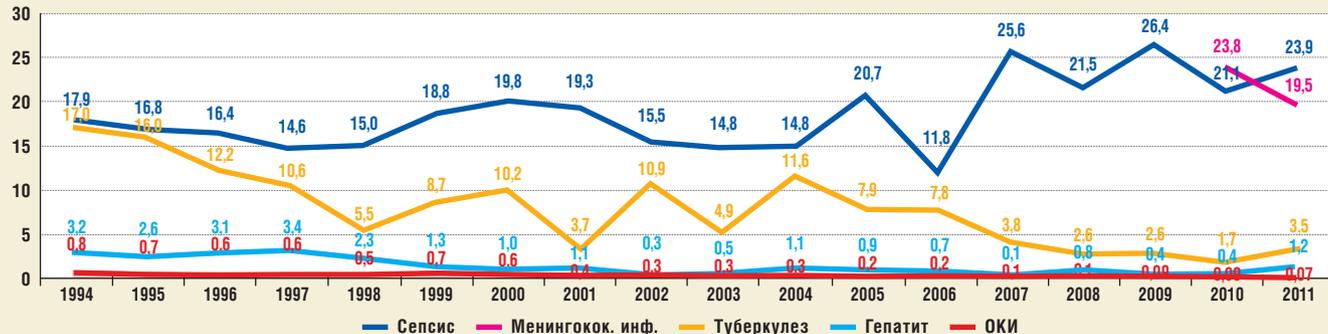
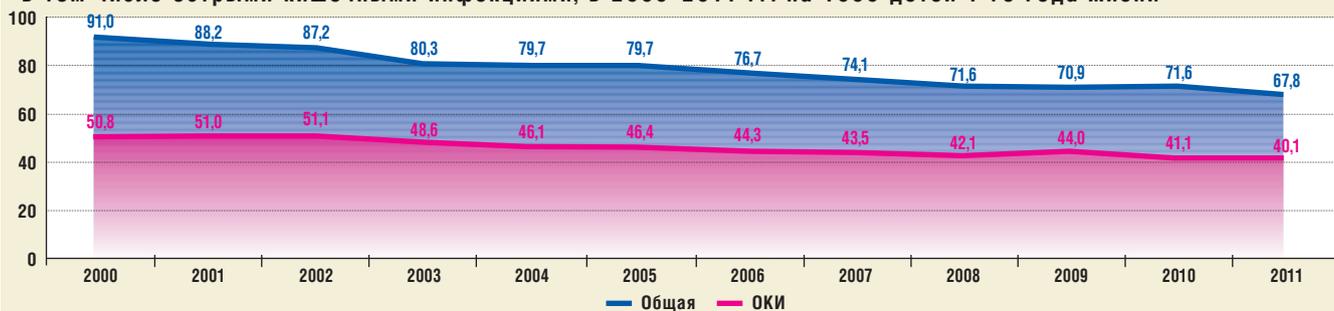


График 9

Заболеваемость детей 1-го года жизни инфекционными и паразитарными заболеваниями, в том числе острыми кишечными инфекциями, в 2000–2011 гг. на 1000 детей 1-го года жизни



Изучая больничную летальность среди детей 1-го года жизни, можно отметить резкое ее снижение прежде всего от кишечных инфекций (более чем в 10 раз за период 1994–2011 гг.); в 5 раз снизилась летальность от туберкулеза, в 2,7 раза – от вирусного гепатита (график 8).

В структуре больничной летальности от инфекционных болезней среди детей 1-го года жизни многие годы доминировали острые кишечные инфекции (ОКИ). В начале 1990-х годов на их долю приходилось более 45% гибели детей от всех инфекций. В период 2001–2004 годов доля ОКИ в больничной летальности сократилась до 35%, а в 2005–2010 годах – до 25%. В 2011 году доля ОКИ в структуре больничной летальности составила 20%.



**Таблица 2**  
Распределение детских инфекционных коек по типам учреждений в 2011 г.

Тип учреждения	Число коек	%
Инфекционные детские больницы	3442	10,5
Центральные районные больницы	7808	23,9
Областные, краевые, республиканские детские больницы	1502	4,6
Областные, краевые, республиканские больницы для взрослых	286	0,9
Клиники вузов	85	0,3
Больницы СМП	60	0,2
Другие учреждения (гор. больницы для взрослых и детей и т.д.)	19425	59,6
<b>Всего детских инфекционных коек</b>	<b>32608</b>	<b>100</b>

Наиболее сложным направлением в снижении больничной летальности от инфекций среди детей 1-го года жизни была борьба за спасение детей от гибели при септических состояниях. В разные годы (1994–2011) в структуре больничной летальности от инфекций сепсис составлял 12–17% без тенденции к снижению.

Сведения официальной статистики Минздрава России, материалы о больничной летальности от менингококковой инфекции показали, что ее доля в структуре больничной летальности в 2010–2011 годах составила 18–20%. К сожалению, мы не располагаем официальными данными о больничной летальности от менингококковой инфекции за предыдущие годы. Однако известные педиатрам и инфекционистам данные об особенностях течения менингококковой инфекции у детей раннего возраста с высокой частотой ее молниеносных форм и высокой летальностью дают основание утверждать, что и в предыдущие годы менингококковая инфекция была среди лидеров, формирующих больничную летальность от инфекций в целом.

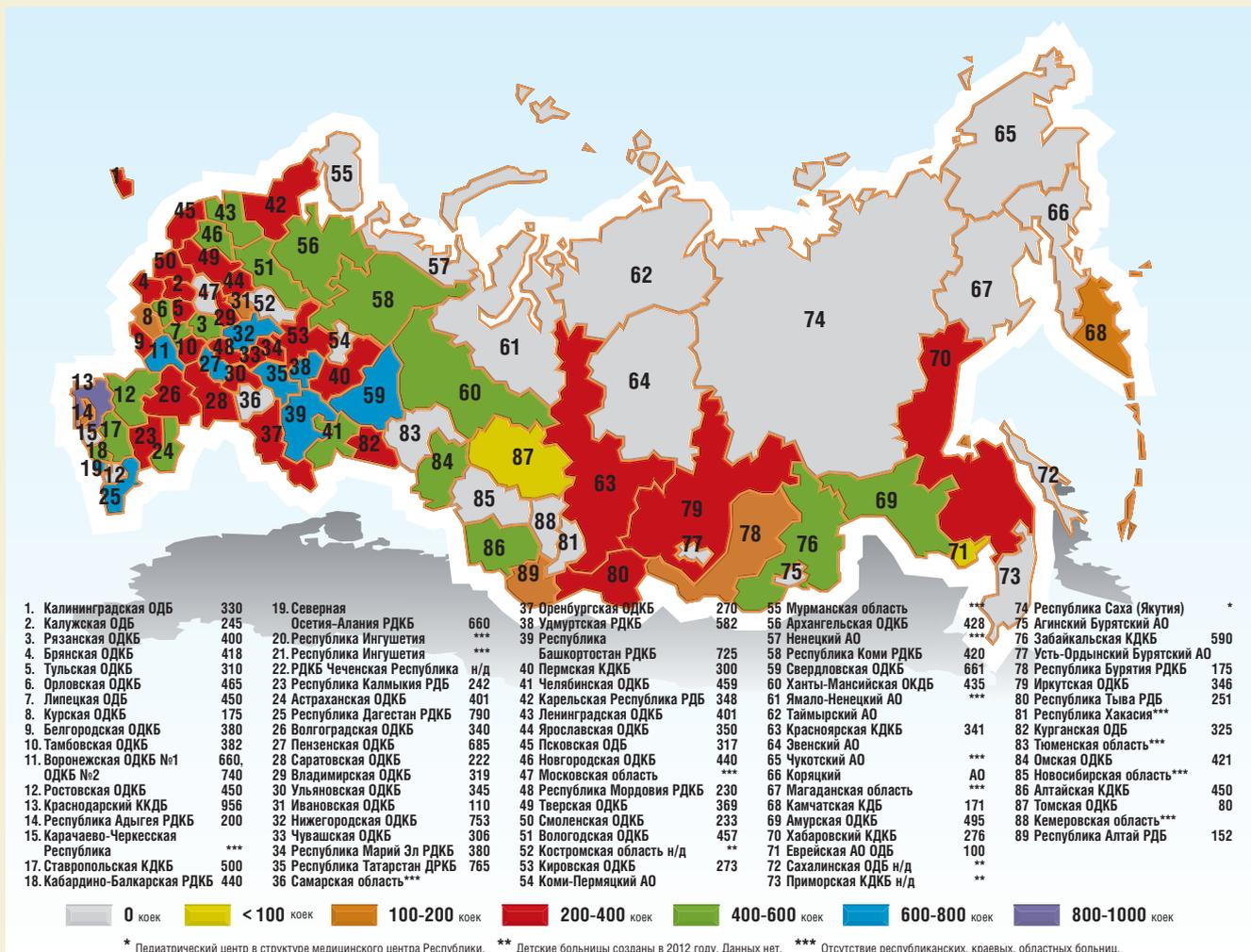
В настоящее время ведущие позиции в больничной летальности занимают ОКИ (при резком снижении показателя и их доли в структуре больничной летальности), сепсис и менингококковая инфекция. Можно сделать вывод о том, что снижение больничной летальности среди детей 1-го года жизни обусловлено прежде всего несомненными успехами в лечении детей с ОКИ. При этом высокие темпы снижения больничной летальности от ОКИ не коррелируют с темпами снижения заболеваемости ОКИ (график 9).

Все эти годы шел процесс упорядочения детского инфекционного коечного фонда: сокращались нерентабельные койки, закрывались инфекционные детские больницы, не соответствующие по своим характеристикам требованиям СанПиН. Менялись принципы госпитализации детей: прежде всего внедрялось

**Таблица 3**  
Число детей, госпитализированных с инфекционными заболеваниями, в том числе в возрасте до 1 года, на одну развернутую инфекционную койку в 1994–2011 гг.

Показатель	1994	1999	2003	2007	2011
Число детей всех возрастов, поступивших на одну койку инфекционного профиля	19	23	26	32	38
в т.ч. детей, в возрасте до 1 года	2	2	2,6	3,2	3,7

Дислокация областных, краевых, республиканских окружных детских больниц, их мощность



совместное пребывание с родителями, начал преобладать принцип разумной госпитализации. За период 1990–2011 годов в России число детских инфекционных коек сократилось в 2,3 раза (график 10). Были ликвидированы маломощные самостоятельные детские инфекционные больницы – их число сократилось с 85 до 26. Число коек в них в 1996 году составляло 17055, а их доля в общем детском инфекционном коечном фонде страны – более 22%. В 2011 году в 26 детских инфекционных больницах насчитывалось 3442 койки, а их доля составляла всего 10,5%. Структура детского инфекционного коечного фонда страны в 2011 году представлена в таблице 2. Почти 90% детских инфекционных коек размещены в составе больниц и клиник разного уровня.

По нашему мнению, эра самостоятельных детских больниц уходит в прошлое. Настоящее и будущее инфекционных стационаров – это создание (строительство, прикрепление) инфекционных блоков

(корпусов) в составе многопрофильных больниц – как для детей, так и для взрослых.

Среди всех больных детей 1-го года жизни, получивших лечебные услуги в условиях круглосуточных стационаров, доля детей с инфекционными заболеваниями составляла не более 11% и постепенно уменьшалась: в 2011 году этот показатель снизился до 8,3%.

Следует отметить, что процесс сокращения числа инфекционных коек не привел к уменьшению числа госпитализируемых детей с инфекционными заболеваниями. Напротив, имеется тенденция к росту числа детей с инфекциями, получавших медицинскую помощь в условиях стационара: в 1994 году во все стационары страны были госпитализированы 114 274 ребенка в возрасте до 1 года; в 2008-м – 123 152; в 2011-м – 122 738 детей.

Существенно возросла рентабельность детской инфекционной койки: в 2011 году на одну развернутую койку госпитализировали 38 детей в год, тогда как в 1994 году – 19 детей, в 2003-м – 26. Примени-

тельно к детям 1-го года жизни этот показатель возрос почти в два раза (табл. 3).

Среди многопрофильных стационаров следует особо отметить учреждения 3-го уровня – областные, краевые, республиканские, окружные детские больницы (ОКРОДБ), в которых развернуто более 1,5 тыс. детских инфекционных коек (см. табл. 2). ОКРОДБ функционируют в большинстве субъектов России (см. карту). Рассматривая роль ОКРОДБ с позиции борьбы с младенческой смертностью от инфекционных заболеваний, отметим, что в стационарах этого уровня показатель больничной летальности среди детей 1-го года жизни почти в 4 раза выше, чем в среднем по стране: 1,1% против 0,3%. В структуре больничной летальности детей 1-го года жизни в ОКРОДБ инфекции занимают 3-е место после врожденных пороков и болезней перинатального периода. В ОКРОДБ от инфекций умирает 15–18% общего числа детей, умерших от инфекций во всех стационарах России. Более 64% детей, умерших от инфекций в этих больницах, погибли от септических заболеваний разной этиологии.

Приведенные выше объективные показатели не являются свидетельством низкого качества лечения детей с инфекционными заболеваниями, они обусловлены тяжестью патологии, нередко сочетанной, с которой дети поступают в ОКРОДБ. Эти учреждения в субъектах России имеют, как правило, лучшую материально-техническую базу, а медицинский персонал – самую высокую квалификацию.

## Выводы

В России достигнуты выдающиеся результаты в снижении младенческой смертности от инфекционных заболеваний. Особую роль в этом сыграли детские стационары всех уровней, внедрение в них современных методов лечения на основе доказательной медицины, реорганизация системы оказания стационарной помощи детям 1-го года жизни: оптимизация показаний для госпитализации, совместное пребывание детей с одним из родителей, ликвидация стационаров, не соответствующих санитарным нормам. Повсеместно в практику детских стационаров внедряются достижения научных исследований. Улучшается качество дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний – структура младенческой смертности постепенно «очищается» от инфекционных заболеваний.

Для дальнейшего снижения младенческой смертности необходимы:

▶ целенаправленная работа с проблемными семьями, имеющими детей 1-го года жизни, с целью избежать поздних диагностики и госпитализации;

- ▶ грудное вскармливание;
- ▶ повсеместное внедрение современных диагностических программ и оптимальных методов лечения;
- ▶ расширение прививочного календаря – профилактика менингококковой и пневмококковой инфекций;
- ▶ обеспечение кадрами врачей, фельдшеров, медицинских сестер в сельской местности, отдаленных населенных пунктах;
- ▶ повсеместное создание современной сети инфекционных стационаров, объединенных с многопрофильными больницами;
- ▶ развитие выездных форм оказания экстренной консультативной помощи детям (РКЦ).

## Литература

1. Ваганов Н.Н. Стратегия охраны здоровья матерей и детей в условиях социально-экономических реформ Российской Федерации // Дисс. на соиск. уч. степ. д. м. н. в форме научного доклада.
2. Ваганов Н.Н. с соавт. О первоочередных направлениях реализации комплексных программ по снижению младенческой смертности в регионах с ее высоким уровнем // Советское здравоохранение, 1989, №3, с. 7–11.
3. Альбицкий В.Ю., Ваганов Н.Н., Шембелев Л.С. Младенческая смертность и пути ее снижения. Матер. II Всесоюзной конференции «Социально-гигиенические проблемы педиатрии». – Минск, 1989, с. 3–4.
4. Ваганов Н.Н. Проблемы и перспективы развития детской инфекционной службы в стране // Педиатрия, 1989, №2.
5. Ваганов Н.Н. Состояние младенческой смертности в СССР и пути ее снижения // Педиатрия, 1990, №3, с. 5–8.
6. Ваганов Н.Н. Концепция и пути реализации региональных программ снижения младенческой смертности в СССР // Науч. доклад на соиск. уч. степ. к.м.н. – М., 1991.
7. Решения Коллегии Минздрава СССР от 17.08.87 г. «О серьезных недостатках в организации лечебно-профилактической помощи детям и матерям в Узбекской ССР и мерах по их устранению».
8. Решение коллегии Минздрава СССР от 11.11.87 г. «О мерах по устранению серьезных недостатков в организации медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями и итоги работы медицинских бригад в республиках Средней Азии в 1987 г.».
9. Республиканская комплексная научно-практическая региональная программа по улучшению охраны здоровья женщин-матерей и детей раннего возраста, снижению младенческой смертности на 1989–1995 гг.
10. Национальный план действий в интересах детей Российской Федерации на период 1995–2000 гг. (на основании Постановления Правительства РФ от 31.01.94 г. №69).
11. Указ Президента Российской Федерации от 18.08.94 г. №1696 «О президентской программе «Дети России».