

© И. А. Прялухин

ГБОУ ВПО СПбГПМА

Резюме. В статье описываются изменения в акушерской и неонатологической службах Кольского Севера после преобразования муниципального родильного дома в областной перинатальный центр. Детально описаны изменения в рождаемости, коечном фонде, частоте перинатальной и неонатальной смертности, частоте кесарева сечения, достижения в выхаживании детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. Также в статье указаны нерешенные проблемы акушерской и неонатологической служб области и Мурманского областного перинатального центра.

Ключевые слова: перинатальный центр; муниципальный родильный дом; Кольский Север; акушерская служба; неонатологическая служба.

ВЛИЯНИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА В ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НА ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ АКУШЕРСКОЙ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ КОЛЬСКОГО СЕВЕРА)

ВВЕДЕНИЕ

Родильный дом № 2 города Мурманска был открыт 5 марта 1938 года. Это было первое специализированное учреждение родовспоможения в городе и второе каменное здание медицины на Кольском полуострове. Все это время в его стенах занимались вопросами лечения и родоразрешения беременных (исключение составили только годы Великой Отечественной войны, когда в стенах роддома располагался госпиталь для раненых).

В 1987 году в Мурманской области начато строительство областного перинатального центра (на базе МУЗ «Родильный дом № 2») на 130 коек. По проекту центр должен был стать учреждением третьего уровня и принимать беременных со всей Мурманской области. Однако в начале 1990-х годов в связи с экономическими трудностями проект был закрыт на этапе строительства трех корпусов. Были введены в строй только гинекологический корпус и корпус женской консультации. Таким образом, не было закончено формирование трехуровневой системы оказания акушерской и неонатологической помощи в регионе. Перинатальный центр не был образован, не была создана четкая нормативно-правовая база по координации потоков беременных женщин в области в соответствии с тяжестью акушерской и экстрагенитальной патологии. Однако были достигнуты значительные успехи функционирования МУЗ «Родильный дом № 2» в качестве городского роддома: родильный дом в течение длительного времени функционировал в качестве ведущего областного учреждения родовспоможения с собственным гинекологическим отделением, отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных (с 1993 года) и отделением второго этапа выхаживания (с июля 2006 года). Таким образом, с 2006 года учреждение, будучи муниципальным родильным домом, фактически представляло собой полноценный родильный стационар третьего уровня. По данным Н. Н. Володина в 2006 году в Российской Федерации наблюдалась обратная тенденция: большинство перинатальных центров в России не имели второго этапа выхаживания и мощного отделения реанимации новорожденных, фактически являлись акушерскими стационарами второго уровня [1].

С 1 января 2006 года стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье», особенно ориентированный на повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям. В программе проекта предусматривалось строительство в 22 субъектах Российской Федерации современных перинатальных центров, в том числе и в Мурманской области.

С 1 января 2008 года МУЗ «Родильный дом № 2» города Мурманск был преобразован в ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр» (МОПЦ) и стал функционировать как головное областное учреждение третьего уровня в сфере родовспоможения, но пока что на базе старых мощностей: акушерский стационар располагался на базе типового двухэтажного здания 1938

УДК: 614.2

года постройки на территории областной больницы, гинекологическое отделение, клинко-диагностическое отделение и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей располагались в новых корпусах комплекса в 7 километрах от акушерского стационара.

В 2009–2010 годах получено большое количество диагностической и лечебной аппаратуры, часть которой разместили на уже функционирующих подразделениях и базах.

С 2009 года функционирует организационно-методический отдел. В задачи, выполняемые организационно-методическим отделом, входит обеспечение ежемесячных выездов акушерско-неонатологических бригад для регулярной проверки качества работы женских консультаций и родильных стационаров в районах области и обеспечение функционирования акушерского дистанционно-консультативного центра (работает с 2010 года).

В апреле 2011 года родильный стационар переехал в новое четырехэтажное здание, таким образом, в одном комплексе оказались все подразделения перинатального центра. Тогда же и состоялись первые роды в новом здании. Ввод последнего нового корпуса для реанимации и второго этапа выхаживания новорожденных планируется в 2012 году.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования были проанализированы годовые отчеты акушерской и неонатологической служб Мурманской области и учреждения за 10 лет — с 2001 по 2010 год, выявлены изменения в показателях работы учреждения и влияние их на состояние служб области в целом, выявлены недостатки акушерской и неонатологической служб области и ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОСУЖДЕНИЕ

Рождаемость.

Несмотря на общее снижение количества женщин фертильного возраста на Кольском Севере в результате миграционных процессов, происходит повышение количества родов с 8208 в 2001 году до 9021 в 2010 и коэффициента рождаемости с 8,6 на 1000 населения в 2001 году до 11,1 на 1000 населения в 2010 году [4]. Также происходит повышение количества родов в МОПЦ с 1282 в 2001 году (15,6 % от общего количества родов в области) до 1694 в 2010 году (18,8 % от общего количества родов в области), рост в основном произошел за счет родов у иногородних женщин.

Младенческая и перинатальная смертность.

Происходит постепенное снижение показателя младенческой смертности за последние 10 лет, особенно это выражено в данных за 2010 год — показатель снизился до 5,2 на 1000 родившимися живыми, т. е. почти в 3 раза по сравнению с 2001 годом (14,7 на 1000 родившихся живыми). По сравнению с Российской Федерацией (данные Росстата за 2010 год — 7,5 на 1000 родившимися живыми) показатель в Мурманской области ниже на 30%.

Перинатальная смертность в регионе за исследуемый период также снижается с 8,1 в 2001 до 6,6 в 2010 году на 1000 родившихся живыми и мертвыми. С 2008 года (т. е. с момента начала функционирования перинатального центра) показатель не превышает 7,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, при этом идет снижение показателя именно за счет ранней неонатальной смертности (с 3,75 на 1000 родившимися живыми и мертвыми в 2001 году до 1,3 в 2010, почти в 3 раза). Этот показатель отражает уровень оказываемой помощи новорожденным детям на этапе родильного стационара [3]. Однако уровень мертворождаемости остается без динамики (около 40–50 детей в год). Среди мертворождаемости преобладает (87,5 % в 2010 году) количество детей, погибших антенатально (показатель работы женских консультаций области) [3].

Показатель перинатальной смертности в МОПЦ за последние 10 лет имел значительные колебания: минимальное значение — 3,0‰ в 2004 году, максимальное — 11,2‰ в 2003 году. Следует отметить резкий скачок перинатальной смертности одновременно с организацией перинатального центра — 5,5‰ в 2007 году и уже 10,6‰ в 2008 году (рост на 92,7%), столько же в 2009 году, и только к 2010 году произошло снижение перинатальной смертности до 7,5‰. Причем большая часть перинатальной смертности в 2008 и 2009 годах, как и в области, приходилась на антенатальный период — 8,5‰ и 5,3‰ соответственно. Это обусловлено тем, что в ГУЗ «МОПЦ» со всей области переводили женщин с антенатальной гибелью плода. В 2009 году была проведена разъяснительная работа с родильными стационарами области и города об отсутствии необходимости переводить женщин с антенатальной гибелью плода на родоразрешение в перинатальный центр, при отсутствии угрозы жизни и здоровью женщины.

Ранняя неонатальная смертность в учреждении, несмотря на значительное утяжеление контингента беременных и рожениц, в 2010 году

ниже, чем в 2001 году, — 2,3‰ и 3,1‰ соответственно. Однако следует отметить резкий скачок ранней неонатальной смертности в 2009 году — 4,7‰ — максимальное значение за 10 лет работы акушерского стационара. По-нашему мнению, это прежде всего, связано с периодом адаптации работы неонатологической службы к приему самых тяжелых детей со всей области.

С момента образования отделения патологии новорожденных (II этапа выхаживания) в 2006 году регистрируются единичные случаи поздней неонатальной смертности в учреждении. Если в 2005 году в учреждении произошло 4 случая поздней неонатальной смерти, то в последующие годы всего по 1, а в 2009 — ни одного. Несомненно, что такие показатели связаны с улучшением выхаживания детей с тяжелой патологией в поздний неонатальный период, наработанными методиками и высокой квалификацией персонала отделения патологии новорожденных.

Таким образом, в результате ввода в эксплуатацию областного перинатального центра в регионе произошло снижение младенческой и перинатальной смертности, в МОПЦ произошло ожидаемое увеличение перинатальной и ранней неонатальной смертности, связанное с адаптацией работы учреждения с тяжелым контингентом беременных и рожениц со всей области. Но уже к 2010 году уровни перинатальной и ранней неонатальной смертности в Мурманском областном перинатальном центре в результате адаптации персонала и предпринятых организационных мер пришли к прежним значениям.

Оперативное родоразрешение.

Операция кесарева сечения применяется в Мурманской области все чаще, это отражает как общероссийскую, так и общемировую тенденцию увеличения применения оперативного родоразрешения в интересах плода [2, 5]. Пик частоты оперативного родоразрешения приходится на 2008–2009 гг., т. е. на момент становления работы перинатального центра, до 199,2 на 1000 родов (частота возросла на 36,4% по сравнению с 2001 г.). При этом увеличение частоты кесарева сечения не привело к сопоставимому снижению перинатальной смертности. В 2010 году происходит некоторое снижение этого показателя — до 184,0 на 1000 родов (по Российской Федерации в 2010 г. — 210,0 на 1000 родов). Снижение частоты применения кесарева сечения произошло, в том числе, и за счет более частого применения вакуумэкстракции плода — в 2010 году частота использования этого метода оперативного влагалищного родоразрешения в 12 раз чаще, чем в 2001 году.

В центре частота операций кесарева сечения также растет. Как и предполагалось, пик роста пришелся на 2008 год (преобразование в ГУЗ «МОПЦ»): если в 2001 году частота оперативного родоразрешения была 18,6%, то в 2008 — 28,3%, а к 2010 году стала — 32,0%. Из анализа показаний к оперативному родоразрешению следует, что рост показаний для операции кесарева сечение произошел в основном за счет показаний со стороны плода (чаще всего это гипоксические состояния плода в родах). Мы связываем это не только с улучшением диагностики гипоксии плода в родах. В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в ГУЗ «МОПЦ» поставлено достаточное количество (9 аппаратов) фетальных мониторов с автоматическим анализатором КТГ в родах Sonicaid TEAM IP с модулем IP TREND. С 2010 года обязательной стала запись кардиотокограммы при всех родах два и более раза (при поступлении в родильный зал, после амниотомии или излития околоплодных вод, во время 2-го периода родов). По нашему мнению, также существует большой элемент гипердиагностики. Таким образом, более точная и взвешенная диагностика гипоксического состояния плода даст резерв для снижения частоты применения кесарева сечения в ГУЗ «МОПЦ» и Мурманской области.

Деятельность неонатологической службы.

За последние 10 лет количество детей, родившихся живыми, в Мурманской области увеличилось на 9,8%. При этом, соответственно, растет и количество недоношенных детей, однако в процентном соотношении к общему числу новорожденных этот показатель не меняется и составляет около 4,5%. С 2008 года практически все преждевременные роды концентрируются в ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр», и смертность недоношенных детей резко снизилась, что привело к снижению неонатальной смертности.

Следует отметить качественный скачок в выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) с 2008 года. Это связано с тем, что с момента открытия в перинатальный центр начали централизованно поступать беременные с выраженной угрозой прерывания беременности и преждевременным отхождением околоплодных вод в сроке — после 22 недель гестации со всей области. Поэтому практически все новорожденные с экстремально низкой массой тела с 2008 года в Мурманской области рождались в учреждении родовспоможения третьего уровня (в МОПЦ), где им оказыва-

лась высококвалифицированная помощь на этапе родов акушерами-гинекологами, имеющими навыки в работе с родами во 2-м триместре беременности, соответственно больше плодов выжили в родах [6]. Так, если в 2001 году в области выжило 5 детей с экстремально низкой массой тела при рождении, то в 2010 — уже 17 детей переведено на 2-й этап выхаживания. Все дети с экстремально низкой массой тела при рождении в Мурманской области, выжившие в 2010 году, родились в ГУЗ «МОПЦ».

Кочный фонд.

При появлении перинатального центра повысилась средняя занятость койки для беременных и рожениц по области на 23 % (с 246,6 дней в 2001 году до 303,0 дней в 2010 году). Это прежде всего связано с возросшей нагрузкой на койки МОПЦ при сохранении прежнего кочного фонда в учреждении и сокращением акушерского кочного фонда в области (в 2010 году закрыты родильные дома в городах Кола и Апатиты). Недостаток кочного фонда для рожениц может в будущем негативно сказаться на гнойно-септической заболеваемости, так как из-за высокой занятости койки (среднее число дней работы акушерской койки в МОПЦ в 2010 году — 485,1) нет возможности предоставить «отдых» палатам [3]. Частично этот вопрос может быть решен вводом дополнительного акушерского физиологического отделения МОПЦ на 30 коек в 2012 году.

Следует отметить резкое снижение средней длительности пребывания на койке патологии беременности по области сразу после введения в работу Мурманского областного перинатального центра (19,4 в 2007 году и 12,7 в 2008 году). Мы связываем это с тем, что с момента организации МОПЦ практически половина коек патологии беременности учреждения работала на область. В условиях МОПЦ происходит более быстрая диагностика и терапия акушерской и экстрагенитальной патологии, и, как следствие, средняя длительность пребывания на койке стала меньше.

За последние 10 лет общее количество коек в учреждении осталось прежним — 171. Однако это произошло исключительно из-за того, что в учреждении вводились новые подразделения: 10 коек дневного стационара в 2004 году (сокращены до 3 к 2010 году) и 30 коек отделения патологии новорожденных и недоношенных детей в июле 2006 года. Произошло уменьшение количества коек акушерского отделения на 25 % (с 20 в 2001 году, до 15 в 2010 году), отделения новорожденных на 15 % (с 34 в 2001 году до 29 в 2010 году), гинеколо-

гического отделения на 44 % (с 50 в 2001 году до 28 в 2010 году). Неизменным осталось количество коек отделения реанимации новорожденных (6) и патологии беременных (40). Таким образом, количество коек непосредственно акушерского стационара не только не увеличилось после преобразования МУЗ «Родильный дом № 2» в ГУЗ «МОПЦ» в 2008 году, но даже сократилось на 9 % (с 120 в 2001 году до 110 в 2010 году), что по нашему мнению, не отвечает современным требованиям. Поток пациенток с 2008 года значительно увеличился, в частности, количество родов увеличилось на 32,1 % (с 1282 в 2001 году до 1694 в 2010 году). Требуется увеличение кочного фонда отделения реанимации новорожденных, так как с 2008 года отделение стало принимать практически всех новорожденных, требующих реанимационных мероприятий, со всей Мурманской области. То же самое касается и отделения патологии беременных — с 2008 года в этом отделении концентрируются беременные с наиболее сложными заболеваниями и высоким риском со всей Мурманской области, при этом кочный фонд остался прежним — на уровне городского родильного дома.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, введение перинатального центра на Кольском Севере благоприятно повлияло на акушерскую и неонатологическую службы региона. Однако до сих пор остаются нерешенными следующие проблемы:

1. Острый дефицит кочного фонда, особенно коек для беременных и рожениц, коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных в области в ГУЗ «МОПЦ»
2. Отсутствие протокола диагностики острого гипоксического состояния плода, требующего оперативного родоразрешения.
3. Несовершенный список показаний для госпитализации женщин в ГУЗ «МОПЦ»
4. Недостаточная работа с учреждениями родовспоможения области по соблюдению правил направления женщин в ГУЗ «МОПЦ» в соответствии с разработанным списком показаний для госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Володин Н. Н.* Руководство по организации и деятельности перинатального центра. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 13 с.
2. *Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М.* Кесарево сечение. — М.: Триада-Х, 2004. — 21 с.
3. *Леонов С. А., Сон И. М., Суханова Л. П.* и др. Руководство по анализу деятельности службы

- охраны материнства и детства Российской Федерации – М.: ЦНИИОИЗ, 2009. – С. 10–11,15, 35, 38.
8. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: стат. сб. – М.: Росстат. 2011. – С. 7–8.
 9. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия, как причина снижения качества родовспоможения // Материалы VI Росс. Форума Мать и дитя. – М., 2004. – С. 183–184.
 10. *Сидельникова В. М., Антонов А. Г.* Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 20 с.

INFLUENCE OF TRANSFORMATION THE MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL INTO REGIONAL PERINATAL CENTRE ON INDICATORS OF WORK OBSTETRIC AND NEONATAL REGIONAL SERVICES (ON AN EXAMPLE OF THE KOLA NORTH)

Pryalukhin I. A.

◆ **Resume.** In the article the author describes the changes in obstetric and neonatal services of the Kola North after reorganizing the municipal maternity hospital into the regional perinatal center. Detailed description of changes in birthrate, bed space, perinatal and neonatal death rates, caesarean section rates, archiverments in nursering newborns with extremely low birth weights is given in the article. Also in the article marked unsolved problems of obstetric and neonatal services of regional health care system and Murmansk Regional Perinatal Centre.

◆ **Key words:** perinatal centre; municipal maternity hospital; Kola North; obstetric service; neonatal service.

◆ Информация об авторах

Прялухин Иван Александрович – аспирант кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП педиатрическая медицинская академия Минздравсоцразвития России.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП.
E-mail: baho0703@mail.ru.

Pryalukhin Ivan Alexandrovich – post-graduate at the department of social pediatrics and public health postgraduate education SPbGPMA of Health Ministry of Russia.
Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy of Health Ministry of Russia.
194100, St. Petersburg, Litovskaya str., 2.
E-mail: baho0703@mail.ru.