

05.07.2010 г.

УДК: 618.4:618.5(470)

Суханова Л.П., Леонов С.А.

Родовспоможение в России – состояние, тенденции развития, пути совершенствования

[ФГУ ЦНИИОИЗ](#), Москва

L.P.Sukhanova, S.A.Leonov

Obstetric care in Russia – condition, tendencies of development, ways of perfection

[Federal Public Health Institute](#), Moscow

Анализ качественных показателей службы родовспоможения за 1991-2009 гг. позволяет заключить, что за постсоветский период существенно снизился риск смерти женщины в родах. Однако угроза потери здоровья в процессе беременности, родов и аборта к настоящему времени практически сохраняется на «дореформенном» уровне. Уменьшение материнской и перинатальной смертности происходит при существенном отставании темпов снижения предотвратимых осложнений у рожениц и новорожденных. Важнейшими факторами неблагополучия в службе родовспоможения является, во-первых, недостаточность ресурсного обеспечения из-за продолжающегося необоснованного снижения числа акушерских коек, а во-вторых, недостаточная квалификация врачей, что обуславливает высокую частоту предотвратимой акушерской и перинатальной патологии. Одной из причин предотвратимых потерь здоровья женщин являются поздние аборты. Негативные исходы прерывания беременности в 22-27 недель являются убедительным доводом в пользу перехода на новые критерии перинатального периода с 22 недель беременности с позиций не только плода, но и сохранения здоровья женщины.	The analysis of quality indicators of obstetric care service during 1991-2009 allows to conclude that the risk of mortality among women during child birth has essentially decreased in the post-Soviet period. However, the threat of health losses during pregnancy, child birth and abortion is practically kept at a "pre-reform" level at the present time. Reduction in maternity and perinatal mortality takes place with essential backlog in the decrease of preventable complications in women in childbirth and newborns. The major trouble factors in obstetric care service are, first, insufficient resource provision because of proceeding unreasonable decrease in the number of obstetrical beds and, second, insufficient qualification of doctors that causes high rate of preventable obstetric and perinatal pathologies. One of the reasons for preventable losses of women health are late abortions. Negative outcomes of pregnancy abortion in 22-27 weeks are the sensible argument for the benefit of transition to new criteria of the perinatal period from 22 weeks of pregnancy with taking into consideration only a fruit, but also preservation of woman's health.
--	--

Ключевые слова: роды, аборт, организация родовспоможения, предотвратимые осложнения в родах, ресурсы родовспоможения, акушерские койки, сертификация, аттестация врачей.

Key words: child birth, abortion, the organization of obstetric care, preventable complications in child birth, resources of obstetric care, obstetric beds, certification, certification of doctors.

Родовспоможение представляет собой особую отрасль здравоохранения, поскольку является одним из основных инструментов управления здоровьем населения не только в настоящем, но и в будущем.

В современной России в связи с неблагоприятной демографической ситуацией сохранение здоровья рождающегося потомства особенно важно. В условиях прогнозируемого снижения численности населения России и дальнейшего ухудшения его возрастной структуры особенно опасны дефекты родовспоможения, в результате которых возможно формирование инвалидизирующей патологии, как у матери, так и у ребенка или преждевременная необоснованная утрата человеческой жизни. Поэтому, наиболее важной проблемой родовспоможения является предотвращение у рождающей женщины и рождающегося ребенка управляемой патологии.

1. Репродуктивные и акушерские проблемы

Благоприятные тенденции репродуктивного поведения российских женщин в течение 2000-х годов, обусловленные как структурным демографическим фактором и «сдвигом в календаре рождений» [1; 7], так и предпринимаемыми правительством мерами по повышению рождаемости, характеризуются довольно устойчивым ростом числа рождений (за исключением 2005 г.) и снижением абортот, в результате чего за последние четыре года число деторождений стало превышать число абортот (табл. 1).

Однако снижение числа зарегистрированных абортот сопровождается изменением их структуры – ростом доли самопроизвольных (до 15,2% в 2009 г.) и неуточненных абортот (5,2%), а также прерываний беременности по медицинским показаниям (2,6%), при снижении числа артифициальных абортот (до 76,9% в 2009 г.).

Следовательно, проблема абортот сегодня – это не только обеспечение безопасного прерывания нежелательной беременности, но и сохранение здоровья женщины и плода при спонтанных абортот и абортот по медицинским показаниям, производимых в половине случаев в поздние сроки беременности (свыше 22 недель).

Показатели здоровья беременных в России - после катастрофического ухудшения в 90-х годах - несколько улучшаются в течение последних трех-пяти лет. Однако уровень экстрагенитальной и акушерской патологии сегодня продолжает превышать дореформенные показатели – в 2-7 раз (табл. 2).

Сохраняется на прежнем уровне частота невынашивания и недонашивания беременности, составивших в 2009 г. в сумме 8,0 на 100 закончивших беременность (4,06% - абортот и 3,94 – преждевременных родов). Частота угрозы прерывания беременности в 2009 г. составила 18,3% при сроке гестации до 22 недель, 9,3% - в 22-27 недель и 7,8% - в 28-37 недель.

Таблица 1

Динамика основных репродуктивных показателей в России в 1991-2009 гг.

	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/ 2008 ±%
Рождаемость	12,1	9,3	8,3	8,7	9,1	9,8	10,3	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	2,5
Смертность	11,4	15	14,7	15,4	15,6	16,3	16,5	16,0	16,1	15,2	14,7	14,7	14,2	-3,4
Число родившихся живыми	1752745	1344137	1198631	1247490	1297176	1379557	1438584	1463429	1415799	1457826	1581023	1683183	1732059	2,9
Материнская смертность (на 100 тыс. живорожденных) – данные Росстата	52,4	53,3	44,2	39,7	36,5	33,6	31,9	23,4	25,4	23,8	22,1	21,0		
Материнская смертность в сроке менее 28 нед. (на 100 тыс. живорожденных)	17,33	16,28	14,66	12,23	9,53	8,66	7,00	5,38	5,70	5,1	3,3	2,9		
Материнская смертность в сроке 28 нед. и более (на 100 тыс. живорожденных)	35,1	37,0	29,55	27,47	27,0	24,91	24,9	18,0	19,7	18,7	18,8	18,1		
Число родившихся мертвыми	15558	10244	8854	8494	8778	8996	8935	8713	8276	8294	8743	8764	8463	-3,4
ВСЕГО РОДИЛОСЬ	1768303	1354381	1207485	1255984	1305954	1388553	1447519	1472142	1424075	1466120	1589766	1691947	1740522	2,9
Число родов	1755486	1345041	1199283	1247417	1296362	1377980	1436543	1460569	1412740	1454366	1576053	1676582	1724553	2,9
ОБЩЕЕ ЧИСЛО АБОРТОВ	3608412	2574834	2059702	1961539	1856951	1782266	1676971	1604491	1490001	1407042	1302480	1236362	1161690	-6,0
Число аборт на 1000жфв*	100,3	67,6	52,8	49,5	46,7	44,6	41,9	40,1	37,5	35,6	33,3	33,4	30,48	-8,7
Число аборт на 100	199,3	187,4	170,6	156,2	142,2	128,3	115,9	109,0	104,6	96,0	81,9	73,1	66,74	-8,7

ржм**														
Медицинские легальные аборт	3108230	2210874	1707470	1615138	1522133	1445281	1349652	1301103	1202276	1124624	1021843	967497	893611	-7,6
% медицинских легальных абортов	86,1	85,9	82,9	82,3	82,0	81,1	80,5	81,1	80,7	79,9	78,5	78,3	76,9	-1,7
Медицинский аборт на 1000 жфв	62,8	40,9	30,5	28,3	26,7	25,4	33,7	32,5	30,2	28,5	26,1	26,1	23,4	-10,3
Медицинский аборт на 100 р.ж.м.	127,8	115,0	98,5	89,3	81,4	72,9	93,2	88,4	84,4	76,7	64,3	57,2	51,3	-10,2
Доля медикаментозных абортов (% медицинским)								0,47	0,96	1,48	2,20	3,31	3,93	18,6
Самопроизвольные аборт	232131	186277	170490	173905	167291	174282	170532	171592	168140	168026	173938	175572	176409	0,5
% самопроизвольных абортов	6,43	7,23	8,28	8,87	9,01	9,78	10,17	10,69	11,28	11,94	13,35	14,20	15,19	6,9
Самопроизвольные аборт на 1000жфв	6,45	4,89	4,37	4,39	4,21	4,36	4,26	4,29	4,23	4,26	4,45	4,74	4,63	-2,4
самопроизвольные аборт на 100р.ж.м.	13,1	13,8	14,1	13,8	12,8	12,6	11,8	11,7	11,8	11,5	10,9	10,4	10,14	-2,3
Аборт по медицинским показаниям	56471	44923	43884	42232	41109	41234	43862	47928	42703	44109	40170	29931	30003	0,2
% абортов по медицинским показаниям	1,56	1,74	2,13	2,15	2,21	2,31	2,62	2,99	2,87	3,13	3,08	2,42	2,58	6,7
Аборты по медицинским показаниям на 100 жфв	1,57	1,18	1,12	1,07	1,03	1,03	1,10	1,20	1,07	1,12	1,03	0,81	0,79	-2,6

Аборты по медицинским показаниям на 100р.ж.м.	3,19	3,32	3,63	3,36	3,15	2,97	3,03	3,26	3,00	3,01	2,53	1,77	1,72	-2,6
Криминальные	13642	5263	4152	2639	2440	1838	2395	1476	1477	1221	1351	1309	1132	-13,5
% криминальных абортов	0,378	0,204	0,202	0,135	0,131	0,103	0,143	0,092	0,099	0,087	0,104	0,106	0,10	-8,0
Криминальные аборты на 1000жфв	0,379	0,138	0,106	0,067	0,061	0,046	0,060	0,037	0,037	0,031	0,035	0,035	0,03	-16,0
Неуточненные	115430	95987	87237	83938	82332	79559	79856	76591	72722	67129	63850	61155	60001	-1,9
% неуточненных абортов	3,20	3,73	4,24	4,28	4,43	4,46	4,76	4,77	4,88	4,77	4,90	4,95	5,16	4,4
Неуточненные аборты на 1000 жфв	3,21	2,52	2,23	2,12	2,07	1,99	2,00	1,92	1,83	1,70	1,63	1,65	1,57	-4,7
По социальным показаниям		31510	46469	43687	41646	40072	30674	5801	2683	1933	1328	898	534	-40,5
% абортов по соц. показаниям		1,22	2,26	2,23	2,24	2,25	1,83	0,36	0,18	0,14	0,10	0,07	0,046	-36,7
Аборты по соц. показаниям на 1000жфв		0,83	1,19	1,10	1,05	1,00	0,77	0,15	0,07	0,05	0,03	0,02	0,014	-42,2
Аборты по соц. показаниям на 100р.ж.м.		2,33	3,85	3,48	3,19	2,89	2,12	0,39	0,19	0,13	0,08	0,05	0,031	-42,2
Поздний аборт (22-27 нед. гестации) % к общему числу абортов	1,77	1,48	1,45	1,46	1,48	1,51	1,55	1,43	1,43	1,46	1,55	1,42	1,51	5,8

* 1000 жфв – на 1000 женщин фертильного возраста (15-49 лет)

** 100 ржм – на 100 родившихся живыми и мертвыми

Таблица 2

Динамика заболеваемости беременных в России в 1991-2009 гг. (на 100 закончивших беременность)

	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Изменение 2009//1991 (раз)
Число заболевших беременных			78,7	79,1	77,8	77,2	77,7	77,8	77,6	79,6	74,7	74,3	80,4	
Анемия беременных	16,6	34,4	41,2	43,9	42,7	42,8	41,8	41,7	41,5	41,6	39,0	37,5	35,3	2,1
Гестоз беременных	11,1	4,9	19,4	21,4	21,2	21,6	21,6	21,5	21,6	20,8	19,3	18,3	17,8	1,6
эклампсия, преэклампсия	0,19	0,33	2,62	2,3	2,09	2,04	2,7	2,1	2,4	2,0	1,9	1,5	1,4	7,6
Болезни щитовидной железы	0,99	3,12	7,12	8,42	9	9,06	8,7	8,4	8,3	8,0	7,3	6,8	6,4	6,4
Болезни системы кровообращения	5,5	7,7	9,4	10,2	9,8	10,2	14,0	10,4	10,6	10,9	10,3	10,5	10,3	1,9
Патология мочеполовой системы	8	12,9	17,5	18,6	18,6	19,4	19,9	20,3	21,2	21,3	20,4	19,9	19,2	2,4
Венозные осложнения	1,79	2,33	3,25	3,38	3,21	3,53	3,65	3,69	3,86	4,11	4,11	4,21	4,35	2,4
Сахарный диабет	0,11	0,11	0,13	0,12	0,14	0,12	0,16	0,15	0,16	0,18	0,21	0,25	0,27	2,5
Число преждевременных родов	3,82	3,72	4,01	4,06	3,69	3,60	3,46	3,42	3,44	3,29	3,30	3,41	3,94	1,0
Число абортс среди наблюдавшихся	4,36	4,74	5,05	4,81	4,67	4,68	4,36	4,03	3,98	4,24	4,37	4,22	4,06	0,9

Патология плода выявлена пренатально у 15,5% беременных женщин, причем в 9,7% имела место плацентарная недостаточность. Это обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных и согласуется с сохраняющимся превышением числа «маловесных» новорожденных (5,5 на 100 родившихся живыми в 2009 г.) над числом родившихся недоношенными (5,2%), являясь предрасполагающим фактором к развитию патологии не только новорожденных, но и детей более старшего возраста.

При анализе частоты заболеваний, осложнивших роды, обращает на себя внимание устойчивая тенденция занижения ее уровня у рожениц/родильниц в сравнении с беременными. Это касается в том числе патологии, которая не могла исчезнуть к моменту родов, значит речь идет о постоянной и повсеместной недорегистрации экстрагенитальных заболеваний в родах. Так, частота патологии мочеполовой системы в 2009 г. составила 19,2 на 100 беременных и 7,86% на 100 рожениц/родильниц; болезни системы кровообращения соответственно 10,3 и 6,86%. Болезни щитовидной железы составили в 2008 г. 6,8 на 100 беременных и лишь 3,84 у рожениц/родильниц (табл.3).

Данная тенденция является опасной и означает, что при ведении родов у больных женщин в половине случаев не учитывается экстрагенитальная патология, и лишь в случае неблагоприятного исхода родов для матери или плода имевшееся у женщины заболевание «учитывается» post factum – обычно в качестве замечания в заключении лечебно-контрольной комиссии. Возможно, одной из косвенных причин недоучета патологии рожениц является разница показателя, рассчитываемого «на 100 беременных», но «на 1000 родов», что затрудняет восприятие и сопоставление параметров.

Частота осложнений родов, проанализированная за 19 постсоветских лет, максимально возрастала в середине 90-х годов (акушерских кровотечений - с 33,3 на 1000 родов в 1991 г. до 39,3% в 1997 г., родового сепсиса с 1,03 до 2,02% в 1999 г., нарушений родовой деятельности с 96,5 до 135% в 1999 г.) и с 2000 г. имеет тенденцию к снижению.

Таблица 3

**Заболевания, осложнившие роды, и осложнения родов и послеродового периода
(на 1000 родов)**

	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/ 1991 ± %
Всего заболело на 100 родов			72,5	71,6	69,1	68,1	69,5	69,2	66,7	64,8	62,7	62,0	62,9	
% нормальных родов	46,2	35,6	30,8	30,8	31,0	31,5	32,0	32,7	33,7	34,9	36,5	36,6	37,5	-18,2
Отеки, протеинурия, гипертония	95,6	228,8	203,1	215,3	222,9	227,2	228,4	225,1	223,5	214,7	207,6	194,4	191,4	100,3
в т.ч. преэклампсия, эклампсия	3,4	6,2	37,0	34,4	37,2	37,2	41,4	36,7	38,1	33,9	33,1	29,6	27,1	691,4
Сахарный диабет	1,28	0,99	1,23	1,26	1,44	1,28	1,36	1,62	1,65	1,96	2,17	2,32	2,90	127,7
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты			2,28	1,98	1,96	1,86	1,79	2,00	1,83	1,68	1,95	1,86	1,99	
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,83	0,61	0,60	0,55	0,65	0,67	0,59	0,71	0,69	0,55	0,65	0,70	0,64	-21,9
Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты			9,17	8,89	9,19	9,43	8,87	8,94	9,15	9,03	9,06	8,86	8,41	

Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9,1	10,3	11,5	10,9	11,2	11,3	10,7	10,9	11,0	10,7	11,0	10,7	10,4	14,0
Нарушение родовой деятельности	96,5	124,7	134,6	132,6	130,1	128,9	124,0	122,3	122,2	121,9	113,4	109,8	116,1	20,4
Затрудненные роды	21,6	98,3	94,5	98,1	91,7	95,8	87,8	90,0	88,4	91,8	88,0	86,3	82,3	281,5
Разрыв промежности 3-4ст	0,75	0,43	0,41	0,29	0,37	0,30	0,29	0,33	0,34	0,31	0,23	0,17	0,16	-78,6
Разрыв матки	0,20	0,19	0,15	0,16	0,15	0,13	0,16	0,14	0,14	0,15	0,15	0,14	0,14	-31,5
% разрыва матки вне стационара	20,4	25,9	32,8	26,1	29,4	29,5	24,5	22,8	25,4	21,3	28,7	29,1	27,1	33,2
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	23,3	27,6	24,2	24,3	20,1	18,8	17,8	16,3	15,7	15,9	15,3	13,4	12,9	-44,6
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	1,03	1,79	2,02	1,77	1,42	1,84	1,29	1,06	1,31	1,30	0,73	0,58	1,10	6,7
Перитонит на 1000 операций кесарева сечения	4,66	2,06	1,53	1,14	0,68	0,62	0,59	0,59	0,50	0,38	0,39	0,26	0,19	-95,8
СЕПСИС на 1000 родов самопроизвольных	0,75	1,76	2,09	1,87	1,56	2,06	1,42	1,15	1,48	1,50	0,81	0,65	1,34	79,2
Болезни мочеполовой системы	49,4	87,0	96,0	93,6	93,7	92,4	93,0	93,6	89,5	88,8	86,7	79,5	78,6	59,0
Венозные осложнения	11,4	17,1	18,4	17,6	18,7	19,0	19,6	19,5	18,9	21,5	21,6	23,3	21,7	91,0
Болезни щитовидной железы	5,4	19,3	44,0	51,6	53,5	53,4	52,4	48,8	47,3	43,9	39,6	38,4		
Анемия	90,2	209,5	268,7	265,8	272,7	267,1	263,9	257,9	259,5	260,0	244,7	230,9	225,4	150,0
Болезни системы кровообращения	34,4	53,2	64,9	68,5	66,0	67,5	69,4	68,3	68,4	68,7	68,1	67,7	68,6	99,5
КРОВОТЕЧЕНИЯ-ВСЕ	33,3	38,5	36,2	35,7	31,9	30,7	29,0	27,9	27,4	27,1	26,9	24,8	24,0	-28,0

Однако в 2009 г. частота некоторых осложнений в родах остается выше уровня 1991 г., в том числе управляемой акушерской патологии: нарушений родовой деятельности – на 20,4%, кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты – на 14%, родowego сепсиса на 6,7%, (особенно после родов через естественные родовые пути – на 79,2%).

Число нормальных родов, снизившееся с 46,2% в 1991 г. до 29,7% в 1998 г. (минимальный уровень), в 2009 г. составило лишь 37,5%, т.е. доля патологических родов (62,5%) превышает исходный уровень 1991 г. (53,8%).

Оценивая динамику частоты осложнений в родах и послеродовом периоде в течение 1991-2009 гг., надо отметить, что в большей степени за анализируемый период улучшились качественные показатели оперативных родов – многократно снизилась частота перитонита после кесарева сечения и послеоперационной летальности. В то же время некоторые результаты самопроизвольных вагинальных родов даже ухудшились.

Так, трехкратное увеличение частоты кесарева сечения (с 74,1 на 1000 родов в 1991 г. до 209,6 в 2009 г.) сопровождалось пятикратным снижением летальности при данной операции с 0,125 до 0,026% за те же годы (при увеличении показателя до 0,17-0,18 на 100 операций в неблагоприятных 1993-1996 годах, когда происходило ухудшение всех параметров службы).

В максимальной степени (в 25 раз!) за 18 лет снизилась частота перитонита после кесарева сечения (с 4,66 на 1000 операций в 1991 г. до 0,19 в 2009 г.). Однако частота септических осложнений после вагинальных родов, наоборот, увеличилась за те же годы

почти в два раза - с 0,75 до 1,34 на 1000 самопроизвольных родов. При этом характерно, что если в начале 90-х годов частота перитонита после кесарева сечения была выше частоты септических состояний после вагинальных родов, то с конца 90-х ситуация кардинально изменилась – частота послеродового сепсиса существенно превысила частоту перитонита после кесарева сечения – рис. 1.

В результате противоположной динамики показателей доля перитонита после кесарева сечения в структуре всех септических состояний снизилась с 33,1% в 1991 г. до 3,7% в 2009 г., и сейчас проблема сепсиса – это проблема родов через естественные родовые пути. Следовательно, в настоящее время самопроизвольные роды представляют большую опасность в сравнении с оперативными с точки зрения вероятности развития септических осложнений. Акушерский сепсис в современной России – это проблема стационаров 1-2 уровня, где происходит большинство самопроизвольных родов. Эту ситуацию нельзя не связать с неблагоприятной тенденцией в ресурсном обеспечении родовспоможения – устойчивым снижением числа акушерских коек - в 1,5 раза за анализируемый период [10;12].

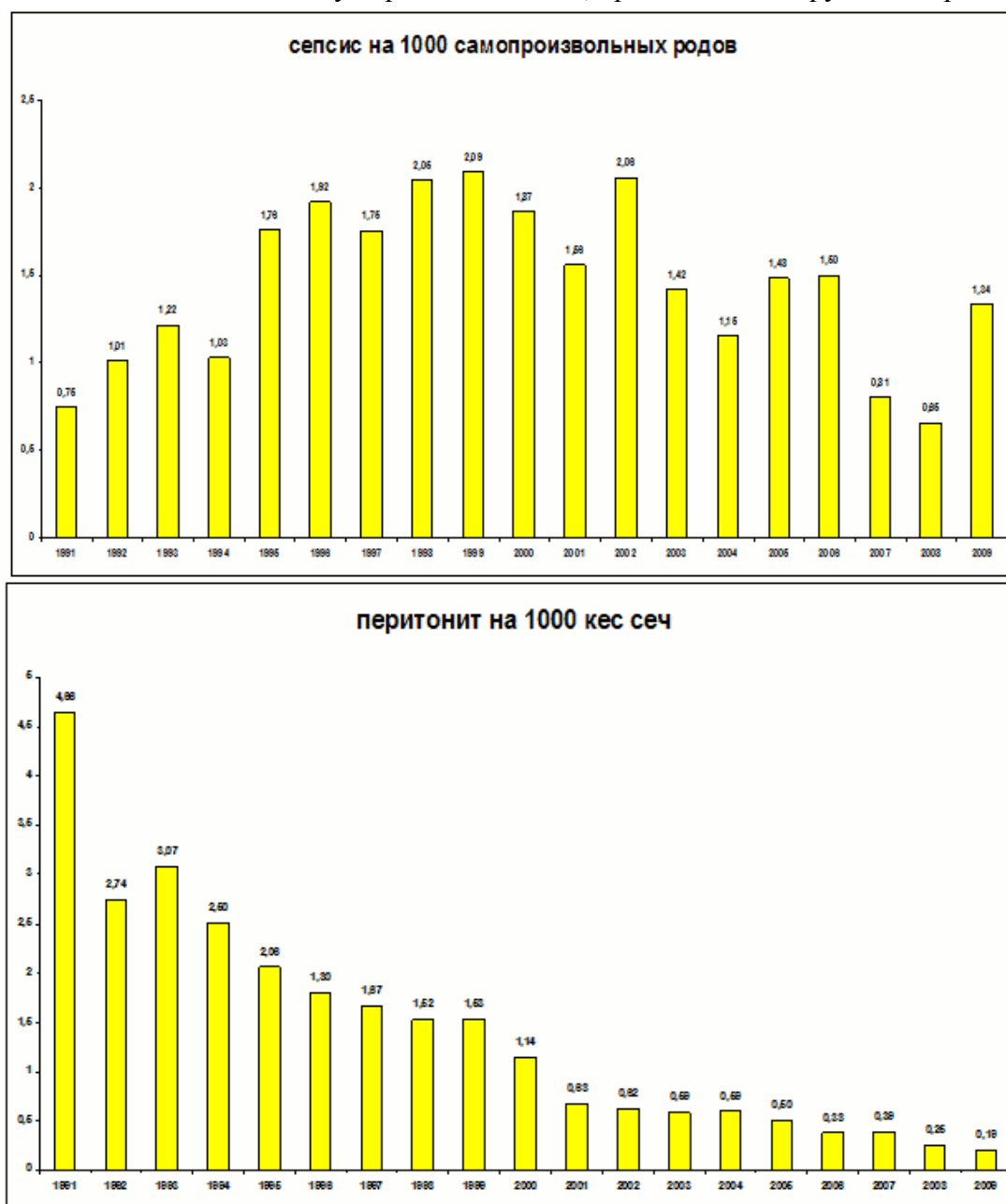


Рис. 1. Динамика частоты сепсиса (на 1000 самопроизвольных родов) и перитонита после кесарева сечения (на 1000 операций) в 1991-2009 гг.

Изменение структуры септических осложнений в сторону преобладания послеродового сепсиса отражает общие тенденции современного акушерства – большие успехи высоких технологий, в том числе и оперативных родов, при менее значимых позитивных результатах в классическом («базовом») консервативном акушерстве.

Особого внимания заслуживает почти двукратное снижение сепсиса в 2007-2008 гг., связанное по времени с вводом в действие приказа МЗСР РФ № 50 от 19.01.2007 г., определяющего гнойно-септические осложнения после родов как критерий качества стационарной акушерской помощи и в связи с этим регламентирующего оплату труда медицинского персонала.

Показательно, что в 17 регионах, включенных в «пилотный проект», предусматривающий дополнительное финансирование при высоком качестве медицинских услуг, частота сепсиса по среднему показателю в регионах снизилась максимально - в 4,4 раза за один год (с 2,03 на 1000 родов в 2006 г. до 0,46 в 2007 г.) - при снижении показателя по России за те же годы с 1,30 до 0,73‰ (в 1,8 раз). Впрочем, возможность такого снижения тоже вызывает сомнения - учитывая весьма высокую частоту сепсиса в предыдущие годы - 1,29-1,31‰).

Очевидно, что речь идет о «директивном» характере снижения этой патологии за счет ее недорегистрации. В то же время гиподиагностика септического осложнения опасна и ведет к отсутствию или неадекватной терапии, или запоздалому началу лечения, что неизбежно усугубляет имеющееся патологическое состояние и ухудшает отдаленные последствия.

Динамика акушерских кровотечений также имеет 2-х-фазный характер – рост показателя в 90-е годы с последующим снижением, в основном за счет кровотечений в последовом и послеродовом периоде. При этом по мере снижения частоты акушерских кровотечений отмечается изменение их структуры – уменьшение доли кровотечений в последовом и послеродовом периоде при одновременном увеличении кровотечений в связи с предлежанием и отслойкой плаценты. Оценивая кровотечения, как весьма значимое акушерское осложнение, характеризующее уровень акушерской помощи в стационаре, надо подчеркнуть, что большинство кровотечений являются предотвратимым осложнением (при правильной тактике ведения родов). Профилактикой акушерских кровотечений является оптимизация ведения родов - эффективное лечение аномалий родовой деятельности, строгий отбор показаний к амниотомии, родовозбуждению, родостимуляции, предотвращение акушерской агрессии [2;5;13].

В 2009 г. общее число заболевших рожениц и родильниц несколько увеличилось (с 62,0% в 2008 г. до 62,9%) за счет роста частоты нарушений родовой деятельности (с 109,8 на 1000 родов до 116,1, или на 5,8%) – при том, что в 1991 г. уровень этой патологии составлял лишь 96,5 на 1000 родов.

В структуре аномалий родовой деятельности преобладает слабость родовых сил (65,6%), дискоординация родовой деятельности (15,8%) и стремительные роды (13,2%). Как известно, данная патология является вполне управляемой, и рост ее частоты означает низкое качество ведения родов. В то же время аномалии родовой деятельности являются исходным фоном для развития как интранатальной гипоксии плода, так и патологии матери (атонических кровотечений, послеродовых инфекций и т.д.). И вопросам коррекции слабости родовой деятельности, а также акушерской тактике при преждевременном излитии околоплодных вод посвящены многочисленные публикации последних лет, регламентирующие применение утеротонических средств в родах. Авторами убедительно показано, что гиперстимуляция родовой деятельности является патогенетической основой для развития не только гипотонического кровотечения, но и отслойки плаценты, и

акушерской эмболии с известными тяжелыми последствиями, а также интранатальной гипоксии плода и других осложнений [2;4;8;13].

Особое значение в современном акушерстве придается проблеме «акушерской агрессии» и чрезмерного форсирования родов с применением амниотомии, родовозбуждения и родостимуляции [4;5;8].

Снижение частоты кровотечений в 2009 г. (с 24,8 до 24,0 на 1000 родов, или на 3,5%), бесспорно позитивный факт, однако показатель остается высоким (каждая 40-ая женщина!), учитывая опасность данной патологии как потенциального фактора риска материнской смерти.

Разрыв матки, характеризующийся максимальной летальностью (11,6-5,2% в разные годы) и являющийся одним из главных критериев качества акушерской помощи, в течение 18 лет имеет некоторую общую тенденцию к снижению. Однако в последние годы показатель остается стабильным (0,15-0,14 на 1000 родов). При этом основная часть случаев разрыва матки (78,7%) происходит в стационаре (в 2009 г. 188 из 239 случаев).

Наиболее тяжелой утратой здоровья женщин с полной необратимой потерей репродуктивной функции является операция акушерской гистерэктомии (obstetric hysterectomy, peripartum hysterectomy), производимая в родах или после родов и относящаяся к наиболее тяжелой акушерской травме. Высокая частота акушерской экстирпации матки (с колебаниями показателя от 2,37 на 1000 родов в 2001 г. до 1,24 в 2007 г.) и высокой летальностью (среднегодовой показатель за 1999-2007 гг. 2,42 на 100 оперированных, или каждая 40-ая женщина) отражает дефекты ведения родов и медицинской помощи на предшествующих этапах - неадекватный метод родоразрешения или несвоевременность кесарева сечения.

С 2008 г. в России, как и в мировой акушерской практике [14], учитывалась не только экстирпация, но и надвлагалищная ампутация матки, и очевидно, что число гистерэктомий (1,74-1,62 на 1000 родов в 2008-2009 гг.) существенно превысило частоту экстирпаций матки в 2007 г. (1,24).

Особую проблему в современной России представляет потеря здоровья женщин при прерывании беременности в позднем сроке. Сегодня эта проблема представляет особый интерес в связи с планируемым с 2012 г. переходом России на рекомендуемые ВОЗ критерии перинатального периода с 22 недель беременности и массы тела плода 500 г.

Как известно, в отечественном акушерстве прерывание беременности в этом сроке считается поздним абортom, и для перехода на новые критерии перинатального акушерства необходима разработка качественно иных подходов к проблеме - с учетом интересов как плода, так и матери. В то же время отечественные публикации посвящены в основном вопросам состояния плода и совершенствования технологий выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, хотя проблема этим далеко не исчерпывается. Предстоящая «перинатальная реформа» должна основываться на результатах анализа и перинатальных, и акушерских исходов беременности, прервавшейся или прерванной в сроке 22-27 недель.

Клинико-статистический анализ данных о прерывании беременности в сроке 22-27 недель за 2009 год (по статистическим формам №№13,14 и 32) выявил преобладание самопроизвольных абортов (55,4%) и абортов по медицинским показаниям (41,1%), среди которых в половине случаев (48,2%) беременность прервана в связи с врожденными пороками развития плода. Неуточненные и криминальные аборты составили суммарно 3,6% в структуре поздних абортов (518 и 103 аборта из общего их числа 17493).

Из 17798 родившихся в сроке 22-27 недель плодов родились мертвыми 13391 (75,2%), живыми - 4407 (24,8%), из которых 2232 (50,6%) умерли в первые 168 часов.

Наибольший интерес представляет анализ акушерских показателей при прерывании беременности в сроке менее 28 недель. Согласно статистической форме №14, в 2009 г. операция малого кесарева сечения была произведена у 30,6% среди данного контингента (против 21% у женщин со сроком гестации 28 недель и более), причем летальность после этой операции при позднем аборте (0,26%) в 8 раз превысила таковую у родильниц (0,031%).

Число операций экстирпации и надвлагалищной ампутации матки при позднем аборте составило 31,2 на 1000 прерываний беременности в сроке 22-27 недель (каждая 32-ая женщина!), что в 19 раз выше частоты этих операций после родов (1,62 на 1000 родов). Летальность после гистерэктомии в сроке гестации менее 28 недель составила 3,30%, превысив в 1,7 раз таковую у родильниц (1,97).

Важно отметить, что в сравнении с 2008 г., когда впервые была начата регистрация абдоминальных операций в сроке менее 28 недель, в 2009 г. произошел рост частоты малого кесарева сечения на 12,0%, а экстирпации и ампутации матки - на 17,3%. Летальность после малого кесарева сечения возросла на 36,8%, а после гистерэктомии – в 1,5 раза (с 2,14 до 3,30 на 100 оперированных).

О неблагоприятных исходах «позднего аборта» свидетельствует и то, что из 72 женщин, умерших после прерываний беременности в сроке менее 28 недель (согласно статистической форме №13) от аборта в сроке гестации 22-27 недель умерли 34 женщины, или 47,2%, при том, что в структуре всех абортов доля позднего аборта составила 1,5%.

Характеризуя исходы беременности при «позднем аборте» как крайне неблагоприятные для женщины, надо отметить, что к прерыванию беременности в позднем сроке чаще прибегают юные контингенты. Так, доля подростков и женщин до 19 лет составила в структуре поздних абортов 10,1%, при том, что доля этого контингента в структуре всех абортов в 2009 г. равна 7,7%. Следовательно, проблема позднего аборта – это, в значительной степени, проблема девушек-подростков.

Неблагоприятные исходы беременности при поздних абортах являются убедительным доводом в пользу пересмотра критериев перинатального периода не с 28, а с 22 недель гестации - с позиций предотвращения потерь здоровья женщины, а не только в интересах плода [10;12].

Очевидно, назрела необходимость более тщательного изучения проблемы «позднего аборта» (точнее «очень ранних преждевременных родов»). Признание прерывания беременности в сроке 22-27 недель родами, а не абортом, безусловно, будет способствовать повышению техники и качества выполнения манипуляций и оперативных вмешательств, которые должны производиться в акушерском, а не в гинекологическом стационаре, при более квалифицированной медицинской помощи этим женщинам и более ответственном отношении к пациентке. В 2009 г. в гинекологических стационарах было произведено 32,6% поздних абортов от общего их числа.

При обсуждении проблемы позднего аборта и перехода на новые критерии перинатального периода на 4-м съезде акушеров-гинекологов РФ принята резолюция: «до 2012 г. продолжать считать родами прерывание беременности начиная с 28 недель, в последующем – с 26 недель» [6].

Таким образом, важнейшим фактором предотвращения потерь здоровья женщины (репродуктивного и соматического) является совершенствование медицинской помощи при прерывавшейся спонтанно или прерываемой по медицинским показаниям беременности в

позднем сроке. В целях обеспечения перехода отечественного родовспоможения на новый уровень перинатального акушерства, наряду с совершенствованием технологий выхаживания детей с низкой массой тела, необходима разработка оптимальных подходов к ведению родов в сроке 22-27 недель - с обеспечением большей, чем сегодня безопасности и матери, и плода. Для разработки организационно-методического обеспечения перехода учреждений акушерско-гинекологического профиля на новые условия функционирования и новый уровень оказания медицинской помощи необходимо получение более полной информации не только о перинатальных исходах позднего аборта (эта работа проводилась в течение последних лет в рамках подготовки к предстоящей реформе [3]), но и о результатах прерывания беременности в позднем сроке для женщины. Речь идет о детальном изучении характера и частоты оперативных вмешательств, послеабортных осложнений в зависимости от вида аборта, метода и места прерывания беременности - в сопоставлении с перинатальными исходами.

Поскольку современная статистика подобными данными не располагает, для оптимизации методов прерывания беременности в сроке 22-27 недель и предотвращения потери здоровья как женщины, так и плода в процессе родов, представляется целесообразным проведение персонифицированного анализа исходов прерывания беременности в позднем сроке и с перинатальных, и с акушерских позиций.

В отличие от неоднозначной динамики осложнений при родах и аборте, материнская смертность в России за анализируемый период относительно устойчиво снижалась с 52,4 на 100000 живорожденных в 1991 г. до 21,0 в 2008 г., или в 2,5 раза. (В значительной степени это связано с деятельностью специализированных служб - анестезиолого-реанимационной, службы крови, применения эфферентных методов лечения.)

Следовательно, за последние два десятилетия существенно снизился риск смерти женщины в родах и при аборте, однако угроза потери здоровья в процессе беременности, аборта и родов к настоящему времени фактически сохраняется на «дореформенном» уровне, а по некоторым позициям превышает его из-за высокой частоты акушерских осложнений, в основном в процессе самопроизвольных родов.

Все это не позволяет считать отечественное родовспоможение достаточно безопасным для рожавшей женщины и диктует необходимость принятия мер по повышению качества медицинской помощи в родах.

2. Перинатальная патология

В динамике постсоветского периода наиболее неблагоприятная перинатальная ситуация наблюдалась в середине 90-х годов [12] - рост перинатальной смертности доношенных плодов и детей (с 4,16 в 1991 г. до 6,53-6,55‰ в 1996-1997 гг.), антенатальной мертворождаемости (с 5,17‰ до 5,98‰ в 1997 г.), сепсиса новорожденных (с 0,46 до 0,59‰ в 1999 г.), гемолитической болезни (с 6,11 в 1991 до 10,4‰ в 1998 г.), частоты родовой травмы новорожденных (с 23,8‰ в 1991 г. до 32,7‰ в 1996 г.), что предопределило высокую заболеваемость детей в последующие годы.

Перинатальная смертность (ПС) - при более чем двукратном снижении ее уровня за 18 лет (с 17,9‰ в 1991 г. до 8,3 в 2008 г.) - характеризуется продолжающимся ростом удельного веса антенатальной мертворождаемости (до 82,9% от числа мертворожденных и до 50,2% в структуре перинатальных потерь), причем большинство случаев дородовой гибели плода происходит в акушерском стационаре [11]. Второй неблагоприятной особенностью динамики ПС является рост удельного веса доношенных детей, число которых в 2008 г. составило 50,6% в структуре перинатально погибших.

Продолжающаяся деформация структуры ПС отражает, во-первых, степень недорегистрации недоношенных низкой массы тела, во-вторых продолжающийся диссонанс в уровне организации медицинской помощи при доношенной и недоношенной беременности, т.е. в ЛПУ разного уровня.

Мониторинг заболеваемости новорожденных в России за 18 лет постсоветского периода выявляет двухфазную динамику показателей. Число родившихся больными и заболевших детей катастрофически увеличивалось в 1991-2005 гг. с 173,7 на 1000 живорожденных до 406,8, или в 2,3 раза, с последующим снижением показателя до 361,3 в 2009 г.

За последние 4 года произошло снижение заболеваемости (на 11,2%) за счет уменьшения частоты внутриутробной гипоксии и асфиксии при родах на 32,5% (с 158,7 на 1000 родившихся живыми в 2005 г. до 107,1 в 2009 г.), перинатальных инфекций на 26,3% (с 22,8 до 16,8‰), родовой травмы на 21,5% (с 40,4 до 31,7‰), врожденных аномалий на 12,2% (с 33,1 до 29,1‰), гематологических нарушений на 13,3% (с 13,0 до 11,3‰), а также замедления роста и недостаточности питания – на 7,9% (с 94,8 до 87,3‰).

Однако, несмотря на позитивные тенденции, у рождающихся сегодня детей регистрируется чрезвычайно высокий уровень патологии, существенно превышающий дореформенные показатели 1991 г. Сегодня больным рождается каждый третий ребенок. Очевидно, что высокая заболеваемость рождающихся в России детей является неизбежным следствием плохого здоровья беременных, и тенденции заболеваемости новорожденных вполне закономерно соответствуют темпам изменения патологии матери.

Однако надо отметить высокий уровень управляемой патологии новорожденных, которую в большинстве случаев можно было предотвратить за счет эффективной пренатальной помощи или выбора адекватного метода родоразрешения и обеспечения бережного ведения родов.

К предотвратимой патологии относится, прежде всего, родовая травма новорожденного, частота которой, несмотря на снижение, остается на недопустимо высоком уровне – каждый 30-й рождающийся сегодня ребенок.

Неблагоприятная динамика респираторных нарушений новорожденных, регистрируемых наиболее детально с 1999 г. (по МКБ-Х), характеризуются ростом частоты (с 31,9 до 39,1 на 1000 живорожденных за 1999-2009 гг.) за счет респираторного дистресс-синдрома не только у недоношенных, но и у доношенных детей. Наиболее тревожным является продолжающийся устойчивый рост частоты аспирационных неонатальных синдромов (с 4,29 на 1000 родившихся живыми в 1999 г. до 5,00 в 2009 г., или на 16,5%, в большей степени у доношенных детей - на 30,4%), поскольку данная патология является предотвратимой и характеризует интранатальную гипоксию плода, прежде всего при дефектах ведения родов и нарушении сократительной деятельности матки. Частота аспирационной пневмонии возросла за 1999-2009 гг. на 31,6%. Частота врожденной пневмонии в течение 1999-2009 г. увеличилась на 41,0% (табл. 4).

Таблица 4

Динамика респираторной патологии доношенных и недоношенных новорожденных в России в 1999-2009 гг. (на 1000 живорожденных)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/ 1999 ±%
Респираторные нарушения	31,9	33,1	34,6	36,3	36,2	36,7	37,5	39,4	38,9	39,4	39,1	19,4
РДС	17,4	18,1	17,8	18,7	19,1	18,6	18,9	19,5	19,5	20,5	20,8	12,2

РДС доношенных	5,73	6,26	5,86	6,15	6,12	5,86	6,18	6,13	5,89	6,56	6,43	47,9
РДС недоношенных	190,8	204,9	211,2	223,7	235,8	234,0	241,7	256,3	260,9	270,8	282,2	22,4
Аспирационный синдром	4,29	4,14	4,38	4,66	4,57	4,74	4,90	5,17	5,30	5,60	5,00	16,5
Аспирационный синдром доношенных	3,76	3,83	4,09	4,41	4,35	4,64	4,74	5,10	5,18	5,41	4,90	30,4
Аспирационный синдром недоношенных	12,2	9,0	9,1	8,6	8,2	6,5	7,6	6,5	7,4	9,1	6,7	-44,6
Аспирационная пневмония	0,83	0,85	0,99	1,07	0,94	0,96	1,00	1,23	1,08	1,01	1,10	31,6
Аспирационная пневмония доношенных	0,70	0,71	0,90	0,98	0,87	0,90	0,88	1,08	1,03	0,95	1,03	48,1
Аспирационная пневмония недоношенных	2,87	3,09	2,35	2,56	2,11	1,97	3,05	3,71	1,96	2,10	2,29	-20,3
Врожденная пневмония	5,72	5,84	6,80	7,60	7,26	7,86	7,80	8,08	8,42	8,10	8,06	41,0
врожденная пневмония доношенных	3,75	3,72	4,42	5,18	4,90	5,14	5,19	5,46	5,47	5,01	5,19	38,4
врожденная пневмония недоношенных	35,0	39,5	45,3	47,3	46,7	53,7	53,5	54,5	60,6	63,6	60,4	72,8

Характерно, что рост частоты аспирационного синдрома и аспирационной пневмонии происходит у доношенных детей при снижении этой патологии у недоношенных. Это свидетельствует о недостаточном качестве медицинской помощи прежде всего при своевременных родах – большинство которых происходит в муниципальных акушерских стационарах. Это согласуется с данными о более высокой частоте гнойно-септических осложнений после самопроизвольных родов в сравнении с оперативными, отражая более высокий риск родоразрешения через естественные родовые пути в стационарах 1-2 уровня, где выше уровень предотвратимой патологии как у матери, так и у ребенка.

Врожденные пороки развития и хромосомные нарушения - при современном уровне пренатальной диагностики и возможности предотвратить рождение детей с некорректируемыми пороками развития - являются условно предотвратимой патологией и рост их частоты в течение 1991-2009 гг. (с 18,8% до 29,1) следует расценивать не иначе, как проявление недостаточной эффективности пренатальной диагностики. Одной из причин этого может быть невыполнение стандартов обследования беременных, в том числе недостаточная доступность и качество пренатальной диагностики ВПР.

Суммарно число детей с условной предотвратимой перинатальной патологией составляет около 10% от общего числа родившихся.

Оценивая резервы снижения предотвратимой заболеваемости новорожденных, надо сказать, что ведущим является улучшение здоровья матери, определяющего условия внутриутробного развития плода. Однако важнейшим фактором снижения предотвратимой неонатальной патологии является совершенствование медицинской помощи на всех этапах – ante-, intra- и постнатальном. Для исключения управляемых факторов развития респираторной патологии новорожденных необходима антенатальная профилактика РДС (имеются данные о неадекватном применении для этого кортикостероидов [6]), предотвращение интранатальной гипоксии плода (путем сокращения дефектов акушерской помощи в родах, в том числе неконтролируемой родостимуляции), а также адекватная заместительная терапия сурфактантом на постнатальном этапе.

Обсуждая проблему здоровья родившихся детей, нельзя не сказать о так называемом «социальном» здоровье, критерием которого является весьма специфичный для России показатель - число новорожденных, от которых отказались родители в акушерском

стационаре. Число «отказных» детей составило в 2008 г. 3,94 на 1000 родившихся (каждый 250-й ребенок!), превысив число умерших в акушерском стационаре - 2,93%.

Эти данные в сопоставлении с частотой нежелательных беременностей (криминальных и неуточненных аборт) характеризуют актуальность социальных проблем репродуктивного процесса в России.

Чрезвычайно важной проблемой сегодня является совершенствование статистической отчетности – повышение ее достоверности, применение общепринятых в мировой перинатологии статистических критериев, а также выбор наиболее значимых в современном родовспоможении показателей с оперативным включением в отчетные статистические формы наиболее актуальных сведений (например, сведений об индуцированных родах).

3. Ресурсное обеспечение службы родовспоможения

Важнейшей проблемой современного родовспоможения является катастрофическое ухудшение материально-технической базы. Главной ошибкой является продолжающееся снижение числа акушерских коек (с 116,7 тыс. в 1991 г. до 79,6 в 2009 г.), что не согласуется с ростом числа родов в стране за последнее 10-летие (на 43,8% за 1999-2009 гг. – рис.2) и не учитывает динамики качественных параметров акушерской службы.

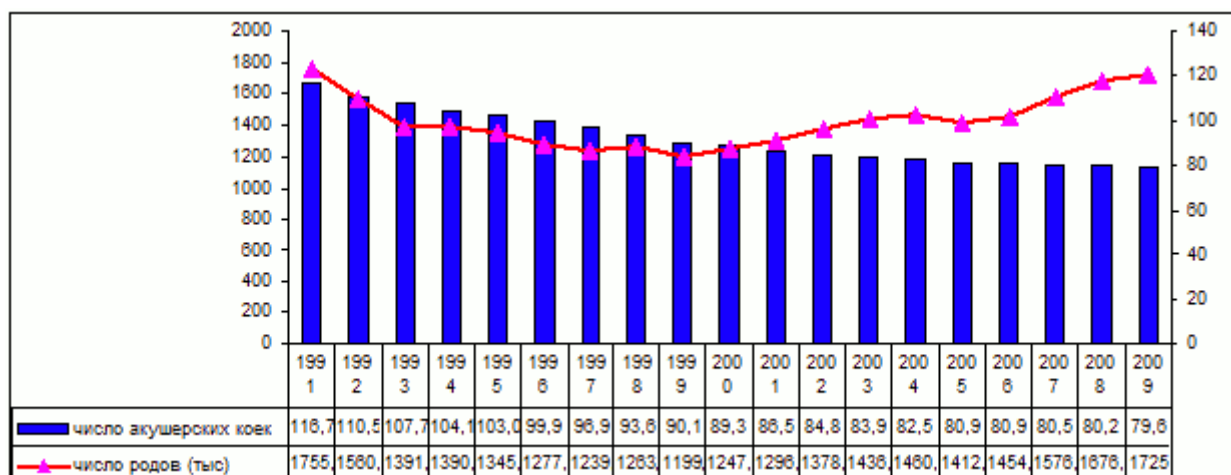


Рис 2. Динамика числа коек для беременных и рожениц (тысяч) – правая шкала в сопоставлении с числом родов – левая шкала - в России в 1991-2009 гг.

Сокращение коечного фонда и обеспеченности акушерскими койками вполне закономерно сопровождается повышением показателей работы койки за 1999-2008 гг. – ростом средней занятости акушерской койки в году (с 202 до 267 дней для койки рожениц и родильниц и с 286 до 326 для койки патологии беременных) при одновременном снижении длительности пребывания на койке (с 8,6 до 7,2 дней и с 14,3 до 10,3 соответственно).

Данную динамику следует признать негативной, поскольку рост интенсивности работы акушерской койки, во-первых, не соответствует низкому уровню здоровья рожаящих женщин и рождающихся детей, во-вторых, препятствует соблюдению должных правил санитарного и противоэпидемического режима в акушерском стационаре, создавая условия для возникновения септических осложнений у родильниц и новорожденных.

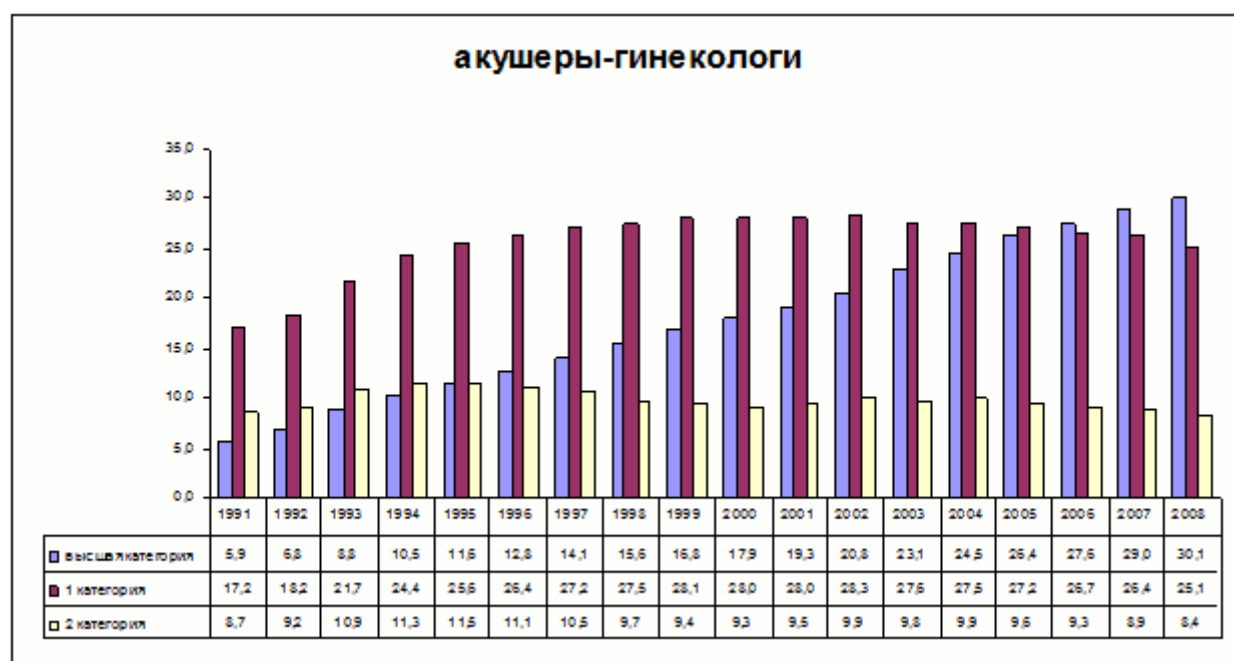
Погоня за экономической эффективностью деятельности учреждений недопустима в службе родовспоможения в связи с высокой опасностью роста септической заболеваемости родильниц и новорожденных из-за невозможности соблюдения должных требований

противоэпидемического режима при перегрузке акушерского стационара. Условия работы последнего предусматривают наличие определенного резерва коечного фонда в послеродовом и неонатальных отделениях, необходимого для выполнения основных принципов работы акушерского стационара – прежде всего цикличности заполнения палат, «проветривания» помещений и т.д.

Надо отметить, что из 184 родильных домов в России в 2009 г. 152 (82,6%) муниципального подчинения. В структуре акушерских коек в России более 70% составляют койки муниципальные. В родильных домах развернуто 28211 коек, в ЦРБ - 24728, и именно там происходит большинство родов, и большая часть материнских и перинатальных потерь. Следовательно, акушерская помощь в значительной степени является муниципальной.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами за 1999-2008 гг. имеет некоторую тенденцию к росту показателя (с 5,06 на 10000 женского населения до 5,16) - при одновременном существенном уменьшении числа акушерок (с 11,5 до 8,36 за те же годы, или на 27%). При этом отмечаются большие колебания показателя по территориям и федеральным округам.

Анализ показателей квалификации врачей, работающих в службе охраны материнства и детства, по результатам аттестации за 18 лет выявил общую тенденцию – рост числа аттестованных врачей: акушеров-гинекологов в два раза за 1991-2008 гг. (с 31,8% до 63,6%), педиатров в 3,3 раза (с 16,8 до 55,8% за те же годы), неонатологов – в 2,9 раз (с 23,4 в 1991 г. до 67,2% в 2008 г.). Характерно, что среди педиатров число аттестованных врачей (несмотря на максимальные темпы роста показателя) остается минимальным в течение анализируемого периода и в настоящее время едва превышает половину от их общего числа. В то же время число аттестованных акушеров-гинекологов и неонатологов достигает двух третей (рис.3).



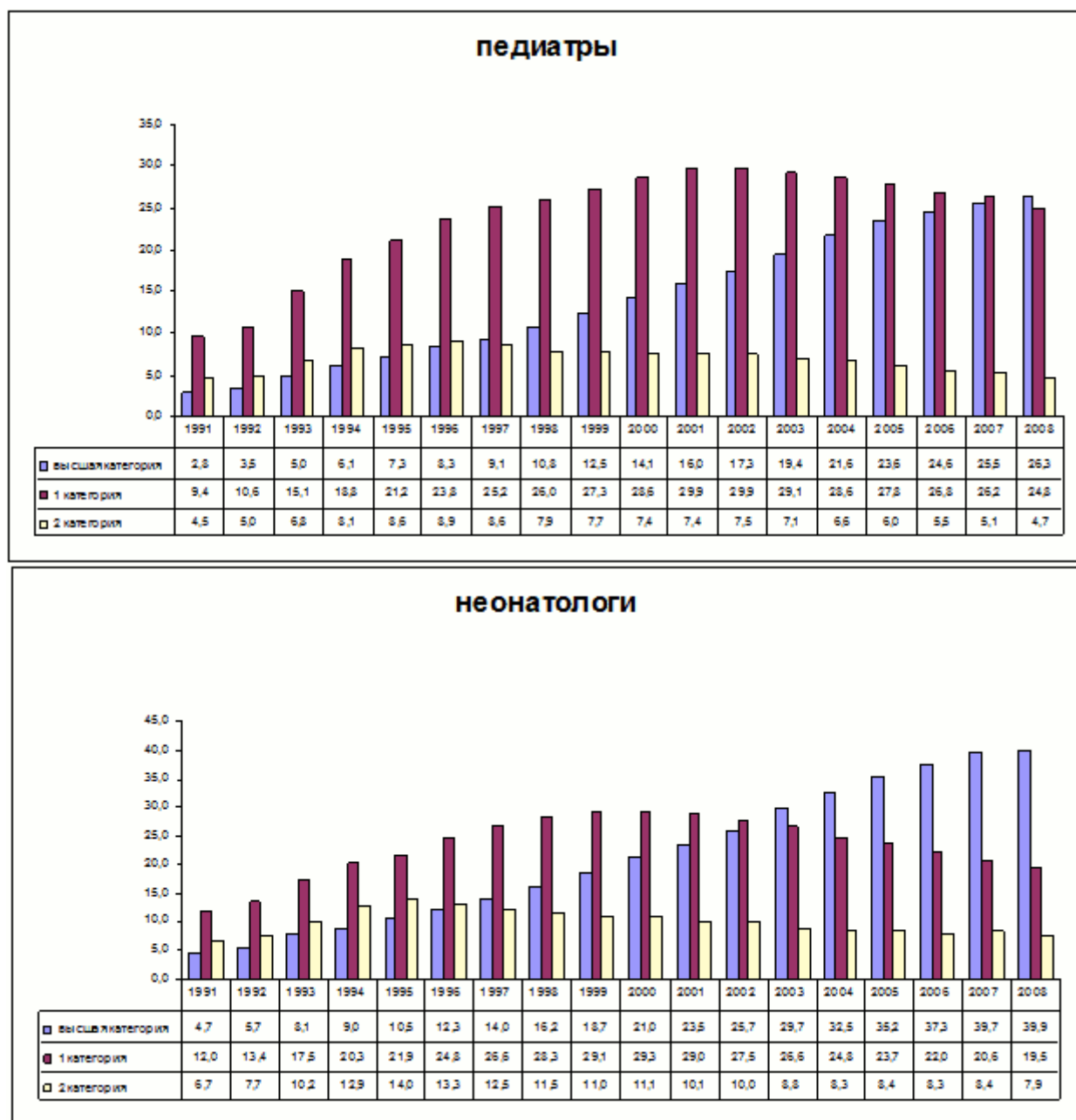


Рис.3. Доля врачей (акушеров-гинекологов, педиатров и неонатологов), имеющих квалификационные категории, в динамике за 1991-2008 гг. (%)

Второй закономерностью изменения числа аттестованных врачей является то, что в наибольшей степени и наиболее устойчиво растет число врачей высшей категории: акушеров-гинекологов в 5 раз (с 5,9% до 30,1 за 18 лет постсоветского периода), врачей-педиатров в 9 раз (с 2,8 до 26,3%), врачей-неонатологов в 8,5 раз (с 4,7 до 39,9%)

Динамика числа врачей первой категории среди всех анализируемых специальностей двухфазна и характеризовалась нарастанием их числа в конце 90-х - начале 2000-х годов с последующим снижением - при одновременном росте доли врачей высшей категории. Весьма характерным является фактическое отсутствие роста аттестованных врачей со второй квалификационной категорией (как известно, неоплачиваемой); среди акушеров-гинекологов отмечено даже снижение их числа за период 1991-2008 гг.- с 8,7 до 8,4%.

Наибольшая доля аттестованных врачей в настоящее время среди неонатологов (67,2% в 2008 г.), в том числе высшей квалификационной категории (39,9%), что характеризует их высокую профессиональную активность и согласуется с данными об их молодом возрасте (42,2 года).

Наиболее неблагоприятная ситуация с педиатрами: число аттестованных врачей среди них составляет лишь 55,8%. Этот факт согласуется с наибольшим возрастом врачей-педиатров (46,4 года).

По федеральным округам наибольшее число аттестованных акушеров-гинекологов и педиатров, имеющих квалификационную категорию, в Сибирском ФО (69% акушеров-гинекологов, 63,9% педиатров), неонатологов - в Дальневосточном округе (73,4%). Наихудшие показатели – в Южном ФО (56,6; 46,7 и 59,0 соответственно).

Наибольшая доля врачей высшей категории среди акушеров-гинекологов и неонатологов - в Дальневосточном округе, среди педиатров - в Сибирском федеральном округе. Однако насколько соответствуют данные о квалификации врачей (по результатам аттестации) уровню оказываемой медицинской помощи – вопрос, требующий особого анализа

Так, в Сибирском и Дальневосточном округах, характеризующихся наиболее высокими показателями аттестованных врачей акушеров-гинекологов и неонатологов, отмечается наиболее высокий уровень репродуктивных потерь и акушерских осложнений.

При сопоставлении качественных показателей родовспоможения с показателями квалификации и сертификации врачей выявлена большая значимость уровня сертификации, чем квалификационной категории.

Так, проведенный по 80 регионам России корреляционный анализ числа аттестованных врачей с качественными показателями деятельности акушерской и педиатрической службы выявил отсутствие связи показателей аттестации врачей с уровнем материнской, младенческой и перинатальной смертности, а также числом акушерских осложнений в родах.

В то же время по результатам корреляционного анализа выявлена зависимость качества оказываемой помощи от числа врачей, имеющих сертификат специалиста. Коэффициент корреляции числа сертифицированных акушеров-гинекологов с частотой кровотечений в родах ($r=-0,36$), септических осложнений ($r=-0,43$), перинатальной смертностью ($r=-0,42$) подтверждает значимость факта сертификации врачей для снижения потерь здоровья женщины и ребенка. Отрицательная корреляционная связь числа сертифицированных врачей-неонатологов с уровнем неонатальной смертности ($r=-0,46$) подтверждает, что в регионах с большим числом сертифицированных врачей ниже уровень смертности новорожденных.

Видимо, сертификация врачей проводится более ответственно и в большей степени определяет качество оказываемой медицинской помощи женщинам и детям, чем аттестация.

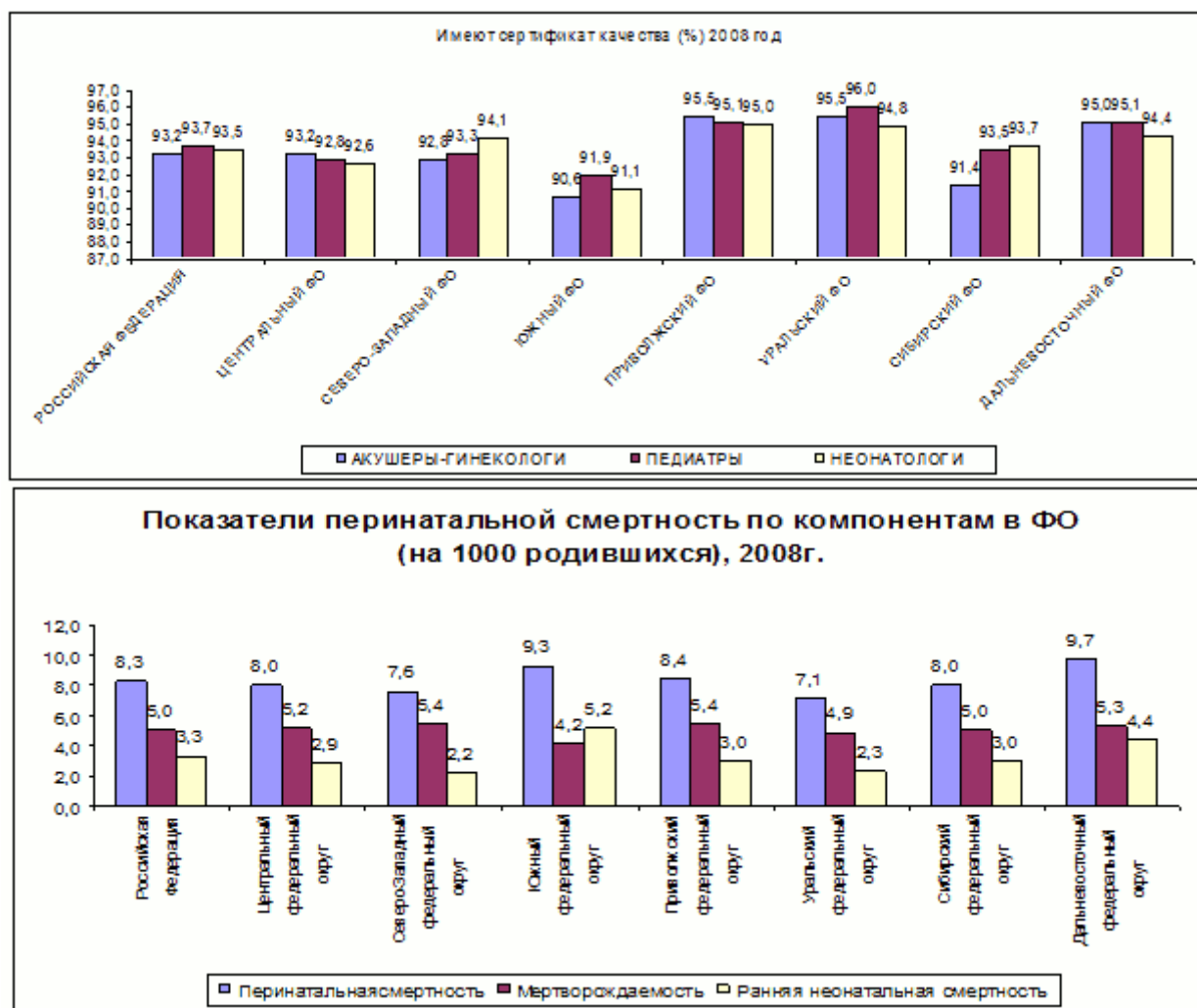


Рис. 4. Число сертифицированных специалистов (акушеров-гинекологов, педиатров и неонатологов) (вверху) и показатели перинатальной смертности, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности (внизу) в 2008 г. по федеральным округам России.

Наибольший удельный вес врачей, имеющих сертификат специалиста, в Уральском ФО, наименьший – в Южном ФО, и эти данные согласуются с уровнем перинатальной смертности в округе (минимальной в Уральском ФО и максимальной в Южном ФО) - (рис.4).

Сертификат специалиста в 2008 г. в целом по России имеют 93,2% акушеров-гинекологов, 93,7% педиатров и 93,5% неонатологов.

Заключение

Сопоставление динамики материнской и перинатальной смертности с показателями предотвратимой акушерской патологии (частоты родowego сепсиса, акушерского травматизма, операции гистерэктомии в родах и при «позднем аборте»), а также родовой травмы и управляемых респираторных нарушений новорожденных позволяет говорить о том, что риск умереть в родах и при рождении в последние годы значительно снизился, однако угроза потери здоровья и матери, и ребенка сохраняется практически на «дореформенном» уровне.

Одним из важнейших факторов неблагополучия в состоянии акушерской помощи, в частности, неблагоприятной динамики септических послеродовых осложнений, является ухудшение ресурсной обеспеченности службы родовспоможения, и прежде всего сокращение коечного фонда.

Вторым весьма значимым фактором, объясняющим большую частоту предотвратимой акушерской и неонатальной патологии, является недостаточная квалификация врачей акушеров-гинекологов, прежде всего при ведении самопроизвольных родов. Это подтверждается недопустимо высокой частотой нарушений родовой деятельности (сегодня – это каждая девятая роженица!) – из-за излишне активной тактики ведения родов («акушерская агрессия»), в том числе при преждевременном излитии околоплодных вод, необоснованного роста числа индуцированных родов, неконтролируемой родостимуляции и т.д. В то же время ВОЗ рекомендует тактику «рационального невмешательства» в физиологический процесс родов и «демедикизации родов».

Улучшение качественных показателей родовспоможения в России происходит в большей степени в отношении оперативных родов - при существенном отставании темпов снижения осложнений при самопроизвольных родов. Динамика показателей заболеваемости как матери, так и новорожденного говорит о недостаточной безопасности родов в стране.

Рост септических осложнений после вагинальных родов (при одновременном снижении перитонита после кесарева сечения), частоты нарушений родовой деятельности, продолжающийся рост доли доношенных в перинатальных потерях, аспирационных неонатальных синдромов у доношенных детей говорит о низком качестве акушерской помощи преимущественно на популяционном уровне, в общей сети муниципальных акушерских стационаров в процессе самопроизвольных родов, т.е. о дефектах оказываемой базовой акушерской и перинатальной помощи.

Это определяет необходимость изменения стратегии организации службы родовспоможения, основной идеей которой должно быть обеспечение **безопасного родоразрешения** путем оказания гарантированной бесплатной квалифицированной медицинской помощи женщине и ребенку во всех акушерских учреждениях [9; 10].

Качественным отличием службы родовспоможения от других сфер здравоохранения является физиологическая сущность обеспечиваемого ею процесса родоразрешения, и этот фактор определяет неизбежный консерватизм отрасли, при котором первоочередное значение имеет традиционное классическое акушерство и базовая медицинская помощь, в отличие от других сфер здравоохранения, где успех отрасли определяется внедрением новых высокотехнологичных методов диагностики и терапии [9].

В связи с этим надо отметить, что попытки решить проблемы родовспоможения в стране путем создания 20-23 перинатальных центров, по-видимому, имеют мало шансов на успех, поскольку они смогут обеспечить высококвалифицированную помощь лишь 3% рожаящих женщин, что вряд ли существенно улучшит ситуацию в стране (тем более что крупных родовспомогательных стационарах также имеют место «платные» роды – т.е. обслуживаемый в ПЦ контингент относится не только к группе риска).

Таким образом, приведенные данные убедительно показывают, что главной задачей современного родовспоможения является изменение стратегии развития службы с акцентом на первоочередное развитие общей сети родовспоможения, прежде всего муниципального, где происходит большинство родов в стране и где уровень управляемой патологии, как и репродуктивных потерь, выше, чем в перинатальных центрах и учреждениях высокого риска. Именно базовое акушерство и базовая перинатальная помощь на уровне популяции должна явиться основной идеологией в обеспечении безопасных родов каждой женщине, составив реальную альтернативу «акушерской агрессии» и развитию высокотехнологичных методов в родовспоможении.

Очевидно, что система мероприятий по улучшению качества медицинской помощи в области охраны материнства и детства должна строиться с учетом региональных условий и особенностей службы [9].

Учитывая чрезвычайно высокую социально-политическую и демографическую значимость родовспоможения (формирование здоровья рождающегося поколения), следует считать необходимым обеспечение достаточного государственного финансирования службы родовспоможения.

Поскольку необходимым условием повышения качества медицинской помощи является должная ресурсная обеспеченность, одной из главных задач оптимизации службы родовспоможения и реального повышения качества медицинской помощи на уровне популяции является улучшение материально-технической базы и прежде всего увеличение коечного фонда в системе муниципального родовспоможения.

В настоящее время меняется поколение акушеров-гинекологов, и в этом плане особое значение имеет повышение их профессионализма и квалификации, прежде всего работающих в муниципальных акушерских учреждениях, где происходит основная часть родов в стране.

Список литературы

1. Захаров С.В. Растет ли российская рождаемость? //Ж. Планирование семьи. – 2004. - №1. – С.11-14.
2. Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы. А/реф. дисс...докт.мед.наук. – М., 2008. – 48 с.
3. Николаева Е.И., Фролова О.Г., Голубев В.А. Исходы прерывания беременности в 22-27 недель. //Акушерство и гинекология.- 2007, №2. – С.59-60.
4. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство //Акуш.и гинек. – 2007. - №5. С.12-16.
5. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Жуковский Я.Г., Оленева М.А., Златовратская Т.В., Рымашевский А.Н., Оленев А.С. Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений //Акуш.и гинек. – 2008. - №3. – С.25-30.
6. Резолюция 4-го съезда акушеров-гинекологов России по проблеме преждевременных родов. //Акуш.и гинек., 2009. - №4. – С.69-71.
7. Рыбаковский Л.Л. Демографическая политика: сущность, структура, опыт разработки. // Народонаселение. – 2005. - №2. – С.45-57.
8. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Шалина Р.И. Интранатальная охрана здоровья плода. Достижения и перспективы. //Акуш.и гинек. – 2005. - №3. – С3-7.
9. Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. – М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 192 с.
10. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009. – №2. – С.11-16.
11. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: Диссер....докт.мед.наук. – М., 2006. – 335 с.
12. Суханова Л.П. Статистика родовспоможения в России: тенденции, проблемы, пути совершенствования //Информационно-аналитический Вестник «Социальные аспекты здоровья населения», 2009-№2 (10).
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/125/30/> .
13. Чернуха Е.А. Родильный блок. – М.: Триада-Х, 2005. – 709 с.
14. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy //J Obstet Gynaecol. 2003 May;23(3):252-4.