

УДК 618-081 «2013» (571.56/.6). 001.8

Т.Ю. Пестрикова

## **Мониторинг основных показателей работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного федерального округа в 2013 году**

*Дальневосточный государственный медицинский университета, г. Хабаровск*

*Контактная информация: Т.Ю. Пестрикова - e-mail: typ50@rambler.ru*

### **Резюме**

В статье представлен анализ основных показателей работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного федерального округа в 2013 году.

**Ключевые слова:** материнская смертность, перинатальная смертность, младенческая смертность, исходы беременности.

T. Yu. Pestrikova

## **Monitoring key performance indicators of obstetric services in the Far Eastern Federal District in 2013**

*Far East state medical university, Khabarovsk*

*e-mail: typ50@rambler.ru*

### **Summary**

The article presents an analysis of the main indicators of obstetric services in the Far Eastern Federal District in 2013.

**Key words:** maternal mortality, mortality, perinatal mortality, infant mortality, pregnancy outcomes

### **Введение**

В последние годы многое было предпринято по реформированию отечественного здравоохранения: завершена реализация региональных программ модернизации здравоохранения, осуществлялись мероприятия по выполнению Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г., которыми определены основные направления и целевые

показатели развития здравоохранения и укрепления здоровья россиян.

«Работа по развитию здравоохранения, безусловно, должна быть продолжена», - отметил Президент РФ В.В. Путин.

Недавно была принята Программа развития перинатальных центров в России, в соответствии с которой планируется построить 32 перинатальных центра в 30 регионах. Работа 32 перинатальных центров, развитие перинатальной помощи, подготовка кадров яв-

Управление качеством медицинской помощи Т.Ю. Пестрикова  
 Мониторинг основных показателей работы акушерско-гинекологической службы ...  
 является огромным резервом в повышении качества медицинской помощи матерям и детям, а также снижении показателей младенческой и материнской смертности.

Хотелось бы обратить Ваше внимание на конкретные задачи, прозвучавшие в Послании Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию РФ по повышению эффективности медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями здравоохранения. Одна из них - это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении, другая важная задача - развитие системы профилактики. В Послании обращено внимание на развитие высокотехнологичной медицинской помощи, для этого необходимо «сделать приоритетными фундаментальные и прикладные исследования в сфере медицины. При этом нельзя отставать и от мировых тенденций. Ведущие страны уже стоят на пороге внедрения лечебных технологий, построенных на биогенной инженерии, на расшифровке генома человека»

В Послании Президента прозвучала задача «серьезного усиления роли профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения». В рамках реализации этой задачи на предстоящем Пленуме нам необходимо сформулировать свои идеи и внести кон-

кретные предложения в Минздрав России.

В этой связи важным остается выполнение мониторинга основных социально значимых параметров. Поэтому проведение ежегодного анализа, который, выполняется с 2003 г., основных показателей службы родовспоможения ДВФО является традицией и важным моментом, характеризующим на практике действие территориальных органов власти по выполнению национальных проектов.

### Обсуждение результатов

Ежегодный анализ демографической ситуации в ДВФО свидетельствует о постоянном снижении общей численности населения, не только за счет общей смертности населения, но и за счет миграционных процессов (Табл.1).

В общей сложности численность населения ДВФО составляет 4,36% от всей численности населения РФ в целом.

Как следует из данных, представленных в Табл.1, общая численность населения в 2013 г. на территории ДВФО сократилась на 17702 чел, т.е. тенденция к снижению общей численности населения в округе продолжает сохраняться.

Характеристика естественного движения населения свидетельствует о том, что в 2013 г. произошло увеличение рождаемости (по сравнению с 2012 г.) в 2-х территориях ДВФО (Сахалинская область и Хабаровский край). Поскольку в остальных территориях

увеличения рождаемости не произошло, то в целом по округу отмечено снижение показателя рождаемости населения.

Тем не менее, из-за снижения общей смертности населения во всех территориях ДВФО, за исключением Камчатского края, общая смертность населения в округе снизилась.

В этой связи, естественный прирост населения в большинстве территорий округа (Амурская область, Камчатский край, Магаданская область, Республика Саха, Хабаровский край и Чукотский АО) стал положительным. Отрицательный естественный прирост населения был зарегистрирован в Еврейской АО, Приморском крае и Сахалинской области.

Таким образом, в целом в ДВФО отмечена положительная динамика в показателе естественного прироста населения.

Показатель численности женского населения фертильного возраста и детского населения (до 17 лет) в структуре общего населения РФ, за последние годы, имеет четкую тенденцию к снижению. Так, в 2008 г. удельный вес численности женского населения фертильного возраста был 27,2%; удельный вес численности детского населения (до 17 лет) - 18,6%. В 2012 г. величины этих показателей были, соответственно, 25,5% и 18,5%.

Общая численность женщин фертильного возраста в 2013 г. в ДВФО составила 1599238 чел.; в 2012 г - 1607448 чел.; в 2011 г. - 1639935 чел.; в 2010 г. - 1702689 чел. В 2009 г. численность женщин фертильного возраста достигала 1771617 чел.; в 2008 г. - 1772363 чел.

Представленные данные свидетельствуют о том, что за последние 6 лет произошло сокращении числа женщин фертильного возраста на 173125 чел.

Таблица 1. Численность постоянного населения в территориях ДВФО

Территория округа	Численность населения (чел.)		Естественная убыль населения (чел)	
	2012 г	2013 г	2012 г	2013 г
1. Амурская область	817000	811600	4600	5400
2. Еврейская АО	174412	172671	1892	1741
3. Камчатский край	320156	319747	1522	409
4. Магаданская область	152319	150305	4175	2014
5. Приморский край	1950483	1947263	6014	3220
6. Республика Саха	955859	955580	2399	279
7. Сахалинская область	495402	493302	1269	2100
8. Хабаровский край	1343869	1342083	-	2506
9. Чукотский АО	50806	50839	57	33
10. ДВФО	6260306	6243390	21816	-17702
11. РФ	143100000		+200000	

Удельный вес женщин фертильного возраста на территории округа составляет 25,6%. Суммарный показатель детского населения (в возрасте 0-17 лет) в РФ (2012 г.) остается стабильно низким (18,6%). Аналогичная картина характерна и для субъектов ДВФО. Хотя в целом суммарный показатель детского населения (в возрасте 0-17 лет) в округе несколько выше (19,8%), чем в целом по РФ, но на отдельных территориях (Кам-

чатский край, Приморский край, Хабаровский край) он остается более низким по сравнению с показателем по РФ. Доля детского населения ДВФО составляет от общего числа детей РФ 4,75% (Табл.2).

Представленные показатели можно рассматривать как свидетельство низкого репродуктивного потенциала населения в будущем, что характерно как для субъектов ДВФО, так и для РФ в целом.

Таблица 2. Динамика возрастного состава по территориям ДВФО в 2013 г.

Территория	Дети в возрасте 0-17 лет		Женщины фертильного возраста	
	Абс. числа	(%)	Абс. числа	(%)
Амурская область	178200	21,96	210703	26,0
Еврейская АО	37130	21,50	43213	25,0
Камчатский край	30187	9,44	81922	25,6
Магаданская область	32537	21,65	39029	26,0
Приморский край	350231	18,0	492284	25,3
Республика Саха (Якутия)	254298	26,61	252285	26,4
Сахалинская область	95042	19,27	121906	24,7
Хабаровский край	244988	18,25	344356	25,7
Чукотский АО	13037	25,64	13540	26,6
ДВФО	1235650	19,8	1599238	25,6
РФ (2012 г.)	26 000 000	18,5	37 120 000	25,5

По данным Минздрава РФ, в 2012 г. произошло увеличение показателя младенческой смертности на 16,85% (8,6 %) по сравнению с данными 2011 г. Увеличение данного показателя связано с расчетом показателей перинатальной и младенческой смертности с 22 недель гестационного периода.

Анализ показателя младенческой смертности в 2013 г. составил 8,2 % (предварительные данные), т.е. имел определенную тенденцию к снижению.

Напротив, в ДВФО величина младенческой смертности увеличилась с 10,9 % (2012 г.), до 11,0 %.

Таким образом, ДВФО остается единственным округом в РФ, где произошло увеличение показателя младенческой смертности. Показатель младенческой смертности является одним из основных, качественных показателей, которому проводится оценка уровня оказания медицинской помощи в целом.

Как следует из данных на Рис.1, показатели младенческой смертности в 5 субъектах ДВФО (Еврейская АО, Магаданская область, Приморский край, Хабаровский край, Чукотский АО) повысились, по сравнению с 2012 г.

Произошло снижение младенческой смертности в Амурской области, Камчатском крае, Республике Саха (Якутия), Сахалинской области (Рис.1).

Отдельно следует отметить организацию оказания медицинской помощи

новорожденным в Сахалинской области, где на протяжении последних лет показатель младенческой смертности остается стабильно ниже, чем аналогичный показатель в РФ.

В этой связи определенная роль по оказанию высокоэффективной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным высокой группы перинатального риска отводится перинатальным центрам.

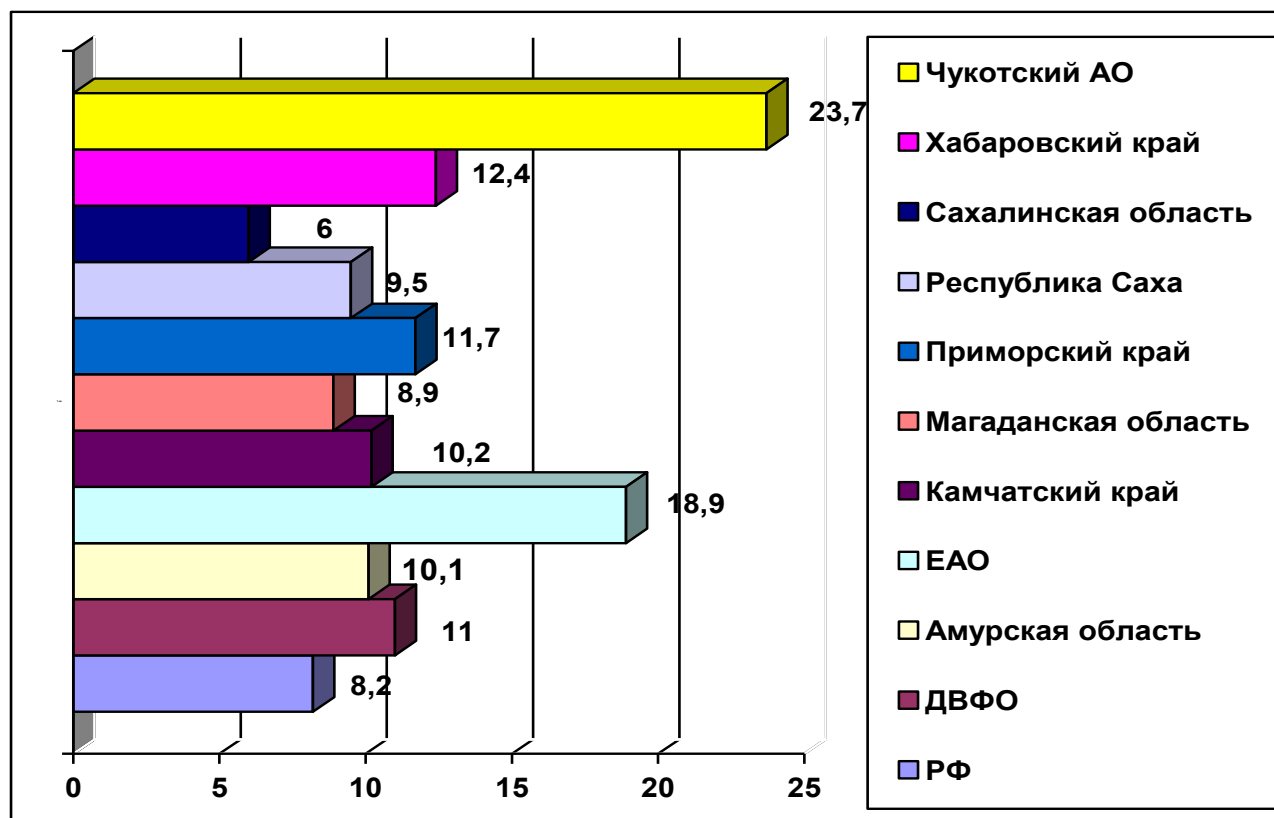


Рис.1. Показатели младенческой смертности по территориям ДВФО в 2013 г. (на 1000 детей, родившихся живыми).

На территории ДВФО функционирует четыре перинатальных центра. В Республике Саха (Якутия) перинатальный центр входит в состав Республиканской больницы; а в Амурской и Саха-

линской областях - в состав областной больницы. В Хабаровском крае перинатальный центр является самостоятельным лечебным учреждением. Кроме этого, на территории ДВФО отсутствуют краевой и областной ро-

дильные стационары в Камчатском крае и Магаданской области.

Функционирование перинатального центра в составе многопрофильного лечебного учреждения является оптимальным вариантом, позволяющим улучшить показатели как младенческой, так и материнской смертности.

Тем не менее, следует отметить, что правильная организация оказания медицинской помощи женщинам и детям позволяет существенно снижать показатели младенческой смертности, даже при отсутствии на территории перинатального центра. Как мы отмечали ранее, примером данной ситуации может служить Сахалинская область, имеющая самый низкий показатель младенческой смертности не только в ДВФО, но и в целом по РФ.

Самые высокие показатели младенческой смертности в 2013 г. были зафиксированы в Чукотском АО, Еврей-

ской АО и Хабаровском крае. Если в Чукотском АО и Еврейской АО существуют объективные причины, которые требуют решения ряда организационных моментов со стороны администрации территорий, то, к большому сожалению, в Хабаровском крае, при наличии, на протяжении нескольких лет, перинатального центра, решение конкретных медицинских проблем не происходит. В первую очередь это касается вопроса подготовки кадрового потенциала.

Определенное негативное влияние на основные, качественные показатели службы родовспоможения оказывает гинекологическая заболеваемость (Табл.3), которая претерпела некоторые изменения в 2013 г., по сравнению с 2012 г. (по данным отчета территорий ДВФО) произошло повышение частоты сальпингитов и оофоритов (на 10,29%). Частота сальпингитов и оофоритов в ДВФО превышает величину аналогичного показателя по РФ на 24,7%.

Таблица 3. Структура гинекологической заболеваемости на 100000 женского населения (18 лет и старше) в 2012-2013 гг. (Часть 1)

Территории	Сальпинго-офориты		Расстройства менструальной функции	
	2012	2013	2012	2013
Амурская область	573,0	554,0	474,3	474,3
ЕАО	3651,8	5656,0	539,8	576,9
Камчатский край	2441,0	2019,5	1633,0	1633,0
Магаданская область	1442,6	1519,1	1410,0	2118,6
Приморский край	1273,5	1380,1	1168,7	1156,8
Республика Саха (Якутия)	899,4	828,8	1034,4	1112,4
Сахалинская область	725,62	795,2	799,59	760,45
Хабаровский край	581,08	443,2	944,7	883,3
Чукотский АО	694,4	491,9	2558,5	2260,9
ДВФО	1364,7	1521,3	1173,9	1220,0
РФ (2012 г.)	1145,5	-	2309,5	-

Таблица 3. Структура гинекологической заболеваемости на 100000 женского населения (18 лет и старше) в 2012-2013 гг. (Часть 2)

Территории	Женское бесплодие		Эндометриоз		Эрозия и эктропион шейки матки	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Амурская область	127,5	133,7	597,1	534,7	1360,9	1409,1
ЕАО	202,3	281,1	110,7	55,4	1421,3	1700,7
Камчатский край	580,1	573,6	632,0	644,3	2168,5	1932,1
Магаданская область	887,2	362,2	640,2	664,8	1126,5	1999,9
Приморский край	490,3	460,9	526,3	491,1	1612,0	1694,3
Республика Саха (Якутия)	140,5	183,1	275,9	286,8	1099,4	1176,8
Сахалинская область	216,05	207,5	312,59	376,7	650,1	739,74
Хабаровский край	182,52	187,6	314,16	327,5	1971,2	2110,98
Чукотский АО	111,6	86,8	115,7	74,4	578,7	723,3
ДВФО	326,4	275,0	391,6	384,0	1332,4	1499,0
РФ (2012 г.)	566,3	-	435,6	-	1363,5	-

Частота патологии шейки матки по ДВФО также увеличилась на 11,11%, по сравнению с аналогичными данными 2012 г. Кроме этого, данная патология превышает величину аналогичного показателя по РФ на 9,04%.

В определенной степени увеличение данных показателей может быть обусловлено повышением качества диагностических возможностей, внедряемых в алгоритм обследования, а также персонификацией обследования пациентов.

Показатели распространенности гинекологических заболеваний у детей и подростков 15-17 лет (на 100000 женского населения соответствующего возраста) по территориям ДВФО (Табл.4) существенно разнятся. Кроме этого, отсутствуют данные по наличию гинекологической заболеваемости у девочек в возрасте до 14 лет.

Данный факт можно объяснить отсутствием организованной и доступной гинекологической помощи девочкам в возрасте до 14 лет и девочкам-подросткам на территории округа.

Следствием данной ситуации в будущем может быть увеличение частоты, как гинекологической заболеваемости в целом, так и увеличение частоты невынашивания беременности, бесплодия. Как следует из данных, представленных в Табл. 4, отчет о наличии патологии у девочек-подростков не проводится систематически, поэтому объективно оценить частоту распространения не представляется возможным. К большому сожалению, организация ювенильной гинекологии на территории округа остается в зачаточном состоянии, а на ряде территорий округа вообще отсутствует (Чукотский АО). Хотя работа именно этой службы, позволяет объективно оценить возможности репродуктивного потенциала, но и сформировать профилактическое

семьи и деторождения.

Таблица 4. Распространенность гинекологических заболеваний у девочек-подростков (15-17 лет) (на 100000 женского населения соответствующего возраста) по ДВФО в 2012-2013 гг.

Территории	Сальпингиты и оофориты		Эндометриоз 2013 г.	Расстройства менструального цикла	
	2012 г.	2013 г.		2012 г.	2013 г.
Амурская область	680,0	5,2	1,4	5450,0	56,6
ЕАО	7430,6	866,9	-	3784,7	3128,5
Камчатский край	1205,1	1049,5	-	2432,1	4219,1
Магаданская область	2553,1	-	45,6	2432,1	2419,0
Приморский край	306,6	365,6	-	894,3	1016,0
Республика Саха (Якутия)	672,7	605,8	19,9	1607,8	1648,5
Сахалинская область	-	-	-	-	-
Хабаровский край	1491,8	718,62	-	1979,3	5311,0
Чукотский АО	-	-	-	1220,4	-
ДВФО	-	-	-	-	-
РФ (2012 г.)	1256,6	-	-	4925,2	-

Таблица 5. Структура больных с онкопатологией репродуктивной системы, состоящих на учете в онкологических учреждениях на конец 2013 г. (на 100000 женского населения) (Часть 1)

Территории	Рак молочной железы		Рак шейки матки	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.
Амурская область	701,0	697,9	214,0	228,9
ЕАО	547,8	583,3	170,6	183,3
Камчатский край	794,0	82,04	291,6	30,73
Магаданская область	528,5	70,2	212,0	42,9
Приморский край	553,9	559,1	180,6	174,4
Республика Саха (Якутия)	368,4	392,2	158,8	165,9
Сахалинская область	645,43	583,5	206,32	181,3
Хабаровский край	678,52	710,26	156,95	164,25
Чукотский АО	388,5	384,4	145,49	177,7
РФ	708,8	-	214,2	-

Таблица 5. Структура больных с онкопатологией репродуктивной системы, состоящих на учете в онкологических учреждениях на конец 2013 г. (на 100000 женского населения) (Часть 2)

Территории	Рак тела матки		Злокачественные опухоли яичников	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.
Амурская область	260,0	256,3	15,0	119,6
ЕАО	185,9	197,7	84,2	85,1
Камчатский край	248,0	25,3	162,3	13,17
Магаданская область	182,3	23,0	83,1	16,9
Приморский край	175,3	171,6	89,6	90,6
Республика Саха (Якутия)	81,5	85,7	76,8	77,7
Сахалинская область	146,76	134,0	103,16	92,5
Хабаровский край	198,4	213,96	109,09	116,81
Чукотский АО	198,4	78,5	62,0	66,1
РФ	276,4	-	122,7	-



Онкопатологии репродуктивной системы женщины в РФ не имеет тенденции к снижению (Табл.5). В ДВФО также как в РФ первое место в структуре онкопатологии занимает рак молочной железы. В отличие от данных РФ, в округе второе место в большинстве территорий (Камчатский край, Магаданская область, Приморский край, Республика Саха, Сахалинская область, Чукотский АО) занимает рак шейки матки, тогда как в России более высоким показателем является рак эндометрия.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что необходимо проводить профилактические мероприятия, в том числе вакцинацию против вируса папилломы человека (16,18 тип), позволяющие предотвратить рост рака шейки матки.

Анализ представленных в Табл.5 данных свидетельствует об увеличении показателей онкозаболеваемости в ряде территорий ДВФО. Так, частота рака молочной железы превышает величину аналогичного показателя по РФ в Хабаровском крае; рака шейки матки - в Амурской области. Хотя и та, и другая локализация являются видимыми.

Кроме этого, диагностические возможности в настоящее время достаточно расширены, а одним из важных аспектов является решение вопросов организация процесса.

Таким образом, онкозаболеваемость репродуктивной системы женщин является одной из насущных проблем в ДВФО, требующей организации доступной профилактической, диагностической и лечебной помощи данной категории пациенток.

Не вызывает сомнения, что в современных социально-демографических условиях проблема аборта продолжает занимать особое место в системе мер по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщин.

Уровень распространенности аборт - один из основных медико-социальных показателей, характеризующих репродуктивное сознание, поведение женщин и состояние здоровья граждан.

В РФ с 2007 г. сохраняется тенденция к снижению частоты аборт по отношению к родам. Данное соотношение составило 81,9:100 (2007 г.), 73,1:100 (2008 г.), 66,7:100 родов (2009 г.), 59,7:100 родов (2010 г.); 55,9:100 (2011 г.) и 49,6:100 родов (2012 г.).

В 2012 г. абсолютное число аборт (935000) было менее 1 млн., и сохраняло тенденцию к снижению по сравнению с 2011 г. (989000).

Показатель частоты аборт на 1000 женщин фертильного возраста составил 25,6 (2012 г.). Как и в предыдущие годы, основным методом производства аборт является метод дилатации и кюретажа, хотя частота медикаментозных аборт в РФ в 2012 г. составила 5,68%, по сравнению с 2011 г. (4,66%). Продолжает увеличиваться доля са-

мопроизвольных аборт (в общей структуре аборт), в 2012 г. этот показатель составил 23,23%; в 2011 г. -17,9%.

Частота криминальных аборт в РФ (2012 г.) была зафиксирована с определенной тенденцией к снижению (0,03%), по сравнению с данными 2011 г. (0,07%).

Показатель частоты аборт у первобеременных женщин составил 8,6% к общему числу аборт (РФ, 2012 г.).

Особое внимание необходимо обращать на прерывание беременности в юном и подростковом возрасте. Немного снизилась доля аборт у девочек 10-14 лет и составила по РФ в 2012 г. 515 аборт (0,05%), тогда как в 2009 г. таких аборт было 678 (0,06% от общего числа аборт).

В возрасте 15-19 лет также имеет место тенденция к уменьшению аборт - доля их в РФ (2012 г.) составляла 5,2% (48420 случаев) от общего количества аборт. Соотношение родов к аборт у подростков составляет 1:4. Детей, рожденных матерями до 18 лет, в России всего 2,5%.

Таким образом, каждый четырнадцатый-пятнадцатый аборт в РФ производится у подростков и молодежи в возрасте до 20 лет (по 19 лет включитель-

но): 5,8% - 2011 г.; 6,7% - 2010 г.; 7,76% - в 2009 г.; 8,97% - в 2008 г. (9,96% - 2005 г).

Следует помнить, что материнская смертность среди девочек подростков в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста.

Снижение аборт в возрастной группе до 20 лет, а также аборт у первобеременных женщин, является значительным резервом улучшения репродуктивного здоровья женского населения и профилактикой осложнений беременности и родов при последующих беременностях у этих женщин.

Как следует из данных, представленных на Рис. 2, показатели частоты аборт (на 1000 женщин фертильного возраста) во всех субъектах ДВФО в 2013 году, за исключением Приморского края, были выше аналогичного показателя по РФ. Полученные результаты в определенной степени можно объяснить свертыванием или ограничением территориальных программ по вопросам регулирования репродуктивной функции.

Анализ, представленных на Рис.2 данных, свидетельствует о том, что в 2013 г. в ДВФО произошло снижение частоты аборт, по сравнению с 2012 г., на 0,67%. Увеличение частоты аборт было зарегистрировано только в Магаданской области.

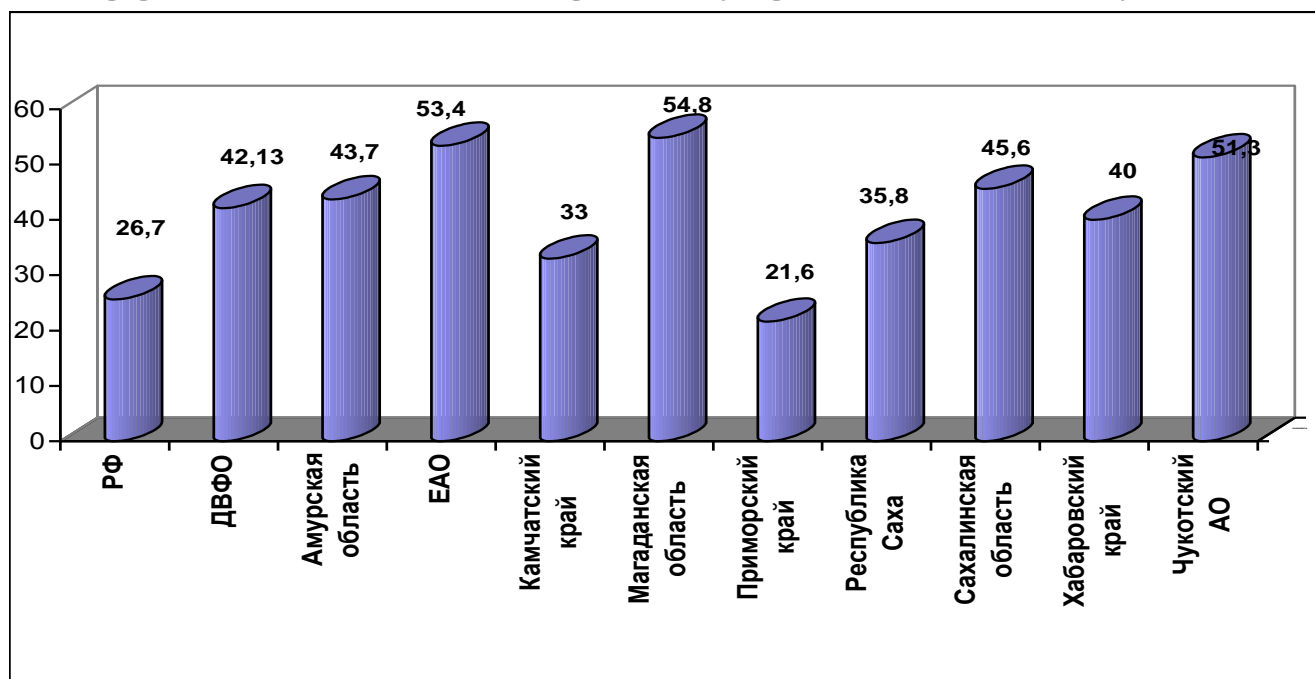


Рис. 2 Показатели частоты абортов по территориям ДВФО (на 1000 женщин фертильного возраста) за 2013 г. (показатели по РФ за 2011 г.)

Положительная динамика в соотношении числа абортов и родов сохраняется на всех территориях ДВФО: 93,74:100 родов - 2009 г.; 80,26:100 родов - 2010 г. и 75,11:100 родов (2011 г.) и 69,22:100 (2012 г.); 64,58:100 (2013 г.).

В 2013 г. в ДВФО произошло снижение количества абортов на 3671 (абсолютное число) или на 6,16% по сравнению с 2012 г.

Анализ частоты абортов у девочек (девушек) в возрасте 15-19 лет и до 14 лет (рис.3) показал, что высоким остается этот показатель в Амурской области - 12,7%; Республика Саха (Якутия) - 12,9 и в Чукотском АО (4,2%).

В целом по ДВФО показатель величины абортов у девочек в возрасте 15-19 лет (по сравнению с аналогичным показателем 2012 г. - 5,19%) уменьшился и

составляет 5,0% (2013 г.). По РФ этот показатель соответствует 1,5% (2012 г.).

Показатель удельного веса абортов у девочек до 14 лет (0,09% - 2013 г.) по ДВФО, был выше аналогичного показателя по РФ в 1,8 раза (0,05%, 2012 г.).

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии положительной динамики по снижению частоты абортов у юных, по сравнению с 2012 г., что характеризует низким уровнем грамотности подростков в вопросах репродуктивного здоровья.

Необходимо отметить, что, к большому сожалению, производство абортов в лечебных учреждениях ДВФО (в большинстве случаев) выполняется с помощью методов дилатации и кюретажа, что не может в настоящее время рассматриваться безопасным, поскольку риск материнской смертности остается вероятным в высокой степени. В этой связи, следует ре-

шать вопросы о переходе на использование методик мануальной вакуумной аспирации и медикаментозного аборта.

произошло увеличение общего количества родов, по сравнению с 2012 г., на 496. Данное увеличение обусловлено, скорее всего, с учетом родов с 22 недель гестационного периода.

Ежегодное мониторингирование величины родов показало, что в 2013 г.

Таблица 6. Исходы родов у женщин и показатели перинатальной смертности в ДВФО в 2011-2013 гг. (Часть 1)

Территория	Преждевременные роды (%)			Нормальные роды (%)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Амурская область	6,9	7,6	6,2	39,6	34,5	37,9
ЕАО	3,8	5,7	4,5	52,8	51,2	54,8
Камчатский край	4,81	6,14	5,6	24,7	27,66	25,9
Магаданская область	3,6	5,6	5,17	36,9	30,2	34,4
Приморский край	2,7	3,1	3,0	51,1	52,9	49,0
Республика Саха	3,4	6,9	6,5	46,5	52,3	55,2
Сахалинская область	3,68	6,54	6,3	40,03	40,8	39,2
Хабаровский край	6,27	6,97	5,98	34,81	47,5	46,13
Чукотский АО	3,9	5,95	5,6	63,1	59,0	65,8
ДВФО	4,34	5,95	5,43	43,28	44,0	45,4
РФ	3,7	4,1	-	36,8	38,2	-

Таблица 6. Исходы родов у женщин и показатели перинатальной смертности в ДВФО в 2011-2013 гг. (Часть 2)

Территория	ОКС(%)			ПС(%)			Кол-во удалений матки после родов(%)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Амурская область	26,4	28,96	28,4	10,0	11,0	9,6	2,2	2,8	2,3
ЕАО	21,4	24,9	26,0	8,8	12,6	17,6	1,2	0,08	0,18
Камчатский край	19,13	21,1	22,6	10,4	12,1	14,7	1,75	1,2	1,6
Магаданская область	26,0	25,4	30,3	8,8	13,4	4,7	1,1	0,1	0
Приморский край	20,81	24,81	25,4	8,4	10,4	12,7	1,52	1,14	1,16
Республика Саха	24,31	26,43	27,0	8,4	13,0	10,8	2,7	2,5	3,6
Сахалинская область	24,15	25,63	26,2	7,32	7,3	9,21	1,56	1,1	0,09
Хабаровский край	22,6	23,68	25,31	8,37	13,3	10,38	0,58	0,1	0,09
Чукотский АО	16,9	18,0	18,9	10,0	16,7	9,0	-	-	0
ДВФО	22,41	24,32	25,57	9,88	12,33	11,02	1,56	1,0	1,04
РФ	22,82	23,67	-	7,16	9,98	-	1,3	1,44	-

Исходы беременности и родов по ДВФО были представлены следующими показателями (Табл. 6), свидетельствующими о том, что также как и в предыдущие годы, показатель преждевременных родов (ПР) в ДВФО (5,43%) в 2013 г. снизился по сравнению с 2012 г.

(5,95%), превышает аналогичный показатель по РФ (4,1%) в 1,32 раза. Данное обстоятельство обусловлено введением новых нормативов по учету ПР с 22 недель гестационного периода.

Частота нормальных родов, напротив, в ДВФО была выше (на 15,86%), чем в целом

по РФ. В отдельных территориях этот показатель превышал 50,0% (ЕАО, Чукотский АО, республика Саха).

Выше чем в РФ (23,67%), в ДВФО (25,57%) были показатели частоты операций кесарева сечения (ОКС): Амурская область (28,4%), Еврейская АО (26,0%); Магаданская область (30,3%); Сахалинская область (26,2%), Республика Саха (27,%).

Сопоставление величины показателей ОКС и перинатальной смертности (ПС) показало, что оптимальным является соотношение ОКС и ПС в Сахалинской области (26,2% и 9,21‰), что в определенной степени оправдывает высокий показатель ОКС.

Таблица 7. Мониторинг показателей частоты преждевременных родов и перинатальной смертности по ДВФО

Территория	Частота ПР(%)		ПС(‰)		Мертворождаемость		РНС(‰)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Амурская область	7,6	6,2	11,0	9,6	8,2	7,7	2,8	1,9
Еврейская АО	5,7	4,5	12,6	17,6	6,5	8,8	6,1	8,9
Камчатский край	6,14	5,6	12,1	14,7	4,97	7,12	7,14	7,65
Магаданская область	5,6	5,17	13,4	4,7	9,8	2,6	3,6	2,1
Приморский край	3,1	3,0	10,4	12,7	6,2	7,6	4,2	5,1
Республика Саха (Якутия)	6,9	6,5	13,0	10,8	8,4	6,3	4,8	4,5
Сахалинская область	6,54	6,3	7,3	9,21	5,4	7,96	1,9	1,24
Хабаровский край	6,97	5,98	13,3	10,83	8,2	8,8	5,1	2,03
Чукотский АО	5,0	5,6	16,7	9,0	11,1	4,5	5,6	4,5
ДВФО	5,95	5,43	12,2	11,02	7,64	6,82	4,58	4,21
РФ	4,1	-	9,98	-	6,34	-	3,64	-

Выше, чем в целом по ДВФО, оставались показатели ПС в Еврейской АО, Камчатском крае, Приморском крае.

Ниже, чем в целом по РФ, показатель ПС был зафиксирован в Магаданской и Сахалинской областях (Табл. 6).

В других территориях ДВФО при высоком показателе ОКС, показатели ПС также остаются высокими: Еврейская АО - 26,0% и 17,6‰ (табл.8).

ПС (табл.9) и составляющие ее компоненты (мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность - РНС) в ДВФО в 2013 г. были 11,02‰ (6,82‰ и 4,21‰). Показатель ПС уменьшился, по сравнению с 2012 г., на 9,67%; мертворождаемости - на 10,73%; РНС - на 8,08%.

Вне всякого сомнения, снижение ПС и ее компонентов произошло из-за того, что на отдельных территориях рационально составлена маршрутизация беременных женщин с ПР.

Нами были сопоставлены и проанализированы показатели частоты ПР и ПС, включая ее компоненты по территориям ДВФО (Табл.7).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что существует прямая зависи-

мость между частотой ПР и величиной показателя ПС. В этой связи целесообразно отметить, что на территориях с высоким показателем ПР величина показателя ПС также должна быть высокой. Тем не менее существует определенный диссонанс, так в Чукотском АО показатель ПР был 5,6%, а ПС - 9,0%. Тогда как в Магаданской и Сахалинской области частота ПР и ПС были оптимально сопоставимы: 5,17% и 4,7%; 6,3% и 9,21%, соответственно.

Наличие высоких показателей ПС в ДВФО свидетельствует о необходимости проведения более четких организационных мероприятий, особенно в тех территориях, где уже существуют перинатальные центры (Амурская область, Хабаровский край, Республика Саха).

Анализ составляющих ПС показал, что пропорция мертворождаемость: РНС составляет в ДВФО - 1,62; в Амурской области - 4,05; в ЕАО - 0,99; в Камчатском крае - 0,94; в Магаданской области - 1,24; в Приморском крае - 1,5; в Республике Саха (Якутия) - 1,4; в Сахалинской области - 6,4; в Хабаровском крае - 4,3; в Чукотском АО - 1,0.

Следовательно, высокие составляющие мертворождаемости были зафиксированы в Хабаровском крае, Амурской области, что может свидетельствовать о целесообразности проведения тщательного анализа оказания медицинской по-

мощи, в первую очередь, на уровне амбулаторного звена и родильных стационаров.

Наличие равных пропорций между мертворождаемостью и РНС были зафиксированы в Еврейской АО, Камчатском крае, Чукотском АО. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на данных территориях страдает организация по оказанию медицинской помощи как на уровне акушерских (отделений), так и детских отделений. В первую очередь, не отработаны моменты маршрутизации беременных с ПР в стационары 3-го уровня.

Особенности течения гестационного периода у жительниц ДВФО в процентном отношении к количеству родов представлены в табл. 10. Наиболее высокие показатели частоты болезней мочеполовой системы были зарегистрированы в Республике Саха, Камчатском крае, Чукотском АО (табл.10). Так, частота болезней мочеполовой системы в Чукотском АО была выше, чем в целом по РФ, в 4,7 раза; в Республике Саха - в 2,0 раза; в Камчатском крае - в 2,0 раза.

Высокие показатели, характеризующие уровень болезней системы кровообращения, были зарегистрированы в Амурской области, Камчатском крае, республике Саха (Якутия).

Данные показатели были высокими и в предыдущие годы, и превышали уровень аналогичного показателя по РФ в 2,3; 2,8 и 1,7 раза, соответственно.

Таким образом, наличие экстрагени- тальной патологии в северных территориях

округа (Республика Саха, Чукотский АО) напрямую оказывает негативное влияние на показатели ПС и младенческой смертности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что необхо-

димо проводить обследование и санирование беременных женщин на этапе предгравидарной подготовки.

Таблица 8. Динамика здоровья беременных женщин (в % отношении к количеству родов по ДВФО) в 2011 - 2013 гг. (Часть 1)

Территория	Экстрагенитальная патология(%)					
	Болезни мочеполовой системы			Болезни системы кровообращения		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Амурская область	5,2	5,6	6,1	16,7	14,3	15,2
ЕАО	3,1	4,8	2,0	1,2	1,4	1,3
Камчатский край	17,54	13,8	13,1	22,43	10,4	18,2
Магаданская область	2,4	1,9	1,8	9,9	9,4	5,2
Приморский край	9,9	7,3	10,2	5,8	4,0	3,8
Республика Саха	15,3	12,8	12,9	10,9	12,2	11,2
Сахалинская область	12,2	8,53	9,19	3,5	2,75	2,99
Хабаровский край	12,8	8,17	4,98	11,31	4,56	3,84
Чукотский АО	2,8	25,0	30,4	0,9	7,0	6,6
ДВФО	9,03	9,77	10,07	9,18	7,33	7,59
РФ	6,85	6,45	-	6,52	6,6	-

Таблица 8. Динамика здоровья беременных женщин (в % отношении к количеству родов по ДВФО) в 2011 - 2013 гг. (Часть 2)

Территория	Экстрагенитальная патология(%)					
	Анемия			Гестоз		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Амурская область	19,4	16,8	18,6	15,6	15,9	16,0
ЕАО	21,4	24,5	22,7	5,5	6,8	6,6
Камчатский край	23,11	25,9	17,9	33,31	29,3	23,78
Магаданская область	13,3	19,3	16,5	11,8	14,7	9,9
Приморский край	11,4	8,9	9,5	16,4	14,1	15,2
Республика Саха	27,1	27,6	24,1	12,6	14,5	13,5
Сахалинская область	23,9	24,1	23,99	17,0	16,9	2,99
Хабаровский край	35,7	21,06	27,87	21,36	13,59	14,81
Чукотский АО	29,9	55,0	49,6	5,6	8,0	7,2
ДВФО	22,8	24,8	23,41	15,49	14,97	12,25
РФ	22,81	22,75	-	18,19	17,5	-

Частота анемий в ДВФО (23,41%) несколько превышала аналогичный показатель по РФ (22,75%), на ряде территорий округа этот показатель был ниже, чем по РФ (Табл.8). Наиболее высокие

показатели частоты анемии были зарегистрированы в Чукотском АО (49,6%); Республики Саха (24,1%).

Показатель частоты гестоза (табл.10) в ДВФО (12,25%) был несколько ниже, чем в целом по РФ (17,5%).

Наиболее высокий показатель частоты гестоза был зарегистрирован в Камчатском крае (23,78%) - в 1,4 раза (табл.10), чем в РФ и в 2,0 раза выше, чем в ДВФО. Представленные данные свидетельствуют о том, что в данной территории необходимо изучить структуру клинического появления гестоза и разработать профилактические мероприятия, направленные на коррекцию влияния региональных особенностей на течение беременности и родов.

Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности (МС) остается одним из основных направлений деятельности Минздрава РФ, органов и учреждений здравоохранения субъектов РФ.

МС включена мировым сообществом в качестве одной из целей «Цели развития тысячелетия №5». Основная проблема - нехватка финансирования; подготовка медицинских кадров; дородовое консультирование.

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» до 1 марта 2013 г. планируется разработать и утвердить комплекс мер, направленных на совершенствование

оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы РФ «Развитие здравоохранения». Ставится задача по снижению к 2018 г. материнской смертности до 14,0 (на 100000 живорожденных).

Величина показателей МС по субъектам ДВФО представлена на Рис.3.

В 2013 году случаев МС не были в двух территориях ДВФО: Магаданская область и Чукотский АО. Всего в 2013 г. умерли 14 женщин, смерть которых отнесена к категории МС.

Для сравнения: в 2012 г. умерли 11 женщин; в 2011 г. - 9; 2010 г. - 15; в 2009 г. - 23; в 2008 г. - 25; в 2007 году - 28; в 2006 году - 22; в 2005 году - 26; в 2004 году - 27; в 2003 году - 34; 2001-2002 гг. - по 39 женщин.

Наиболее высокие показатели МС были зафиксированы в Камчатском крае - 47,8; в Еврейской АО - 42,3%; (на 100000 живорожденных). В данных административных образованиях показатели МС превышали аналогичный показатель по РФ, соответственно, в 4,2 раза; в 3,7 раза. Величина показателя МС в Хабаровском крае была ниже (10,6), чем в целом по РФ (Рис.4).

Из 14 умерших женщин, смерть которых отнесена к категории МС, в 7,1% (1 случай) срок беременности был менее 22 недель (внематочная беременность). В 70,43% (10 случаев) смерть женщин наступила в сроки гестации более 26-34 недели. В 21,43% (3 случая) МС наступила при доношенной беременности.



Среди причин МС, по ДВФО (2013 г.) первое место, с частотой 35,7% (5 случаев) составили случаи экстрагенитальной патологии (рак молочной железы, алкогольный синдром, цирроз печени, тяжелая сердечно-сосудистая недоста-

точность). На втором месте по частоте возникновения была ПОНРП - 28,57% (4 случая). По 2 случая (14,3%) составили преэклампсия и эмболия околоплодных водами (ЭОВ).

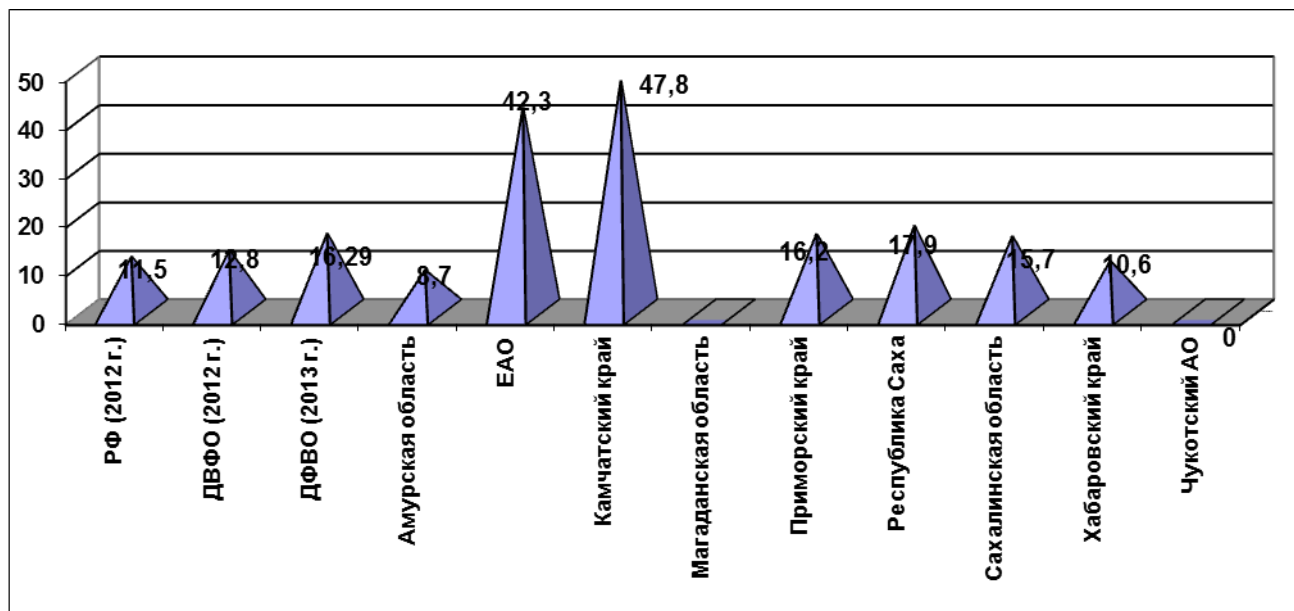


Рис.3. Показатели МС (на 100000 родившихся живыми) по территориям ДВФО за 2013 г.

Для сравнения в предыдущие годы первое место в структуре причин МС занимали ЭОВ; (2012 г.) в 2011 г. сепсис и экстрагенитальная патология (ЭГП) в 2010 г. В 2012 г. ЭГП, как причины МС зафиксировано не было.

Случаи МС были зафиксированы в 50% (7 случаев) в стационарах 3 уровня; в 42,9% (6 случаев) - на втором уровне; в 7,1% (1 случай) - на дому (алкогольное опьянение). Обращает на себя внимание тот факт, что в 50,0% случаев МС произошла в учреждениях, в которых беременным, роженицам и родильницам, просто не смогли оказать квалифициро-

ванную помощь, что свидетельствует о том, что составленные карты маршрутизации больных составлены не достаточно корректно, поскольку не учтены ряд региональных особенностей.

Таким образом, доля управляемых причин (ПОНРП, преэклампсия, внематочная беременность) МС в ДВФО составила 50,0% (7 случаев). Данный показатель несколько снизился по сравнению с 2012 г. (66,67%).

Доля неуправляемых причин (ЭОВ, ЭГП) в 2013 г. была зафиксированы в 50,0% (7 случаев). Тем не менее, следует отметить, что, несмотря на то, что ЭОВ и ЭГП относятся к разряду непредотвратимых случаев, вы-

полнить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение данной патологии вполне возможно

Таким образом, структура причин МС в ДВФО, начиная с 2011 г. существенно изменилась. В предыдущие годы (2009-2010 гг.) ведущими причинами МС были неуправляемые причины (тяжелая экстрагенитальная патология, ЭОВ, ТЭЛА, наркозные осложнения). В 2011-2012 гг. ведущими причинами МС стали управляемые факторы (аборты, сепсис, разрыв матки, гестоз, акушер-

ские кровотечения). В 2013 г. доля этих причин разделилась поровну.

Сравнение структуры МС в РФ и в ДВФО показало, что при всех нозологических формах показатели по ДВФО превышали аналогичные данные по РФ (Рис. 4):

- внематочная беременность - в 1,7 раза;
- преэклампсия - в 1,5 раза;
- кровотечения (РФ - весь спектр, а по ДВФО только ПОНРП) - в 1,4 раза;
- ЭОВ - в 1,7 раза.

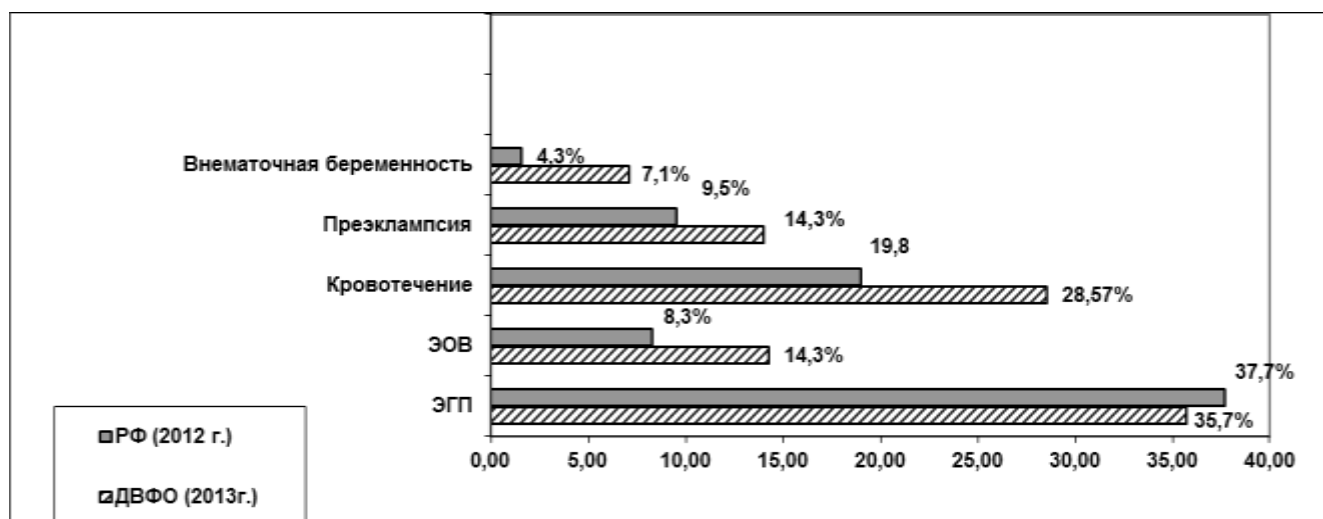


Рис. 4 Основные причины МС (%) по ДВФО за 2013 г. (данные по РФ за 2013г.)

Кроме этого, если в ряде территорий случаи МС были непредотвратимыми, в Еврейской АО и Хабаровском крае все случаи МС были предотвратимы

Следовательно, представленные результаты свидетельствуют о том, что проблема МС в ДВФО является одной из основных проблем территориальных служб родовспоможения, т.к. показатель МС в ДВФО превышает планируемый.

Часто летальный исход был обусловлен очевидными недостатками медицинской помощи: лечебно-диагностическими ошибками, нерациональным ведением родов, несвоевременно оказанной экстренной помощью и т.д., что свидетельствует о наличии резервов в службе родовспоможения и о недостаточной работе органов управления и учреждений здравоохранения по профилактике и снижению МС в округе.

Особое внимание следует уделить анализу случаев поздней МС (свыше 42 дней, но в течение года), поскольку данный показатель рекомендует для рассмотрения МКБ-Х пересмотра. Случаи поздней МС должны учитываться и анализироваться на региональном уровне. Целью данных разборов является устранение недостатков, допущенных при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

Поскольку, в настоящее время все технологии, направленные на предупреждения случаев МС известны, первостепенное значение в этой связи приобретают вопросы организации, поэтому все случаи МС рассматриваются, как ошибки в работе главного врача ЛПУ. В первую очередь, это обусловлено отсутствием единого понимания в целях и задачах среди различных специалистов в коллективе.

### Заключение

Таким образом, показатель МС, в большей степени, отражает качество оказания медицинской помощи и степень ее организации, и, в меньшей степени, уровень здоровья и тяжесть патологии женщины.

Следовательно, мероприятия по снижению МС должны быть сконцентрированы по двум направлениям:

- организационно-управленческие мероприятия;
- повышение качества медицинской помощи.

Поскольку в 2013 году основные задачи, стоящие перед службами родовспоможения территорий ДВФО не были полностью реализованы, решение данных задач предстоит в 2014 году.

На основании выше изложенного, на 2014 год территориальным службам родовспоможения ДВФО предстоит решать следующие задачи:

- обратить внимание органов исполнительной власти субъектов ДВФО на вопросы организации медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным (проанализировать показатели материнской, младенческой, перинатальной заболеваемости и смертности, частоты аборт);
- организовать работу амбулаторной службы родовспоможения в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Минюстом РФ;
- создать компьютеризированную систему персонализированного мониторинга течения, ведения и исхода беременности и родов на всех уровнях оказания медицинской помощи;
- руководителям служб родовспоможения определить систему подготовки кадров, способствующую росту профессионального медицинского персонала, работающего в

- учреждениях родовспоможения (анестезиологи, терапевты, неонатологи);
- провести анализ случаев поздней материнской смертности;
  - провести анализ организационных мероприятий, направленных на профилактику материнской смертности;
  - проанализировать работу амбулаторной службы родовспоможения (оснащенность, кадровый потенциал, основные, качественные показатели), которая является ведущим звеном в системе здравоохранения;
  - рекомендовать руководителям республиканских, краевых, областных и муниципальных органов здравоохранения разработать адресные мероприятия по профилактике онкопатологии репродуктивной системы женщины (программы по профилактике рака шейки матки на основе вакцинации женского населения);
  - в каждой территории ДВФО создать экспертный совет по иммунопрофилактике для выработки политики по вакцинопрофилактике от рака шейки матки (по рекомендациям Совета Федерации Федерального собрания РФ от 03.03.14 г.);
  - внедрить современные методики выполнения прерываний беременности в ранние и поздние сроки (медикаментозный аборт, вакуум-аспирация);
  - рекомендовать руководителям республиканских, краевых, областных и муниципальных органов здравоохранения проанализировать работу детских и подростковых гинекологов;
  - проанализировать работу центров (кабинетов) по регулированию репродуктивной функции.
- Кроме этого, необходимо особо выделить **стратегические задачи**, которые должны быть выполнены:
- снижение случаев материнской и младенческой смертности;
  - профилактика рака, в том числе рака молочной железы и рака шейки матки;
  - регулирование рождаемости и профилактика абортов;
  - повышение мотивации населения на увеличение рождаемости.