

УДК 616-053.3 : 314.48

Т.Ю. Пестрикова

**Аналитический обзор показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности – как индикатора организационных возможностей здравоохранения в современных условиях**

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск*

*Контактная информация: Т.Ю. Пестрикова, e-mail: [typ50@rambler.ru](mailto:typ50@rambler.ru).*

*Information about authors: T.Yu. Pestrikova, <https://orcid.org/0000-0003-0219-3400>*

**Резюме**

Представлены данные аналитического обзора показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности за период с 2008 по 2021 гг. по Российской Федерации, Дальневосточному федеральному округу. Хабаровскому краю. Сопоставлена динамика данных показателей в зависимости от территориального уровня. Отмечена роль мертворождаемости, как индикатора, отражающего репродуктивные потери.

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

T.Yu. Pestrikova

**Analytical review of indicators of maternal, perinatal and infant mortality - as an indicator of the organizational capabilities of health care in modern conditions**

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk*

**Summary**

Data from an analytical review of maternal, perinatal and infant mortality rates for the period from 2008 to 2021 are presented. in the Russian Federation, the Far Eastern Federal District. Khabarovsk Territory. The dynamics of these indicators is compared depending on the territorial level. The role of stillbirth as an indicator reflecting reproductive losses is noted.

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

**Введение**

На современном этапе развития в Российской Федерации (РФ) происходят значительные экономические, политические и социальные преобразования, что отражается на здоровье населения, в том числе и на

репродуктивном здоровье. Продолжающийся процесс депопуляции требует усиленного внимания к демографической политике государства, направленной на повышение рождаемости [3, 4, 5].

В соответствии с концепцией демографической политики на период до 2025

г. приоритетными направлениями в стране являются: сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков [11].

Цель исследования: проведение сравнительного анализа показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности на общероссийском, региональном и территориальном уровнях для адекватной оценки оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Для написания данного обзора был осуществлен поиск отечественных и зарубежных публикаций в российских и международных системах поиска (PubMed, eLibrary и проч.) за последние 2–15 лет. В обзор были включены статьи из рецензируемой литературы.

### Обсуждение результатов

По рекомендациям ВОЗ материнская и младенческая смертности является индикатором социального благополучия, санитарных условий, эффективности профилактической службы в отношении женщин репродуктивного возраста и новорожденных, уровня развития здравоохранения общества [13, 17, 18].

Материнская смертность. Материнская смертность (МС) в современных условиях все чаще и чаще рассматривает-

ся специалистами в качестве одного из ведущих критериев социально-экономического благополучия общества. Показатели МС являются определяющими факторами не только репродуктивного, но и демографического потенциала в стране и значительно влияют на воспроизводство населения, что определяет их медико-социальную значимость [9, 12, 14, 16, 17].

Пандемия Covid-19 - крупномасштабная эпидемия, в которой человечество проживало в течение 2020-2022 гг., не могла не сказаться на организации и качестве оказания медицинской помощи в нашей стране.

Показатель МС в РФ вырос с 11,3 (2013 г.) до 34,5 (2022 г.) на 100 тыс. родившихся живыми. При этом показатель МС от прямых причин, связанных с беременностью, составил лишь 3,6 на 100 тыс. рожденных, то есть всего 10%.

В течение 2021 г. мировое сообщество организовалось и научилось противостоять распространению COVID-19, но влияние пандемии на МС становится явным, что подтверждается указаниями на прямую связь отдельных случаев МС с COVID-19, увеличением госпитальной смертности беременных пациенток и избыточной МС с началом пандемии, увеличением доли респираторных заболеваний в структуре МС [1, 13, 15, 17].

По данным официальной статистики (Табл.1), Основными причинами МС в РФ являются непрямые причины акушерской смерти. Из акушерских причин наиболее высокие

показатели отмечены при акушерской менности, отеках, протеинурия и гипертензивные эмболии, сепсисе во время родов и в послеродовом периоде, внематочной беременности и гипертензивные расстройства во время беременности [2].

Таблица 1 Структура причин материнской смерти в Российской Федерации (по данным Росстата)

Основные причины материнской смерти	2019			2020		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Внематочная беременность	6	4,5	0,41	8	5,0	0,56
Медицинский аборт	0	0	0	2	1,2	0,14
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	6	4,5	0,41	7	4,4	0,49
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	5	3,7	0,34	8	5,0	0,56
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9	6,7	0,61	6	3,7	0,42
Кровотечения в родах и в послеродовом периоде	6	4,5	0,41	4	2,5	0,28
Осложнения анестезии	1	0,8	0,07	0	0	0
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	8	6,0	0,54	11	6,8	0,77
Акушерская эмболия	18	13,4	1,21	16	9,9	1,11
Разрыв матки	5	3,7	0,34	4	2,5	0,28
Другие причины акушерской смерти	31	23,1	2,09	19	11,8	1,32
Непрямые причины акушерской смерти	39	29,1	2,63	75	46,6	5,22
Остальные осложнения беременности и родов	0	0	0	1	0,6	0,07
<b>ВСЕГО</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	<b>9,0</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>11,2</b>

\* - на 100 000 родившихся живыми

МС в России в пандемийный 2020 год выросла на 24,4%. В 2020 году в России при родах умерли 161 женщина. В 2019 году таких случаев было 134 [16]. Это худший показатель с 2013 года, когда коэффициент был равен 11,3. [9]. В 2021 г. показатель МС достиг величины 32,9 на 100000 родившихся живыми.

Наиболее высокие показатели МС отмечены в Дальневосточном, Северо-Западном, Приволжском, Северо-Кавказском округах (Табл.2).

Выше, чем в целом по РФ, показатели МС в Дальневосточном Федеральном округе были зафиксированы, как в «доковидный», так и в «ковидный» периоды. Наиболее высокие

показатели МС были отмечены в Магаданской и Сахалинской областях, Забайкальском, Камчатском и Хабаровском краях (Табл.3) [9].

Таблица 2 Показатель материнской смертности по федеральным округам (по данным Минздрава России)

Федеральные округа	2019			2020			Динамика показателя в 2020 году к уровню 2019 года (%)
	всего умерло (n)	доля от общего числа умерших (%)	показатель*	всего умерло (n)	доля от общего числа умерших (%)	показатель*	
Центральный	42	29,0	11,5	55	23,5	15,5	+ 34,8
Северо-Западный	16	11,0	12,0	27	11,5	21,2	+ 76,7
Южный	15	10,3	9,3	22	9,4	14,0	+ 50,5
Северо-Кавказский	13	9,0	9,6	23	9,8	16,8	+ 75,0
Приволжский	17	11,7	6,1	49	20,9	18,2	+ 198,4
Уральский	10	6,9	7,4	13	5,6	9,9	+ 33,8
Сибирский	15	10,3	8,4	25	10,7	14,7	+ 75,0
Дальневосточный	17	11,7	18,7	20	8,6	22,2	+ 18,7
Российская Федерация	145	100,0	9,8	234	100,0	16,3	+ 66,3

\* - на 100 000 родившихся живыми

Стратегия предотвращения и снижения МС не может быть реализована без понимания ее основных причин. Одним из значимых факторов снижения МС является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах. Тем не менее, несмотря на модернизацию законодательной базы, высокие квалификационные требования для специалистов сферы акушерства и гинекологии, все ещё возникают проблемы в работе амбулаторных этапов оказания медицинской помощи, их

взаимодействии со стационарным этапом, нарушение правил логистики, что повышает риски развития urgentных состояний у беременных женщин и формирует материнские потери.

Предупреждение и профилактика случаев МС основывается на полной и правильной реализации установок Приказа Минздрава РФ от 20.10.20 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология», а также клинических рекомендаций. Эти документы определяет порядок оказания медицинской помощи

беременным женщинам, который и стационарный. включает в себя два этапа: амбулаторный

Таблица 3 Мониторинг показателя МС по территориям Дальневосточного Федерального округа

Территория	Абсолютное число			Показатель на 100 000 родившихся живыми		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>14,3</b>	<b>18,7</b>	<b>22,2</b>
Республика Бурятия	2	4	3	14,4	32,1	23,7
Республика Саха (Якутия)	2	2	1	15,2	15,6	7,6
Забайкальский край	1	3	3	7,4	23,9	24,1
Камчатский край	0	1	1	0	30,2	30,8
Приморский край	3	1	4	15,0	5,5	22,3
Хабаровский край	1	1	4	6,6	6,9	29,0
Амурская область	2	1	3	22,7	12,6	38,5
Магаданская область	0	1	1	0	77,8	76,3
Сахалинская область	2	3	0	33,4	51,7	0
Еврейская автономная область	1	0	0	53,3	0	0
Чукотский автономный округ	0	0	0	0	0	0

Именно с женской консультации должно начинаться медицинское наблюдение за беременной женщиной. Среди функций амбулаторного этапа следует указать наиболее важную, которая непосредственно касается поднятой проблемы - диспансерного наблюдения за беременными женщинами, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений гестационного периода, родов и послеродового периода [1, 6, 9].

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений бе-

ременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексный подход. В течение беременности женщина должна быть осмотрена врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз, а врачом-терапевтом - не менее двух раз. Именно после качественного осмотра, опроса и сбора анамнеза врач-акушер-гинеколог и врач-терапевт консультации с учетом сопутствующей патологии у женщины должны направить её на приём к профильному специалисту с целью выявления риска развития осложнений в следующих периодах беременности и родах и противопока-

Общие вопросы охраны здоровья населения Т.Ю. Пестрикова,  
*Аналитический обзор показателей материнской, перинатальной и младенческой...*  
заний к дальнейшему течению беременности [11].

К основным дефектам работы амбулаторного звена следует отнести: недостаточную квалификацию специалистов, проведение неполного обследования, игнорирования результатов лабораторного исследования (неправильная трактовка результатов обследований) или выбор неверной тактики режима обследования, недостаточная консультативная помощь профильных специалистов, неверная оценка пренатальных факторов риска и их возможной дальнейшей динамики. В результате складывается ситуация, при которой женщина подходит к сроку родов не дообследованной, с риском развития патологических осложнений для плода и самой роженицы, когда эффективность оказания медицинской помощи становится максимально малой из-за потерянного времени.

Еще одной причиной осложнений гестационного периода является поздняя постановка на учет в женскую консультацию. Поскольку женщина может просто не знать, что она беременна, либо она может быть социально

неблагополучной. Одним из показателей работы женской консультации является показатель ранней постановки на диспансерное наблюдение беременных.

Данные случаи возникают по причине нарушенной последовательности

оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста.

Лидирующие причины МС – кровотечение и инфекция преимущественно после родов, гипертензивные нарушения, включая преэклампсию и эклампсию, небезопасный аборт [13, 16]. Высокие показатели МС тесно связаны с социально-экономическим развитием стран и низким уровнем дохода населения [18, 19]. В основе этих проблем находится недоступность квалифицированной медицинской помощи, что имеет 2 аспекта: 1) со стороны населения – бедность, низкая информированность, приверженность культурным обычаям; 2) со стороны медицинских учреждений – их удаленность на большие расстояния и низкое качество помощи [19, 20].

#### Перинатальная смертность

Важность проблемы перинатальных потерь состоит в том, что факторы, способствующие наступлению летального исхода у плода и новорожденного, в первую очередь, относятся к дефектам оказания медицинской помощи. В концентрированном виде они отражают негативные факторы и недостатки, имеющиеся и у выживших детей. Анализ уровня, структуры и причин перинатальной смертности (ПС) позволяет определить пути совершенствования организации и качества перинатальной помощи [5, 6, 7, 9].

Ряд авторов отмечают, что за последнее десятилетие в структуре ПС растет доля антенатальной гибели плодов, достигая при этом 50,3%, что отражает, прежде всего, дефекты

пренатального обследования и оздоровления женщин репродуктивного возраста и низкого индекса здоровья девочек [2, 9, 13].

Как следует из данных Табл. 4, показатель ПС в РФ сохраняет стабильную позицию, с существенным преобладанием мертворождаемости, над ранней неонатальной смертностью (РНС) [2].

Таблица 4 Показатель перинатальной смертности в Российской Федерации

	2016	2017	2018	2019	2020
Перинатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)	7,89	7,50	7,23	7,10	7,25
Мертворождаемость (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)	5,73	5,58	5,51	5,44	5,67
Ранняя неонатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми)	2,18	1,94	1,72	1,67	1,59

Мониторинг показателя ПС (табл.5) по округам РФ свидетельствует о том, что наиболее высокими эти показатели были в Южном и Дальневосточном Федеральных округах [2].

Таблица 5 Динамика показателя перинатальной смертности по федеральным округам (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)

Таблица 5 Динамика показателя перинатальной смертности по федеральным округам (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)

Федеральные округа	2016	2017	2018	2019	2020
Центральный	7,02	6,61	6,31	6,19	6,12
Северо-Западный	7,88	7,61	7,66	7,89	7,64
Южный	7,52	7,79	7,68	7,45	8,56
Северо-Кавказский	8,72	7,30	6,41	6,60	6,19
Приволжский	8,68	8,50	8,14	7,43	7,56
Уральский	7,25	6,64	7,00	6,74	7,08
Сибирский	8,16	7,74	7,15	7,67	8,07
Дальневосточный	9,07	8,49	8,21*	8,16*	8,31*

\* - с учетом Республики Бурятия и Забайкальского края

Рассматривая структуру ПС, следует отметить о роли такой ее составляющей части как мертворождаемость.

Число мертворожденных детей на 1000 родившихся в 2020 году достигло максимального значения за четыре года и составило 5,67

(8 101 случаев в 2019 году и 8 192 в 2020 году) [8].

Наиболее высокие показатели мертворождаемости были зафиксированы в Дальневосточном, Южном, Северо-

Западном Федеральных округах. Диспропорция между показателем мертворождаемости и РНС из года в год повышается. В 2020 году мертворождаемость превышала РНС по РФ в 3,57 раза (Табл.6) [2].

Таблица 6 Динамика показателя мертворождаемости по федеральным округам (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Федеральные округа	2016	2017	2018	2019	2020
Центральный	5,09	5,04	4,93	4,89	4,91
Северо-Западный	6,01	5,85	6,03	6,28	6,33
Южный	5,75	6,21	6,15	5,95	6,75
Северо-Кавказский	4,75	4,24	3,83	4,08	3,89
Приволжский	6,48	6,40	6,28	5,73	5,96
Уральский	5,51	5,08	5,43	5,15	5,65
Сибирский	5,94	5,53	5,22	5,73	6,27
Дальневосточный	6,73	6,60	6,66*	6,55*	6,59*

\* - с учетом Республики Бурятия и Забайкальского края

Анализ составляющих параметров показателя ПС, свидетельствует о том, что РНС в РФ имеет тенденцию к снижению за последние годы (табл.6). Тем не менее, в Северо-Кавказском, Южном,

Сибирском, Дальневосточном федеральных округах данный показатель остается стабильно более высоким, по сравнению с аналогичными данными по РФ (Табл. 7) [2].

Таблица 7 Динамика ранней неонатальной смертности по федеральным округам (на 1000 родившихся живыми)

Федеральные округа	2016	2017	2018	2019	2020
Центральный	1,94	1,59	1,39	1,31	1,22
Северо-Западный	1,88	1,77	1,64	1,62	1,31
Южный	1,78	1,59	1,54	1,51	1,82
Северо-Кавказский	3,99	3,08	2,59	2,53	2,31
Приволжский	2,21	2,11	1,87	1,72	1,61
Уральский	1,75	1,57	1,58	1,60	1,44
Сибирский	2,22	2,22	1,95	1,95	1,81
Дальневосточный	2,35	1,90	1,56*	1,63*	1,73*

\* - с учетом Республики Бурятия и Забайкальского края

Таким образом, стабильность показателя ПС складывается из двух динамических параметров, из которых РНС стремится к снижению, а мертворождаемость – к повышению.

Более детальное изучение данной пропорции (соотношение мертворождаемости к РНС) мы провели на основе сопоставления данных по РФ, Дальневосточному федеральному округу (ДФО) и Хабаровскому краю (ХК) за 10-летний период.

Графическое изображение показателя ПС (Рис.1) в РФ, начиная с 2009 г. (7,81‰) по 2018 г. (7,23‰), свидетельствует о его снижении в 1,1 раза, при наличии одного пика повышения в 2012 г. (9,98‰).

Динамика величины ПС (Рис.1) по ДФО за 10-летний период (2009 г. – 9,8 ‰; 2018 г. – 8,9‰) снизилась в 1,1 раза, с повышением данного показателя в 2012 г. (12,2‰) и в 2014 г. (12,1‰).

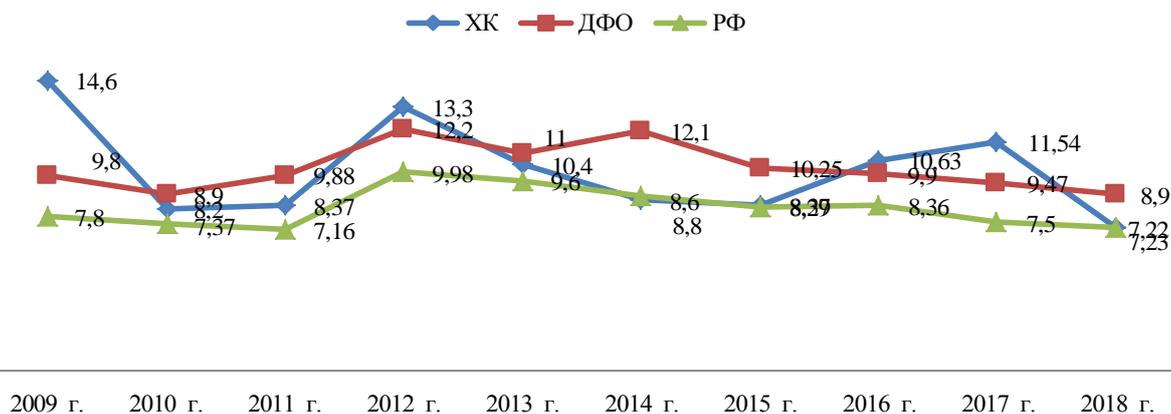


Рис. 1. Мониторинг показателя ПС в Хабаровском крае в 2009 – 2018 гг. (‰)

Величина показателя ПС в ХК за 10-летний период (2009 г. – 14,6 ‰; 2018 г. – 7,22‰), хотя и снизилась в 2 раза ( $p < 0,05$ ), при этом имела три пика повы-

шения в 2012 г. (13,3‰); 2016 г.(10,63‰); 2017 г. (11,54‰), по сравнению с аналогичными данными по ДФО и РФ (Рис.1) [9].

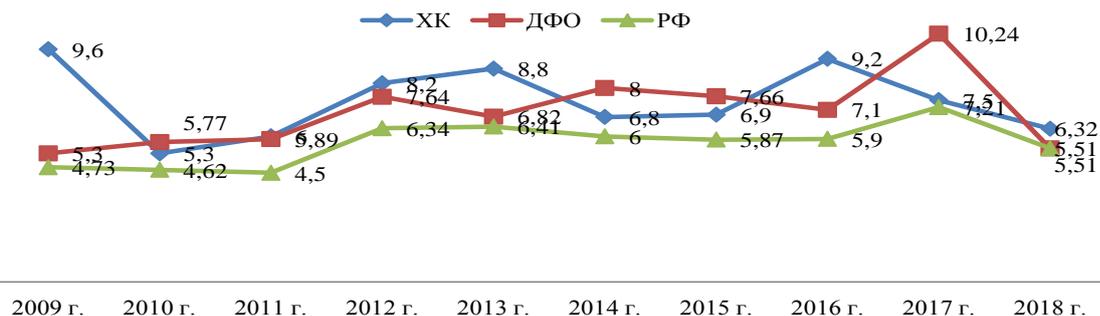


Рис. 2. Мониторинг показателя мертворождаемости в Хабаровском крае в 2009 – 2018 гг. (%).

Характеристика мертворождаемости, как составляющей части ПС (Рис.2) свидетельствует о том, что данный показатель в ХК, за 10-летний интервал, снизился в 1,5 раза (2009 г. – 9,6 ‰; 2018 г. – 6,32‰). Тем не менее, уровень мертворождаемости в ХК всегда был выше, чем аналогичный показатель по РФ, и в большинстве случаев превышал показателя

по ДФО, величины которых не претерпели существенных изменений, хотя и имеют тенденцию к увеличению: ДФО (2009 г. – 5,3 ‰; 2018 г. – 5,51‰); РФ (2009 г. – 4,73 ‰; 2018 г. – 5,51‰). Графическое изображение показателей мертворождаемости в ХК свидетельствует о нестабильности результатов в оказании помощи беременным женщинам и роженицам [8, 9].

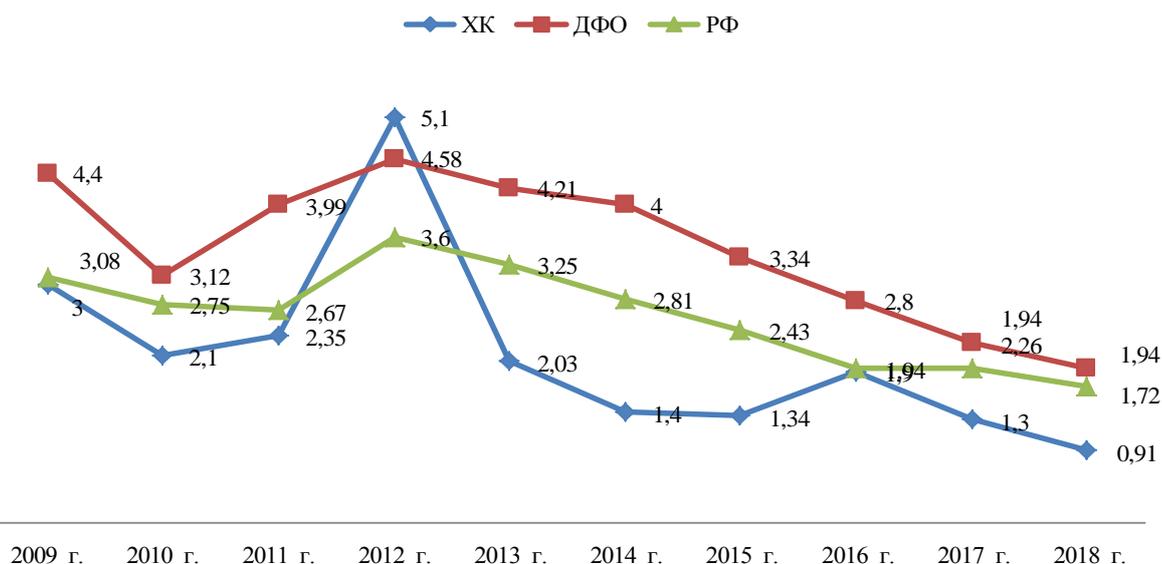


Рис. 3. Мониторинг показателя РНС в Хабаровском крае в 2009 – 2018 гг. (%).

РНС за весь период наблюдения в ХК данный была ниже, аналогичных по-

казателей по ДФО и РФ (рис.3). Исключение составили данные 2012 г., обоснование повы-

шения которых было указано выше. Тем не менее, именно в ХК (за анализируемый период) произошло снижение РНС в 3,3 раза ( $p < 0,001$ ), тогда как в ДФО и РФ снижение РНС произошло в 2,3 ( $p < 0,01$ )

и в 1,8 раза, соответственно. Кроме этого, РНС в ХК в 2018 г. была ниже аналогичного показателя по ДФО (в 2,13 раза) и по РФ (в 1,89 раза).

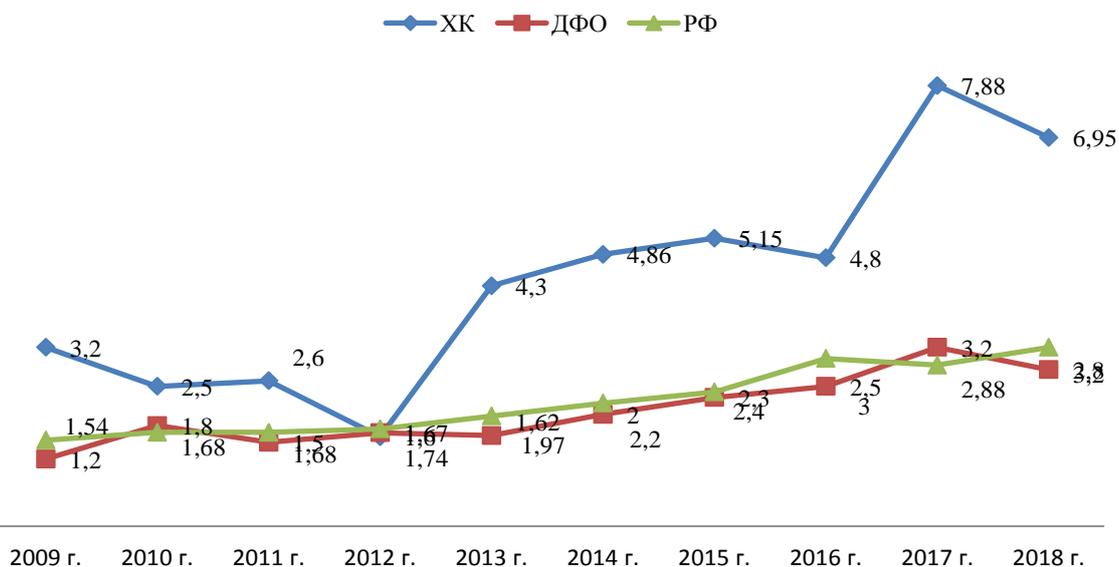


Рис. 4. Анализ динамики отношения показателя мертворождаемости к показателю РНС в Хабаровском крае в 2009 – 2018 гг. (%).

Данные статистики по ДФО показали, что мертворождаемость превышает РНС в 3,8 раза. Проведение более детального анализа соотношения показателей мертворождаемости к РНС в Хабаровском крае за период с 2009 по 2018 гг. показал, что величина данной пропорции из года в год имеет четкую тенденцию к увеличению (Рис. 4) [8].

Дальнейшее изучение компонентов ПС (рис.4) показало, что соотношение показателя мертворождаемости к РНС в ХК за весь период наблюдения был выше, чем в ДФО и РФ. За 10-летний пери-

од наблюдения величина данного соотношения в ХК увеличилась в среднем в 2,17 раза ( $p < 0,05$ ). Так в 2017-2018 гг. данная пропорция составляла 7,88 и 6,95 раз [8, 9].

Младенческая смертность. Младенческая смертность - один из главных показателей социально-экономического развития страны. Именно ее в своих «майских указах» президент Владимир Путин назвал в числе приоритетных критериев оценки успешности глав регионов.

В 2020 году в России умерло на 12% меньше младенцев, чем в 2019 году [9].

Младенческая смертность составила 4,5 промилле (соответствует 0,45%), это на 8,5% меньше, чем прогнозировали ранее. Наиболее высокие показатели младенческой смертности зафиксированы в Северо-Кавказском, Сибирском и Дальневосточном Федеральных округах (Табл.8).

Снижение уровня младенческой смертности в России в последние десятилетия прошлого века происходило в основном за счет уменьшения смертности детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В последние годы все большее значение приобретает снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в пе-

ринатальный период, а также от врожденных пороков развития – смертность от обеих причин смерти, по понятным причинам, возросла в связи с расширением критериев живорождения.

В то же время остается сравнительно высокой смертность от внешних воздействий, которые могут быть устранены или смягчены при надлежащем современном уходе за новорожденными. Именно смертность от преимущественно внешних воздействий (включая внешние причины, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения) обуславливает, в первую очередь, значительные региональные различия по уровню смертности детей в возрасте до 1 года [6, 9, 18, 20].

Таблица 8 Динамика показателя младенческой смертности в Российской Федерации и по федеральным округам (на 1000 родившихся живыми)

Федеральные округа	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Российская Федерация	6,0	5,6	5,1	4,9	4,5	4,5
Центральный	5,6	5,1	4,8	4,4	3,9	3,8
Северо-Западный	4,8	4,6	4,2	4,4	3,7	3,7
Южный	5,6	5,1	4,6	4,3	4,6	4,6
Северо-Кавказский	9,2	8,0	6,9	6,3	5,9	5,8
Приволжский	5,7	5,3	4,8	4,7	4,3	4,3
Уральский	5,5	5,1	4,8	4,6	4,0	4,0
Сибирский	6,6	6,4	6,1	5,8	5,5	5,5
Дальневосточный	6,5	5,8	5,4*	5,7*	5,1*	5,0

\* - с учетом Республики Бурятия и Забайкальского края

По территориям ДФО показатель младенческой смертности представлен данными Табл.9.

ской смертности отмечены в Чукотском автономном округе, Еврейской автономной области и в Забайкальском крае.

Как следует из данных табл.9., наиболее высокие показатели младенче-

Таблица 9 Динамика показателя младенческой смертности в Дальневосточном Федеральном округе (на 1000 родившихся живыми)

	2020 г.	2021 г.
Российская Федерация	4,5	4,5
Дальневосточный округ	5,1*	5,0
Республика Бурятия	4,3	5,6
Республика Саха (Якутия)	3,6	4,8
Забайкальский край	7,3	5,1
Камчатский край	4,9	4,6
Приморский край	5,7	5,0
Хабаровский край	4,2	4,2
Амурская область	4,9	5,5
Магаданская область	5,6	3,1
Сахалинская область	2,9	4,4
Еврейская автономная область	10,9	6,1
Чукотский автономный округ	15,4	15,1

### Заключение

Мероприятия по снижению МС в регионах требуют дифференцированного подхода в зависимости от уровня данного коэффициента. Резервом снижения МС в регионах с низким и средним показателями МС является повышение экономического благосостояния граждан с акцентом на увеличение доходов самого населения и разработка мер социальной поддержки женщинам-мигрантам. Для сни-

жения МС в регионах с высоким уровнем необходимо адекватное функционирование трехуровневой системы оказания помощи беременным и родильницам,

применение (адаптирование) отечественных/международных клинических протоколов и телемедицинских технологий.

Исходя из анализа представленных данных, следует отметить, что хотя показатель младенческой смертности является основным качественным показателем, рекомендуемым ВОЗ для оценки уровня оказания медицинской

помощи, его, все-таки, необходимо рассматривать в совокупности с показателем ПС.

Поскольку именно мертворождаемость отражает уровень репродуктивных потерь. Особенно следует оценивать составляющие компоненты мертворождаемости и РНС, а именно соотношения мертворождаемости к РНС. Деформация данной пропорции в сторону многократного увеличения мертворождаемости, на фоне прогрессивного снижения РНС свидетельствует о наличии неадекватной оценки организации медицинской помощи в службе родовспоможения [8,9].

В этой связи, важным направлением является реорганизация на принципе регионализации перинатальной помощи, оказывающей все виды квалифицированной, высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, а не только в неонатологии и хирургии новорожденных. При этом оснащение учреждений системы охраны материнства и детства современной диагностической и лечебной медицинской техникой и оборудованием, расходными материалами, лекарственными препаратами должно иметь приоритетный характер, начиная с амбулаторного этапа наблюдения за беременными женщинами.

### Список литературы

1. Барановская Е.И. Материнская смертность в современном мире// Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2022;16(3):296-305.  
<https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.279>.
2. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2020 году. Минздрава России. Москва: 2021 г.- 31 с.
3. Пестрикова Т.Ю. Мониторинг основных показателей службы родовспоможения Дальневосточного Федерального округа (2007-2009 гг.)// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. -2011. -№ 1 (2). - С. 4.  
<http://www.fesmu.ru/voz/>.
4. Пестрикова Т.Ю. Анализ демографической ситуации в ДФО с позиций репродуктивного здоровья населения.// Здравоохранение Дальнего Востока. 2012. № 3 (53). С. 72-77. <http://www.fesmu.ru/voz/>
5. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал/ Т.Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, И. В. Юрасов, И. А. Блощинская. Т.П. Князева// Дальневосточный медицинский журнал- 2020.- №3.- С. 114 – 119.
6. Пестрикова Т.Ю. Младенческая смертность как следствие дефектов при ведении беременности высокого риска// Сборник научных трудов Дальневосточной региональной научно-практической

- конференции (27-28 мая 2021 г). Хабаровск.- 2021. - С.10-22.
7. Пестрикова Т.Ю. Аудит основных показателей работы акушерско – гинекологической службы Дальневосточного Федерального округа в 2018 году.// Сборник научных трудов Дальневосточной региональной научно-практической конференции - 2019. - С. 7-45.
8. Пестрикова Т.Ю. Результат 10-летнего мониторинга показателей младенческой и перинатальной смертности в Хабаровской крае// Гинекология. – 2020. – Т.22. - №5. – С.12-17.
9. Пестрикова Т.Ю. Динамика основных показателей службы родовспоможения РФ и ДФО в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19// Сборник научных трудов Дальневосточной региональной научно-практической конференции (26-27 мая 2022 г.), С. 7-31.
10. Резолюция 11/8 Совета по правам человека Организации Объединенных Наций «Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека». 2009. Доступно по: [http://ap.ohchr.org/documents/R/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/R/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf).
11. Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 (ред. от 01.07.2014) "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года"
12. Управление качеством в медицине: учебное пособие / А. К. Хетагурова, М. А. Шаповалова, Л. А. Огуль, И. А. Кашкарова, Н. В. Горелова // Астрахань, 2015, 79 с.
13. Aftab F., Ahmed I., Ahmed S. et al.; Alliance for Maternal and Newborn Health Improvement (AMANHI) maternal morbidity study group. Direct maternal morbidity and the risk of pregnancy-related deaths, stillbirths, and neonatal deaths in South Asia and sub-Saharan Africa: A populationbased prospective cohort study in 8 countries. *PLoS Med.* 2021;18(6):e1003644. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003644>.
14. Dallolio L., Di Gregori V., Lenzi J., Franchino G., Calugi S., Domenighetti G., Pia Fantini M. Socio-economic factors associated with infant mortality in Italy: an ecological study. *International Journal for Equity in Health*, 2012. Available at: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-9276-11-45?site=equityhealthj.biomedcentral.com>
15. Hantoushzadeh S., Shamshirsaz A.A., Aleyasin A. et al. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(1):109.e1-109.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.030>.

16. Kerpen K., Koutrolou-Sotiropoulou P., Zhu C. et al. Disparities in death rates in women with peripartum cardiomyopathy between advanced and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Arch Cardiovasc Dis.* 2019;112(3):187-98.  
<https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.10.002>.
17. Maternal mortality. World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
17. Levels & Trends in Child Mortality: Report 2010. 18 p. Доступно по: [http://www.childmortality.org/files\\_v20/download/Levels%20and%20Trends%20in%20Child%20](http://www.childmortality.org/files_v20/download/Levels%20and%20Trends%20in%20Child%20)
18. Levels of maternal care. Obstetric Care Consensus. No. 2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 2015. Available at: <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-ConsensusSeries/oc002.pdf?dmc=1&ts=20180204T0929530574>.
19. Sun M., Xu G., Yang Y. et al. Evidence of mother-to-newborn infection with COVID-19. *Br J Anaesth.* 2020;125(2):e245-e247.  
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.04.066>.
20. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Statistics