

УДК 618-081: 610.217+610.63 (571.56/6)

Т.Ю. Пестрикова

Динамика основных показателей репродуктивного здоровья населения Дальневосточного федерального округа в 2014 году

Дальневосточный государственный медицинский университет

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

Резюме

В статье представлены данные основных показателей репродуктивного здоровья населения Дальневосточного федерального округа в 2014 году. Проведен анализ материнской и младенческой смертности, частоты абортов и гинекологической заболеваемости, осложнений беременности и родов, случаев near miss.

Ключевые слова: материнская смертность, перинатальная смертность, младенческая смертность, исходы беременности, near miss

T. Yu. Pestrikova

Major indicators of reproductive health of the population of the Far Eastern Federal District in 2014

Far Eastern State Medical University

e-mail: typ50@rambler.ru

Summary

The article presents the main indicators of reproductive health of the population of the Far Eastern Federal District in 2014. Analysis of maternal and infant mortality, abortions and gynecological morbidity, complications of pregnancy and childbirth, near miss.

Key words: Maternal mortality, mortality, perinatal mortality, infant mortality, pregnancy outcomes, near miss

Введение

Россия выполнила 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели материнской и детской смертности – в 4,5 и 3 раза соответственно. Об этом [сообщила](#) министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова, выступая с докладом на открытии Все-

мирного форума по вопросам женского здоровья и развития.

По ее словам, в 2014 году по данным показателям достигнут исторический минимум. Также за последние три года число женщин с доступом к бесплатному пренатальному скринингу выросло в три раза.

Кроме того, с 50% до 70-80% повысилась выявляемость злокачественных новооб-

разований репродуктивной сферы у женщин, добавила В.И. Скворцова. По ее словам, это позволило сохранить жизнь 15 тысячам женщин.

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

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 био- и генной 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 конкретные предложения в Минздрав России.

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

Обсуждение результатов

Ежегодный анализ демографической ситуации в ДФО 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 ДФО составляет 4,35% от всей численности населения РФ в целом.

Как следует из данных, представленных в Табл.1, общая численность населения в 2014 г. на территории ДФО сократилась на 16279 чел., т.е. тенденция к снижению общей численности населения в округе продолжает сохраняться.

Таблица 1. Численность постоянного населения в территориях ДФО

Территория округа	Численность населения (чел.)		Естественное движение населения (чел.)	
	2013 г	2014 г	2013 г	2014 г
Амурская область	811300	809800	-5400	-1500
Еврейская АО	172671	170377	-1741	-2294
Камчатский край	319747	319900	-409	+153
Магаданская область	150305	150312	-2014	+7
Приморский край	1947263	1938516	-3220	-8747
Республика Саха	955580	956712	-279	+1132
Сахалинская область	493302	491027	-2100	-2275
Хабаровский край	1342083	1339912	-2506	-2171
Чукотский АО	50839	50555	-33	-284
ДФО	6243390	6227111	-17702	-16279
РФ	143300000	143700000	+0,2	+0,2

Характеристика естественного движения населения (Табл.2) свидетельствует о том, что в 2014 г. произошло увеличение рождаемости (по сравнению с 2013 г.) в ЕАО, Приморском крае, Республика Саха, Сахалинской области. В 5-ти территориях (Амурская область, Камчатский край, Магаданская область, Хабаровский край, Чукотский АО) рождаемость снизилась. В целом, произошло снижение рождаемости в округе на 0,58%, по сравнению с 2013 г. (Табл.2).

Анализ показателей общей смертности населения свидетельствует о том, показатели увеличились в Амурской области, ЕАО, Хабаровской крае, Чукотском АО. Показатели не изменились в Камчатском крае, Магаданской области, Приморском крае.

Снижение общей смертности населения было зарегистрировано в Республике Саха, Сахалинской обл., Чукотском АО, но, в целом, показатель общей

смертности населения в ДФО вырос, по сравнению с данными 2013 г.

Естественный прирост населения в большинстве территорий округа (Камчатский край, Магаданская область, Республика Саха, Сахалинская область, Хабаровский край и Чукотский АО) стал положительным (Табл.2).

Несмотря на тенденцию к снижению рождаемости и общей смертности населения, в целом, в ДФО отмечена положительная динамика в показателе естественного прироста населения, хотя и отмечено снижение этого показателя (по сравнению с 2013 г.) на 13,33% (Табл.2).

Показатель численности женского населения фертильного возраста в структуре общего населения РФ, за последние годы, имеет четкую тенденцию к снижению, а численность детского населения (до 17 лет), напротив, к повышению. 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 2014 г. величины этих показателей были, соответственно, 24,77% и 19,0%.

Общая численность женщин фертильного возраста в 2014 г. в ДФО составила 1326913; в 2013 г. - 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 25,1%.

Таблица 2. Естественное движение населения в территориях ДФО (2012 – 2014 гг.) (Часть 1).

Территория	Рождаемость (на 1000 населения)			Смертность (на 1000 населения)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Амурская обл.	14,3	14,1	13,8	4,7	13,8	13,9
ЕАО	14,0	13,7	13,8	15,1	14,5	14,9
Камчатский край	13,1	13,1	12,5	11,5	11,6	11,6
Магаданская обл.	12,5	12,5	12,2	12,7	11,9	11,9
Приморский край	12,6	12,6	12,8	13,7	13,4	13,4
Республика Саха (Якутия)	17,6	17,5	17,6	9,3	8,7	8,6
Сахалинская обл.	12,8	13,0	13,6	13,8	13,6	13,0
Хабаровский край	13,6	14,12	14,0	13,5	12,25	13,3
Чукотский АО	14,0	13,1	12,8	11,5	10,5	10,7
ДФО	13,83	13,75	13,67	12,87	12,25	12,37
РФ	13,3	13,2	13,3	13,3	13,0	13,1

Таблица 2. Естественное движение населения в территориях ДФО (2012 – 2014 гг.) (Часть 2).

Территория	Младенческая смертность (%)			Естественный прирост (на 1000 населения)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Амурская обл.	13,7	10,1	9,2	-0,39	+0,3	-0,1
ЕАО	15,4	18,9	15,3	-1,1	-0,8	-1,1
Камчатский край	11,2	10,2	10,4	-1,6	+1,5	+ 0,9
Магаданская обл.	8,1	8,9	6,5	-0,2	+0,6	+0,3
Приморский край	10,1	11,7	9,3	-1,1	-0,8	- 0,6
Республика Саха (Якутия)	9,9	9,5	8,0	+8,3	+8,8	+9,0
Сахалинская обл.	6,1	6,0	6,2	-1,0	-0,6	+0,6
Хабаровский край	11,6	12,4	9,5	+0,1	+1,87	+0,7
Чукотский АО	22,5	23,7	22,3	+2,5	+2,6	+2,1
ДФО	10,9	11,0	9,0	+0,96	+1,5	+1,3
РФ	8,6	8,2	7,4	-0,02	+0,2	+0,2

Удельный вес женщин фертильного возраста на территории округа составляет 25,3% от общей численности населения (Табл.3).

Доля детского населения (в возрасте 0-17 лет) в РФ (2014 г.) имеет некоторую тенденцию к повышению (19,0%). Аналогичная

Таблица 3. Динамика возрастного состава населения в ДФО (2014 г.).

Территория	Дети в возрасте 0-17 лет		Женщины фертильного возраста	
	Абсолютное число	(%)	Абсолютное число	(%)
Амурская область	173400	21,4	202200	25,0
Еврейская АО	37085	21,8	41893	24,6
Камчатский край	64112	20,0	80123	25,0
Магаданская область	27900	18,6	37900	25,2
Приморский край	371251	19,2	492 284	25,4
Республика Саха (Якутия)	255644	26,7	248115	25,9
Сахалинская область	96262	19,6	119425	24,3
Хабаровский край	249608	18,5	340005	25,4
Чукотский АО	13136	21,2	13083	25,9
ДФО	1288398	20,7	1326913	25,3
РФ	27370000	19,0	35600000	24,77

Хотя в целом удельный вес детского населения (в возрасте 0-17 лет) в округе несколько выше (20,7%), чем в целом по РФ, но на отдельных территориях (Магаданская область, Хабаровский край) он остается более низким по сравнению с показателем по РФ.

Доля детского населения ДФО составляет от общего числа детей РФ 4,7% (Табл.3).

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

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.

Мониторирование показателя младенческой смертности по ДФО в 2014 г. показало, что была выявлена положительная тенденция к снижению уровня этого показателя в 7-ми территориях округа. Несколько повысился этот показатель в Сахалинской области, но, тем не менее, он остается ниже (6,2‰), чем в целом по РФ (7,4‰). На высоком уровне остался показатель младенческой смертности в Чукотском АО (Табл.2; 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

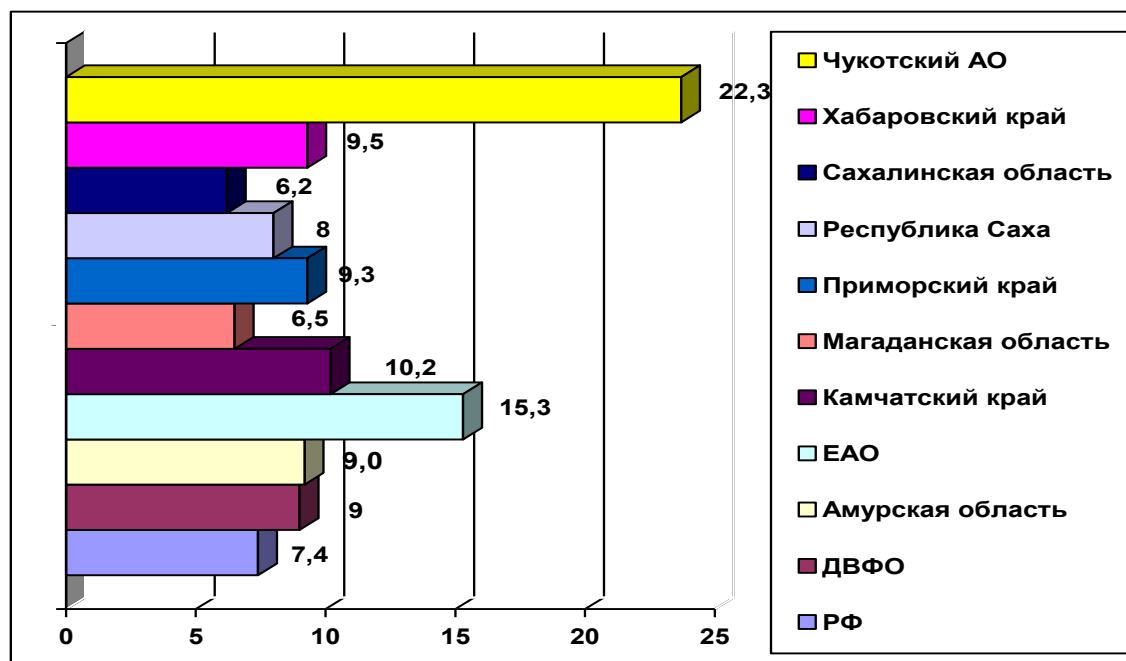


Рис. 1. Показатели младенческой смертности по территориям ДФО за 2014 г. (на 1000 детей, родившихся живыми).

На территории ДФО функционирует пять перинатальных центров. В Республике Саха (Якутия) перинатальный центр входит в состав Республиканской больницы; а в Амурской и Сахалинской областях — в состав областных, многопрофильных больниц. В Хабаровском и Приморском краях перинатальные центры являются самостоятельным лечебным учреждением. 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 де-

тям позволяет существенно снижать показатели младенческой смертности, даже при отсутствии на территории перинатального центра. Как мы отмечали ранее, примером данной ситуации может служить Магаданская область, Сахалинская область, имеющие самый низкий показатель младенческой смертности не только в ДФО, но и в целом по РФ.

Самые высокие показатели младенческой смертности в 2014 г. были зафиксированы в Чукотском АО, Еврейской АО и в Камчатском крае. На данных территориях существуют объективные причины, которые требуют решения ряда организационных моментов со стороны администрации территорий, в первую очередь это касается вопроса подготовки кадрового состава медицинских работников ЛПУ родовспоможения.

Определенное негативное влияние на основные, качественные показатели службы родовспоможения оказывает гинекологическая заболеваемость (Табл.4), которая претерпела некоторые изменения в 2014 г., по сравнению с 2013 г. (по данным отчета территорий ДФО) произошло повышение частоты сальпингитов и оофоритов (на 16,3%). Частота

сальпингитов и оофоритов в ДФО превышает величину аналогичного показателя по РФ на 41,36%.

Показатель расстройств менструальной функции в 2014 г. (по округу) вырос на 6,5%, хотя этот показатель остается меньше аналогичного по РФ.

Существенно увеличилась частота бесплодия (на 22,0%), эндометриоза (26,1%).

Таблица 4. Структура гинекологической заболеваемости на 100000 женского населения (18 лет и старше) (2013-2014 гг.) (Часть 1).

Территории	Сальпинго-офориты		Расстройства менструальной функции	
	2013	2014	2013	2014
Амурская область	554,0	554,4	474,3	809,9
ЕАО	5656,0	7054,8	576,9	721,8
Камчатский край	2019,5	3357,3	1633,0	1649,9
Магаданская область	1519,1	895,5	2118,6	1598,2
Приморский край	1380,1	1084,0	1156,8	1267,0
Республика Саха (Якутия)	828,8	848,6	1112,4	932,4
Сахалинская область	795,2	1406,7	760,45	1370,7
Хабаровский край	443,2	515,01	883,3	1490,8
Чукотский АО	491,9	644,3	2260,9	1904,6
ДФО	1521,3	1817,8	1220,0	1305,0
РФ	1107,6	1065,9	2336,6	2379,3

Таблица 4. Структура гинекологической заболеваемости на 100000 женского населения (18 лет и старше) (2013-2014 гг.) (Часть 2).

Территории	Женское бесплодие		Эндометриоз		Патология шейки матки	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Амурская область	133,7	136,3	534,7	542,2	1409,1	1292,5
ЕАО	281,1	599,8	55,4	167,3	1700,7	1660,4
Камчатский край	573,6	601,6	644,3	1168,2	1932,1	2804,4
Магаданская область	362,2	768,8	664,8	556,9	1999,9	1492,3
Приморский край	460,9	229,7	491,1	507,2	1694,3	1596,0
Республика Саха (Якутия)	183,1	231,0	286,8	327,6	1176,8	1066,4
Сахалинская область	207,5	339,9	376,7	797,9	739,74	1295,4
Хабаровский край	187,6	223,1	327,5	501,6	2111,0	2654,2
Чукотский АО	86,8	44,3	74,4	108,7	723,3	543,6
ДФО	275,0	352,7	384,0	519,7	1499,0	1458,0
РФ	672,6	661,9	435,1	440,2	1441,1	1422,3

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

Показатели распространенности гинекологических заболеваний у детей и подростков 15-17 лет (на 100000 женского населения соответствующего возраста) по территориям ДФО (Табл.5) существенно разнятся. Кроме этого, отсутствуют данные по наличию гинекологи-

ческой 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.

Таблица 5. Распространенность гинекологических заболеваний у девочек-подростков (15-17 лет) (на 100000 женского населения соответствующего возраста) по ДФО в 2013-2014 гг.

Территории	Сальпингиты и оофориты		Эндометриоз		Расстройства менструального цикла	
	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Амурская область	515,6	523,4	140,6	31,3	5664,1	5789,1
ЕАО	866,9	2514,7	0	0	3128,5	3850,7
Камчатский край	1049,5	2003,4	0	43,1	4219,1	8013,8
Магаданская область	-	3057,9	45,6	0	2419,0	3468,7
Приморский край	365,6	210,7	0	0	1016,0	647,2
Республика Саха (Якутия)	605,8	577,2	19,9	15,6	1648,5	1372,8
Сахалинская область	-	-	-	-	-	-
Хабаровский край	718,62	-	-	-	5311,0	-
Чукотский АО	-	-	-	-	-	-
РФ	1198,3	1150,0	-	-	5319,1	5645,4

Как следует из данных представленных в Табл. 5, 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 (данные не предоставлены). Хотя работа именно этой службы, позволяет объективно оценить возможности репродуктивного потенциала, но и сформировать профилактическое направление и установку на создание семьи и деторождения.

Онкопатологии репродуктивной системы женщины в РФ не имеет тенденции к

снижению (Табл.6). В ДФО 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 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. 6 данных свидетельствует об увеличении показателей онкозаболеваемости в ряде территорий ДФО (Амурская область, Магаданская область, Хабаровский край и т.д.). Возможно, данный факт можно объяснить улучшением качества диагностики онкопатологии.

Таблица 6. Структура больных с онкопатологией репродуктивной системы, состоящих на учете в онкологических учреждениях на конец 2014 г. (на 100000 женского населения) (Часть 1)

Территории	Рак молочной железы		Рак шейки матки	
	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Амурская область	697,9	737,0	228,9	234,3
ЕАО	583,3	581,5	183,3	185,6
Камчатский край	82,04	89,9	30,73	29,96
Магаданская область	70,2	602,1	42,9	259,7
Приморский край	559,1	560,7	174,4	196,4
Республика Саха (Якутия)	392,2	418,8	165,9	179,9
Сахалинская область	583,5	173,3	181,3	62,8
Хабаровский край	710,26	735,9	164,25	171,3
Чукотский АО	384,4	382,5	177,7	197,3
РФ	730,0	777,3	216,0	224,3

Таблица 6. Структура больных с онкопатологией репродуктивной системы, состоящих на учете в онкологических учреждениях на конец 2014 г. (на 100000 женского населения) (Часть 2).

Территории	Рак тела матки		Злокачественные опухоли яичников	
	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Амурская область	256,3	266,8	119,6	122,8
ЕАО	197,7	203,5	85,1	104,0
Камчатский край	25,3	28,71	13,17	14,35
Магаданская область	23,0	196,4	16,9	94,3
Приморский край	171,6	191,7	90,6	98,6
Республика Саха (Якутия)	85,7	89,5	77,7	79,4
Сахалинская область	134,0	43,5	92,5	35,2
Хабаровский край	213,96	225,6	116,81	119,8
Чукотский АО	78,5	84,6	66,1	80,5
РФ	286,3	303,8	126,7	133,3

Диагностические возможности в настоящее время достаточно расширены, а одним из важных аспектов является решение вопросов организации лечебно-диагностического процесса.

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

Не вызывает сомнения тот факт, 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.

Как и в предыдущие годы, основным методом производства аборт является метод дилатации и кюретажа, хотя частота медикаментозных аборт имеет четкую тенденцию к увеличению. Продолжает увеличиваться доля самопроизвольных аборт (в общей структуре аборт), в 2014 г. этот показатель составил 28,85%; в 2013 г. - 26,34%; в

2011 г. -23,23%. Частота криминальных аборт в РФ (2014 г.) была зафиксирована с определенной тенденцией к снижению (0,02%), по сравнению с данными 2012 г. (0,03%).

Показатель частоты аборт у первобеременных женщин составил 8,0% к общему числу аборт (РФ, 2014 г.), тогда как в 2012 г. — 8,6%.

Особое внимание необходимо обращать на прерывание беременности в юном и подростковом возрасте. Несколько снизилась доля аборт у девочек 10-14 лет и составила по РФ в 2014 г. 335 аборт (0,04%), 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 (2014 г.) составляла 4,1%, тогда как в 2012 г. этот показатель был равен 5,2% от общего количества аборт.

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 ДФО в 2013 году, за исключением Приморского края, были выше аналогичного показателя по РФ. Полу-

ченные результаты в определенной степени можно объяснить свертыванием или ограничением территориальных программ по вопросам регулирования репродуктивной функции.

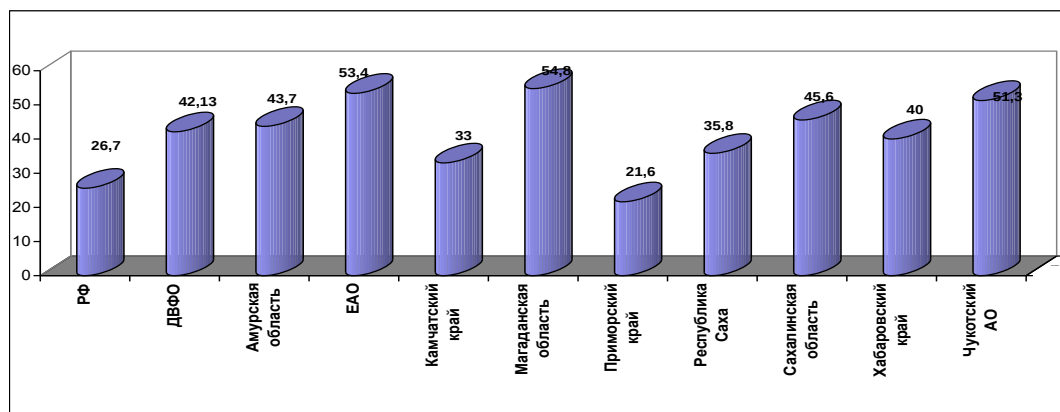


Рис. 2. Показатели частоты аборт в ДФО (на 1000 женщин фертильного возраста) за 2013 г. (показатели по РФ за 2013 г.)

Анализ, представленных на рис.2 данных, свидетельствует о том, что в 2013 г. в ДФО произошло снижение частоты абортов, по сравнению с 2012 г.,

на 0,67%. Увеличение частоты абортов было зарегистрировано только в Магаданской области.

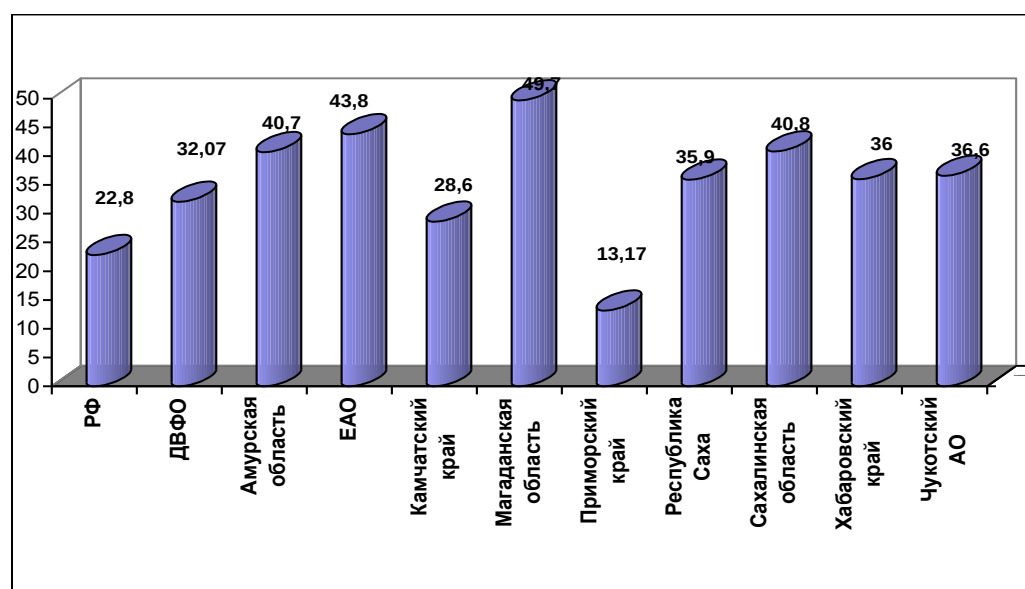


Рис. 3. Показатели частоты абортов по территориям ДФО (на 1000 женщин фертильного возраста) за 2014 г.

Аналогичный анализ был выполнен нами в 2014 г. (рис. 3). Сравнительный анализ частоты абортов (рис.2 и

рис.3) свидетельствует о том, что данный показатель имеет четкую тенденцию к снижению на всех территориях округа. Тем не ме-

нее, достаточно высокими остаются показатели частоты аборт в Магаданской, Амурской, Сахалинской областях, Еврейской АО. Исключение составляет показатель частоты аборт в Приморском крае, где уровень аборт в 2 раза ниже, чем в целом по РФ (рис.3).

В 2014 г. в ДФО произошло снижение количества аборт на 8675 (аб-

солютное число) или на 15,5% по сравнению с 2013 г. (Табл.7).

Анализ частоты аборт у девочек (девушек) в возрасте 15-19 лет и до 14 лет (рис.4) показал, что высоким остается этот показатель в Республика Саха (Якутия) - 4,8% и в Чукотском АО (4,0%); Еврейской АО – 3%.

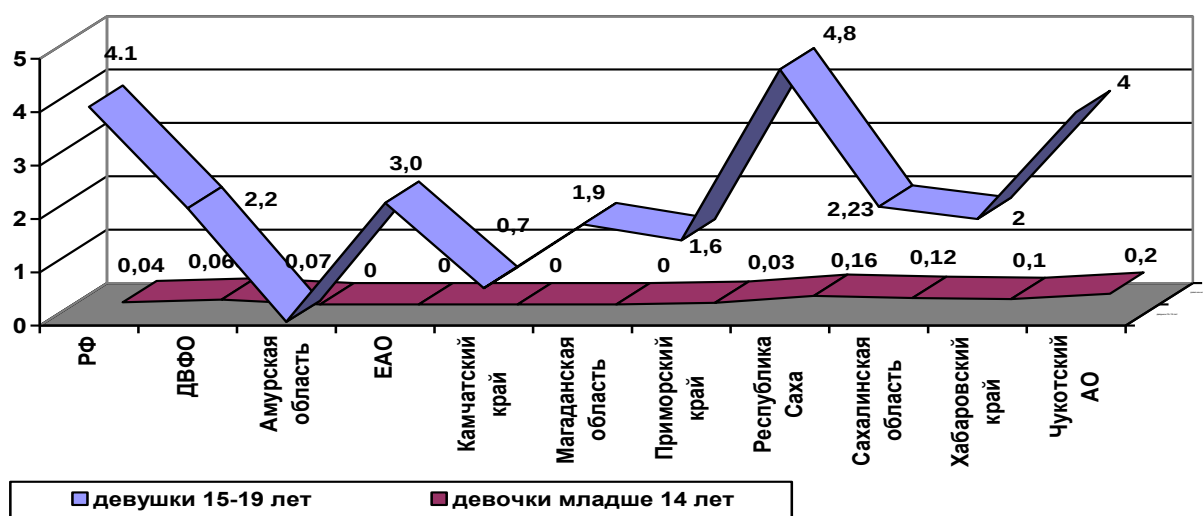


Рис. 4. Частота аборт у девушек 15-19 лет и девочек младше 14 лет, %.

В субъектах ДФО 2014 г. к общему числу аборт во всех возрастных группах (%)

В целом по ДФО показатель величины аборт у девушек в возрасте 15-19 лет уменьшился и составил 2,2% (2014 г.). Показатель удельного веса аборт у девочек до 14 лет (0,06% - 2014 г.) по ДФО также имеет тенденцию к снижению, хотя и превышает аналогичный показатель по РФ, который соответствовал 0,04% .

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения уровня грамотности подростков в вопросах репродуктивного здоровья.

Следует отметить, что, к большому сожалению, производство аборт в лечебных учреждениях ДФО (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 решать вопросы о переходе на использование

методик мануальной вакуумной аспирации и медикаментозного аборта.

Ежегодное мониторингирование количества родов (Табл.7) показало, что в 2014 г. произошло уменьшение общего количества родов, по сравнению с 2013 г., на 550.

Исходы беременности и родов по ДФО (Табл.8), свидетельствуют о том, что также как и в предыдущие годы, показатель преждевременных родов (ПР) в ДФО (5,6%) в 2014 г. несколько повысился по сравнению с 2013 г. (5,43%), и превышает аналогичный показатель по РФ (4,2%) в 1,33 раза.

Частота нормальных родов, напротив, в ДФО была выше (на 29,5%), чем в целом по РФ. В отдельных территориях этот показатель превышал 50,0% (ЕАО, Чукотский АО, республика Саха, Приморский край).

Выше чем в РФ (26,44%), в ДФО (27,0%) были показатели частоты операций кесарева сечения (ОКС): Амурская область (28,4%), Еврейская АО (29,5%); Магаданская область (33,4%); Приморский край (29,0%), Республика Саха (29,15%). Но если в Магаданской области высокая частота ОКС может быть оправдана, т.к. показатели младенческой и перинатальной смертности в области в 2014 г. были ниже, чем в целом по РФ, то на других территориях такой положительной динамики прослежено не было.

При высоком показателе ОКС, показатели ПС также оставались высокими: Еврейская АО – 29,5% и 17,2‰; Республика Саха – 29,15% и 10 ‰ (Табл.8).

ПС (Табл.9) и составляющие ее компоненты (мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность – РНС) в ДФО в 2014 г. были 10,25‰ (6,93‰ и 3,34 ‰), что свидетельствует об их снижении, по сравнению с 2013 г., на 7,0%; мертворождаемости – на 1,6% (повышение); РНС – на 20,7,0%.

Выше, чем в целом по ДФО, оставались показатели ПС в Еврейской АО и Камчатском крае, ниже, чем в РФ, в Магаданской и Сахалинской областях. Наличие высоких показателей ПС в ДФО свидетельствует о дефектах организации медицинской помощи на уровне акушерских (отделений), так и в неонатальных отделениях. В первую очередь, это касается отработки моментов маршрутизации беременных с ПР в стационары 3-го уровня.

Анализ составляющих ПС показал, что пропорция мертворождаемость: РНС составляет в ДФО – 2,07; в Амурской области – 3,0; в ЕАО – 1,5; в Камчатском крае – 1,4; в Магаданской области – 4,3; в Приморском крае – 1,5; в Республике Саха (Якутия) – 2,0; в Сахалинской области – 5,0; в Хабаровском крае – 3,4; в Чукотском АО – 2,0. По РФ данное соотношение составляет 2,14.

Самые высокие составляющие мертворождаемости были зафиксированы в Хабаровском крае, Амурской области, Сахалинской области.

Таблица 7. Абсолютное число родов и абортс по территориям ДФО в динамике за 2012-2014 гг. (Часть 1).

Территории	Численность женщин фертильного возраста (чел.) (2014 г.)	Абсолютное число родов		
		2012 г	2013 г	2014 г
Амурская область	202200	11642	11319	10988
Еврейская АО	41893	2415	2254	2224
Камчатский край	80123	4176	4146	4173
Магаданская область	37900	1927	1895	1792
Приморский край	492 284	23622	24585	23737
Республика Саха (Якутия)	248115	16922	16578	16948
Сахалинская область	119425	6168	6341	6597
Хабаровский край	340005	18460	18743	18879
Чукотский АО	13083	714	681	654
ДФО	1326913	86046	86542	85992
РФ	35600000	1860317	1851601	1893601

Таблица 7. Абсолютное число родов и абортс по территориям ДФО в динамике за 2012-2014 гг. (Часть 2).

Территории	Численность женщин фертильного возраста (чел.) (2014 г.)	Абсолютное число абортс		
		2012 г	2013 г	2014 г
Амурская область	202200	9764	9199	8220
Еврейская АО	41893	2278	2307	1833
Камчатский край	80123	2998	2704	2290
Магаданская область	37900	2313	2139	1890
Приморский край	492 284	12258	10633	6484
Республика Саха (Якутия)	248115	9708	9032	8903
Сахалинская область	119425	5321	5559	4882
Хабаровский край	340005	14350	13625	12236
Чукотский АО	13083	573	694	479
ДФО	1326913	59563	55892	47217
РФ	35600000	989000	881000	814162

Таблица 8. Исходы родов у женщин и показатели перинатальной смертности в ДФО (2012-2014 гг.) (Часть 1).

Территория	Преждевременные роды(%)			Нормальные роды(%)			ОКС(%)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Амурская область	7,6	6,2	6,2	34,5	37,9	42,2	29,0	28,4	27,1
ЕАО	5,7	4,5	4,7	51,2	54,8	50,9	24,9	26,0	29,5
Камчатский край	6,14	5,6	4,98	27,66	25,9	29,3	21,1	22,6	24,05
Магаданская область	5,6	5,17	6,0	30,2	34,4	47,5	25,4	30,3	33,4
Приморский край	3,1	3,0	5,3	52,9	49,0	50,6	24,8	25,4	29,0
Республика Саха	6,9	6,5	6,9	52,3	55,2	52,9	26,4	27,0	29,15
Сахалинская область	6,54	6,3	5,4	40,8	39,2	40,8	25,6	26,2	27,3
Хабаровский край	6,97	5,98	6,0	47,5	46,13	46,61	23,7	25,31	26,42
Чукотский АО	5,95	5,6	4,9	59,0	65,8	74,5	18,0	18,9	17,3
ДФО	5,95	5,43	5,6	44,0	45,4	48,4	24,3	25,57	27,0
РФ	4,1	4,4	4,2	38,2	37,7	34,1	23,7	25,0	26,44

Таблица 8. Исходы родов у женщин и показатели перинатальной смертности в ДФО (2012-2014 гг.) (Часть 2).

Территория	ПС(%)			Кол-во удалений матки после родов(%)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Амурская область	11,0	9,6	8,8	2,8	2,3	2,4
ЕАО	12,6	17,6	17,2	0,08	0,18	0,4
Камчатский край	12,1	14,7	13,68	1,2	1,6	2,2
Магаданская область	13,4	4,7	8,78	0,1	0	1,0
Приморский край	10,4	12,7	10,2	1,14	1,16	2,0
Республика Саха	13,0	10,8	10,0	2,5	3,6	2,7
Сахалинская область	7,3	9,21	8,76	1,1	0,09	1,3
Хабаровский край	13,3	10,38	8,6	0,1	0,09	0,6
Чукотский АО	16,7	9,0	22,8	-	0	0,5
ДФО	12,3	11,02	10,25	1,0	1,04	1,46
РФ	9,98	9,64	8,81	1,44	1,46	1,42

Таблица 9. Мониторинг показателей частоты преждевременных родов и перинатальной смертности по ДФО.

Территория	Частота ПР (%)		ПС (%)		Мертворож- даемость (%)		РНС (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Амурская область	6,2	6,2	9,6	8,8	7,7	6,6	1,9	2,2
Еврейская АО	4,5	4,7	17,6	17,2	8,8	10,5	8,9	6,8
Камчатский край	5,6	4,98	14,7	13,68	7,12	8,02	7,65	5,71
Магаданская область	5,17	6,0	4,7	8,78	2,6	7,14	2,1	1,66
Приморский край	3,0	5,3	12,7	10,2	7,6	6,1	5,1	4,1
Республика Саха (Якутия)	6,5	6,9	10,8	10,0	6,3	6,8	4,5	3,2
Сахалинская область	6,3	5,4	9,21	8,76	7,96	7,28	1,24	1,48
Хабаровский край	5,98	6,0	10,83	8,6	8,8	6,8	2,03	1,4
Чукотский АО	5,6	4,9	9,0	22,8	4,5	13,7	4,5	9,2
ДФО	5,43	5,6	11,02	10,25	6,82	6,93	4,21	3,34
РФ	4,4	4,2	9,64	8,81	6,41	6,02	3,25	2,81

Особенности течения гестационного периода у жительниц ДФО в процентном отношении к количеству родов представлены в табл. 10.

Наиболее высокие показатели частоты болезней мочеполовой системы были зарегистрированы в Республике Саха, Приморском крае, Чукотском АО (табл.10). Так, частота болезней мочеполовой системы в Чукотском АО была выше, чем в целом по РФ, в 4,9 раза; в Республике Саха – в 2,0 раза; в Приморском крае – почти в 2,0 раза.

Наибольший уровень болезней системы кровообращения зарегистрирован в республике Саха (Якутия) (в 1,5 раза выше, чем по РФ).

Таким образом, наличие экстрагенитальной патологии в северных территориях округа (Республика Саха, Чукотский АО) напрямую оказывает негативное влияние на показатели ПС и младен-

ческой смертности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что необходимо проводить обследование и санирование беременных женщин на этапе предгравидарной подготовки.

Частота анемий в ДФО (24,4%) несколько превышала аналогичный показатель по РФ (23,5%), на ряде территорий округа этот показатель был ниже, чем по РФ (Табл.10). Наиболее высокие показатели частоты анемии были зарегистрированы в Чукотском АО (49,6%); Республики Саха (28,0%).

Показатель частоты преэклампсии (Табл.10) в ДФО (11,6%) был несколько ниже, чем в целом по РФ (15,43%).

Наиболее высокий показатель частоты преэклампсии был зарегистрирован в Сахалинской области (22,8%) - в 1,47 раза (Табл.10), чем в РФ и в 2,0 раза выше, чем в ДФО. Представленные данные свидетельствуют о том, что в данной территории необ-

ходимо изучить структуру клинического появления преэклампсии и разработать профилактические мероприятия, направленные на коррекцию влияния региональных особенностей на течение беременности и родов.

Низкие показатели частоты преэклампсии в округе отнюдь не свидетельствуют о том, диагностика и тактика при данной патологии гестационного периода находится на достаточно высоком уровне. Поскольку 38,5% случаев материнской смертности (МС) составляют случаю обусловленные преэклампсией и эклампсией (2014 г.).

Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности остается одним из основных направле-

ний 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. были разработаны и утверждены меры, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы РФ «Развитие здравоохранения». Ставилась задача по снижению к 2018 г. материнской смертности до 14,0 (на 100000 живорожденных).

Таблица 10. Динамика здоровья беременных женщин (в % отношении к количеству родов по ДФО) (2012 – 2014 гг.) (Часть 1).

Территория	Экстрагенитальная патология, преэклампсия (%)					
	Болезни мочеполовой системы			Болезни системы кровообращения		
	2012 г	2013 г	2014 г	2012 г	2013 г	2014 г
Амурская область	5,6	6,1	5,4	14,3	15,2	12,7
ЕАО	4,8	2,0	3,1	1,4	1,3	0,4
Камчатский край	13,8	13,1	7,36	10,4	18,2	8,7
Магаданская область	1,9	1,8	7,1	9,4	5,2	4,0
Приморский край	7,3	10,2	11,3	4,0	3,8	7,2
Республика Саха	12,8	12,9	11,7	12,2	11,2	9,5
Сахалинская область	8,53	9,19	1,5	2,75	2,99	4,96
Хабаровский край	8,17	4,98	4,77	4,56	3,84	2,9
Чукотский АО	25,0	30,4	28,3	7,0	6,6	6,7
ДФО	9,77	10,07	8,95	7,33	7,59	6,3
РФ	6,45	6,07	5,76	6,6	6,33	6,29

Таблица 10. Динамика здоровья беременных женщин (в % отношении к количеству родов по ДФО) (2012 – 2014 гг.) (Часть 2).

Территория	Экстрагенитальная патология, преэклампсия (%)					
	Анемия			Гипертензия, протеинурия, отеки		
	2012 г	2013 г	2014 г	2012 г	2013 г	2014 г
Амурская область	16,8	18,6	20,6	15,9	16,0	13,6
ЕАО	24,5	22,7	18,3	6,8	6,6	3,6
Камчатский край	25,9	17,9	12,5	29,3	23,78	14,8
Магаданская область	19,3	16,5	14,3	14,7	9,9	4,2
Приморский край	8,9	9,5	16,1	14,1	15,2	15,7
Республика Саха	27,6	24,1	28,0	14,5	13,5	11,6
Сахалинская область	24,1	23,99	31,9	16,9	2,99	22,8
Хабаровский край	21,06	27,87	22,4	13,59	14,81	13,1
Чукотский АО	55,0	49,6	55,2	8,0	7,2	5,4
ДФО	24,8	23,41	24,4	14,97	12,25	11,6
РФ	22,75	23,0	23,5	17,5	16,41	15,43

По данным МЗ РФ в 2014 г. в РФ умерли 232 женщины, смерть которых отнесена к категории МС (11,9 на 100000 живорожденных). Структура основных причин МС: экстрагенитальная патология – 24,8%; акушерская эмболия – 14,8%; отеки, протеинурия, гипертензия во время беременности – 15,7%; кровотечения в родах и послеродовом периоде – 7,1%; кровотечения в связи с отслой-

кой и предлежанием – 9,0%; сепсис во время родов и в послеродовом периоде – 3,3%; разрыв матки – 2,4%; аборт начатый вне лечебного учреждения – 5,2%; медицинский аборт – 1,4%; осложнения анестезии – 2,4%.

В 2014 году случаев МС не были в Амурской, Магаданской областях и Чукотский АО. Всего в 2014 г. в ДФО умерли 14 женщин, смерть которых отнесена к категории МС (рис.5).

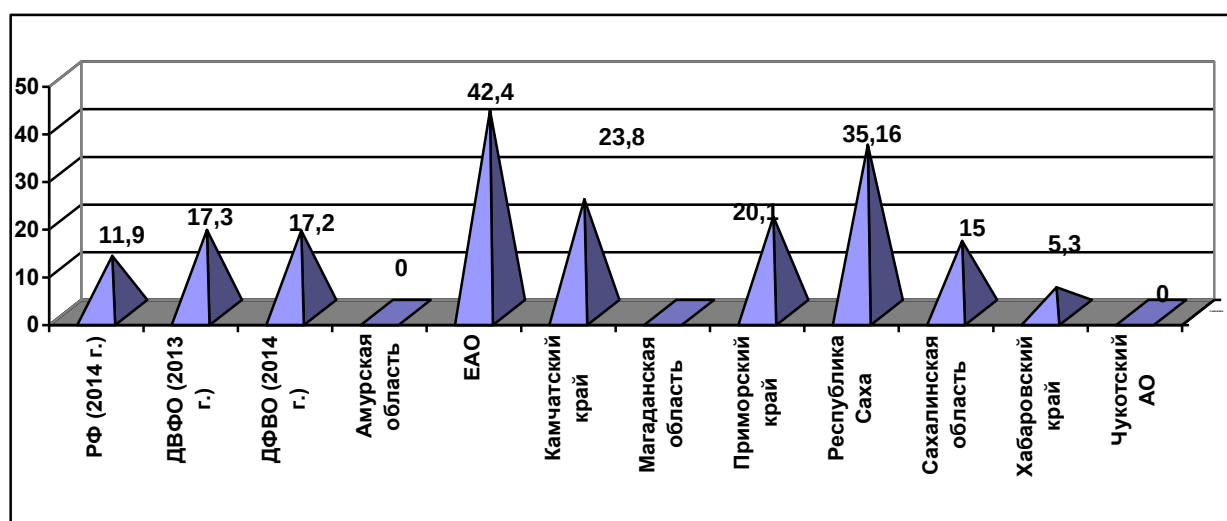


Рис. 5. Показатели МС (на 100000 род. живыми) в ДФО за 2014 г.

Наибольшее число случаев МС произошло в Республике Саха (Якутия) – 42,86%; в Приморском крае – 28,57%. Остальные случаи МС произошли в Еврейской автономной области – 7,14%; Камчатском крае – 7,14%; Хабаровской крае – 7,14%; Сахалинской области – 7,14%.

В структуре причин МС первое место занимает эклампсия – 21,43% (3 случая). Далее с одинаковой частотой следуют HELLP-синдром, как следствие преэклампсии (2 случая) – 14,29%; ПОНРП – 14,29% (2 случая); септический шок – 14,29% (2 случая). По одному случаю (7,14%) причиной МС были тяжелая рвота беременных, акушерское кровотечение, острое нарушение мозгового кровообращения, грипп (Табл.11).

Следовательно, в 35,71% (5 случаев) причиной МС были преэклампсия и эклампсия, проведенный анализ свидетельствовал о том, что во всех случаях был не выполнен клинический протокол Минздрава России от 23 сентября 2013 г. №15-4/10/2-7138 «Гипертензионные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия». Случаи МС у данной категории женщин являются предотвратимыми.

Акушерские кровотечения (ПОНРП, параметральная гематома), составляющие 21,43% (3 случая), также относятся к категории предотвратимых случаев.

К категории предотвратимых случаев относятся септические осложнения, рвота беременных, а также острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт), грипп.

Смерть женщин наступила в 21,43% (3 случая – Сахалинская область, Хабаровский край, Республика Саха) на дому. В 7,14% (1 случай – Приморский край) МС произошла в ЛПУ I уровня. В 28,57% (4 случая) МС произошла в ЛПУ II уровня (Еврейская АО, Республика Саха, Приморский край). В 42,86% (6 случаев) МС произошла в ЛПУ III уровня, но из них в 21,43% (3 случая) женщины были переведены из ЛПУ II уровня в критическом состоянии, когда предотвратить смерть не представлялось возможным.

Следовательно, только в 21,43% (3 случая) женщины изначально были госпитализированы в стационары III уровня.

Предотвратимыми по данным проведенного анализа являются 12 (85,71%) случаев МС, в 1 (7,14%) случае смерть, обусловленная эмболией околоплодными водами, была предотвратимой (Приморский край), а еще в 1 (7,14%) случае смерть была условно предотвратимой, поскольку имело место сочетание параметральной/забрюшинной гема-

томы с расслоением аневризмы верхней брызжеечной артерии (Камчатский край).

Дефекты в оказании медицинской помощи были как организационного – управленческого плана (нарушение алгоритма маршрутизации; отсутствие четкого алгоритма на ФАПах, ЛПУ I и ЛПУ II уровня при критических ситуациях), так и касались уровня квалификации специалистов акушеров-гинекологов, анестезиологов (по каждому случаю замечания отмечены).

Из случаев **поздней материнской смертности** был представлен только 1 случай (массивное маточное кровотечение, ГШ, ДВС-синдром), произошедший в Республике Саха (Якутия).

Анализ случаев Near miss показал, что трактовка данных состояний на территориях осуществляется неоднозначно. В этой связи необходимо четко разработать требования к случаям Near miss. Тем не менее, следует отметить, что основными причинами критических состояний/ случаев Near miss являются ПЭ/Э, ПОНРП.

Дефекты в оказании медицинской помощи в случаях Near miss дублируют дефекты, имевшие место при случаях ранней материнской смертности. Дефекты обусловлены нарушениями как организационного – управленческого плана (нарушение алгоритма маршрутизации;

отсутствие четкого алгоритма действий), так и низкими характеристиками квалификационного уровня специалистов (отклонение от рекомендаций клинических протоколов).

Поскольку, в настоящее время все технологии, направленные на предупреждения случаев МС известны, первостепенное значение в этой связи приобретают вопросы организации.

Таким образом, мероприятия по снижению МС должны быть сконцентрированы по двум направлениям:

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

Поскольку в 2014 году основные задачи, стоящие перед службами родовспоможения территорий ДФО не были полностью реализованы, решение данных задач предстоит в 2015 году.

Таблица 11. Мониторирование показателей МС в ДФО (2014 г.) (Часть 1).

Территория	Кол-во случаев МС		Случаи Near miss	Причины МС		Причины случаев Near miss/критических состояний
	Ранней МС	Поздней МС		Ранней МС	Поздней МС	
Амурская обл.	0	0	79	0	0	ПЭ - 54,4%; кровоотечение - 44,3%; ГШ-24%; отек мозга -8,8%; острая почечно-печеночная недостаточность – 5%.
Еврейская авт. Обл.	1	0	0	Эклампсия	0	
Камчатский край	1	0	7	Кровоотечение во время родов не-уточненное	0	1.ПОНРП – 71,43%. 2.ПЭ, HELLP-синдром – 14,28%. 3. Эпилепсия - 14,28%.
Магаданская обл.	0	0	0	0	0	0
Приморский край	4	0	3	1.Эмболия околоплодными водами 2. HELLP – синдром, ПЭ, тяж. степени 3. HELLP – синдром ПЭ, тяж. степени 4.Септический шок	0	Эклампсия – 75%. ПЭ тяжелой степени, тотальная ПОНРП – 25%
Р. Саха	5	1	30	1. Эклампсия 2. ПОНРП 3.ПОНРП 4.Септический шок 5.неукротимая рвота беременных 6. парагрипп	Массивное маточное кровоотечение, ГШ, ДВС-синдром	предлежание плаценты - 57,6%. Гипотоническое кровоотечение – 23%. ПОНРП -19,2%
Сахалинская обл.	1	0	0	Эклампсия		Массивное акушерское кровоотечение- 34,3% Преэклампсия – 65,7%
Хабаровский край	1		16	1. Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) при сроке беременности 27 недель	0	1.HELLP-синдром– 31,3%. 2.Массивные акушерские кровоотечения – 37,5%. 3. Анестезиологическое осложнение при операции кесарева сечения-6%. 4.Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии -6%. 5. Панметрит и пельвио-перитонит-6%.
ДФО	14					

Таблица 11. Мониторинг показателей МС в ДФО (2014 г.) (Часть 2) .

Территория	Дефекты в оказании медицинской помощи при МС		Случаи ранней МС			Смерть в ЛПУ			Смерть на дому
	Организационно-управленческие	Квалификация	Предотвратимые	Непредотвратимые	Условно предотвратимые	III уровня	II уровня	I уровня	
Амурская обл.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Еврейская авт. Обл.	+	+	1	0	0		1		
Камчатский край	+	+	0	0	1	1-Перевод после родов-разрешение со II уровня			
Магаданская обл.	0	0	0	0	0	0		0	0
Приморский край	+	+	3	1	0	2 случая-перевод после родов-разрешения со II уровня	1	1	
Р. Саха			5	0	0	3	2	0	1
Сахалинская обл.			1						1
Хабаровский край			1						1
ДФО									

Заключение

На основании выше изложенного, на 2015 год территориальным службам родовспоможения ДФО предстоит решать следующие задачи:

- обратить внимание органов исполнительной власти субъектов ДФО на вопросы организации медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным.
- организовать работу амбулаторной службы родовспоможения в соответствии с порядками, утвер-

жденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Минюстом РФ;

- создать компьютеризированную систему персонифицированного 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 ро-

довспоможения (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);
- внедрить современные методики выполнения прерываний беременности в ранние и поздние сроки (медикаментозный аборт, вакуум-аспирация);
- рекомендовать руководителям республиканских, краевых, областных и муниципальных органов здравоохранения проанализи-

ровать 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;
- профилактика абортов;
- повышение мотивации населения на увеличение рождаемости.