

25.01.2008 г.

Суханова Л.П.

Статистика родовспоможения как фактор обеспечения качества акушерской и перинатальной помощи в России

[ЦНИИОИЗ Росздрова](#)

Sukhanova L.P.

Statistics of obstetric aid as a factor of providing quality of obstetric and perinatal care in Russia.

[Federal Public Health Institute](#)

Анализ данных, представленных в отчетах по статистическим формам №13 и №32 за 2006г., свидетельствует о благоприятных тенденциях репродуктивной ситуации в стране – уменьшении числа регистрируемых аборт при увеличении интенсивности деторождения, в результате чего число родившихся детей впервые превысило число аборт в стране. Выявлены некоторые признаки улучшения репродуктивного здоровья женщин (уменьшение числа преждевременных родов, частоты гестоза) и тенденция снижения заболеваемости новорожденных (внутриутробной гипоксии, неонатальной желтухи, перинатальных инфекций, врожденных аномалий). Снижение регистрируемых репродуктивных потерь сопровождается нарастающей диспропорцией их структуры - ростом удельного веса доношенных в перинатальной смертности и антенатальной мертворождаемости, что при увеличении частоты управляемой патологии в родах (кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде, септических осложнений после самопроизвольных родов и др.) и предотвратимой неонатальной патологии (аспирационного синдрома и врожденной пневмонии) характеризует недостаточный уровень акушерской и перинатальной службы. Основной задачей статистики родовспоможения на современном этапе является повышение достоверности представляемой информации и устранение имеющихся диспропорций в регистрируемой структуре акушерской патологии (превышение заболеваемости беременных над показателями у рожениц) и перинатальной смертности (недоучет умерших детей очень низкой массы тела).

Analysis of data presented in statistical reports according to forms №13 and 32 collected over RF regions during 2006 gives evidence of favorable tendencies in reproductive situation in the country, that is, a reduction in the number of abortions registered and an increase in birth rate; as a result, the number of newborns has exceeded the number of abortions for the first time. Some factors indicating improvement of women's reproductive health have been revealed; among them are: reduction in the number of premature delivery and the number of premature infants correspondingly, some decrease in hestosis rate while pregnancy and delivery, including eclampsia and preeclampsia. A tendency to lowering newborns morbidity (intrauterine hypoxia, inogenous jaundice, perinatal infections, and congenital anomaly) was marked together with improvement in newborns' structure by body mass. To a less degree, the rate of controlled pathology (hemorrhage) has been reduced; but the high rate of anomalous delivery and increase of sepsis complication after spontaneous delivery still remained. The growth of preventable neonatal pathology (congenital pneumonia and aspiration syndrome) is still remaining that shows insufficient quality of perinatal service. Large data dispersion by regions indicates the differences among regions by social and economic status, as well as quality of obstetric and perinatal care. Reduction of perinatal mortality registered is accompanied by increasing disproportion in its structure, i.e. increase of relative weight of mature fetus (up to 49, 8% and 51, 3% in the structure of mortinatality). The analysis of data presented in statistical forms №13 and 32 characterizes drawbacks existing in the statistics of delivery; among them is, first, an ambiguity in estimation of pathological condition as a result of lack of unified approach to interpretation of norms and pathologies over RF regions, that leads to large diversity of statistical data by regions (up to 500 times for sepsis and eclampsia). The second drawback is insufficient account of preventable pathology that characterizes the quality of obstetrical service. One of main factors defining the possibility of insufficient registration of perinatal mortality in Russia is that it takes into consideration fetus from 28 week intrauterine fetation. The basic goal of obstetrical statistics at the present days is to rise the reliability of information presented and remove disproportions existing in the registration structure for obstetric pathology (excess of morbidity of pregnant over the same indexes for women in birth) and perinatal mortality (insufficient account of dead infants with very low body mass).

Родовспоможение как важнейшая отрасль здравоохранения имеет особую социальную и политическую значимость, особенно в современной демографической ситуации в России. Статистика родовспоможения чрезвычайно важна, поскольку характеризует, во-первых, здоровье рожаящих женщин и рождающихся детей, а значит качество популяции, во-вторых – уровень службы охраны здоровья матери и ребенка, являясь в то же время основой для ее реформирования. При этом достоверность перинатальной и акушерской статистической информации, отражающей репродуктивное здоровье и тенденции воспроизводства населения, есть необходимое условие реального отражения демографической ситуации в стране как в количественном, так и в качественном отношении.

В настоящем анализе данных отчетов статистических форм №13 и 32 за 2006г. представлены конкретные сведения о состоянии репродуктивных показателей и службы родовспоможения как в целом по России, так и по регионам. Логический и статистический анализ информации позволяет оценить не только динамику представленных данных, но также качество и достоверность статистических показателей, характеризующих полноту наблюдения и обследования беременных, уровень заболеваемости женщин и новорожденных, осложнений в родах и характера перинатальных потерь. Мы считали целесообразным представить информацию в динамике за постсоветский период и в сопоставлении с предыдущим годом, а также в сравнительном аспекте по субъектам РФ, что важно для возможности сопоставления данных по регионам.

Репродуктивная ситуация в современной России

В 2006 г в сравнении с 2005 г. наблюдалось увеличение числа родившихся детей с 1415799 в 2005 г. до 1457826, или на 3,0%, что характеризует репродуктивную ситуацию в стране как благоприятную (рис. 1).

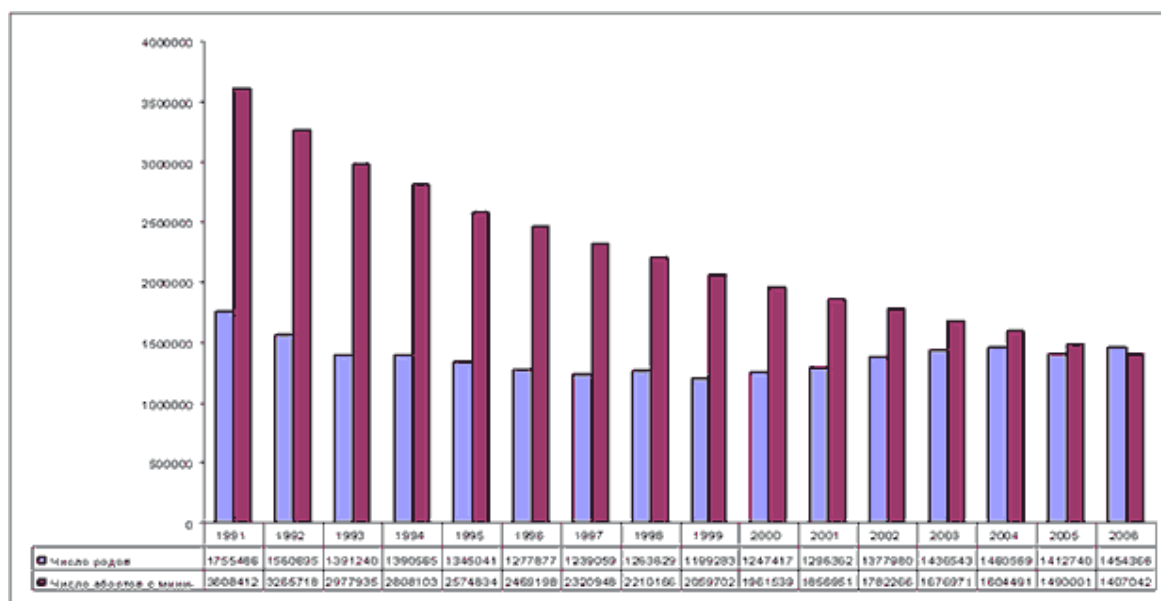


Рис. 1. Динамика числа родов и абортов в России (абс. числа)

При этом число абортов уменьшилось в 2006 г. на 5,6% и составило 1407042, что меньше числа родов. Показатель числа абортов на 100 родившихся впервые снизился до уровня 96,0. Снижение числа абортов произошло преимущественно за счет медицинских легальных абортов (на 7,7% - с 1202276 в 2005 г. до 1110124 в 2006 г.). Удельный вес медицинских легальных абортов снизился с 80,7% от числа всех абортов до 78,9%, а число их на 100 родившихся живыми и мертвыми – с 84,4 до 75,7 за те же годы. Таким образом, прежде всего, необходимо констатировать благоприятные тенденции в репродуктивном поведении женщин России в 2006г. Можно предположить, что принятые меры в 2007г. в

частности, введение так называемого материнского капитала, будет способствовать дальнейшему повышению рождаемости в стране.

Снижение числа аборт в нашей стране происходит за счет учитываемых медицинских легальных абортов. При этом наблюдается неблагоприятное изменение структуры абортов, в которой растет доля спонтанных прерываний беременности с 6,43-6,32% в 1991-1992гг. до 11,94% в 2006г. (рис. 2)



Рис. 2. Динамика удельного веса самопроизвольных абортов в России в 1991-2006гг. (% к общему числу абортов)

По частоте самопроизвольных абортов самыми благополучными являются республики Алтай (3,0 на 100 родившихся живыми и мертвыми), Удмуртская (3,1) и Карачаево-Черкессия (3,5 при 11,5 в России). Наихудшие показатели в Новосибирской (24,9), Ульяновской областях (24,7) – табл.1.

Таблица 1.

Регионы с минимальным и максимальным числом самопроизвольных абортов (на 100 родившихся живыми и мертвыми) в 2006г.

Регионы с минимальным уровнем самопроизвольных абортов	число самопроизвольных абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми	Регионы с максимальным уровнем самопроизвольных абортов	число самопроизвольных абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми
РЕСП. АЛТАЙ	3,0	НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	24,9
УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	3,1	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	24,7
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	3,5	КАРЯКСКИЙ АО	24,3
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	3,7	РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	19,4
СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	5,5	РЕСП.КАЛМЫКИЯ	18,0
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	6,0	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	17,7
ТОМСКАЯ ОБЛ.	6,3	МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	17,7
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	6,3	ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	17,4
РЕСП.ДАГЕСТАН	6,7	РЕСПУБЛИКА КОМИ	16,5
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	6,8	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	16,0

ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	6,9	РЕСП. ТАТАРСТАН	15,8
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	7,3	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	15,7
РЕСП. СЕВ. ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	7,4	АМУРСКАЯ ОБЛ.	15,0
ОМСКАЯ ОБЛ.	7,4	КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	14,7
НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛ.	7,8	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	14,7
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	8,0	ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	14,4
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	8,0	КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	14,4
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	8,1	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	14,1
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	8,5	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	14,1
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	8,5	КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	13,6
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	8,8	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	13,6
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	11,5	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	11,5

Частота медицинских легальных абортс варьирует по регионам от 1,6-1,9 на 100 родившихся в Ингушской и Чеченской республиках до 142,0-131,9 в Ленинградской и Магаданской областях (табл.2).

Таблица 2.

Частота медицинских легальных абортс по регионам

Регионы с минимальным уровнем медицинских абортс	число абортс на 100 родившихся живыми и мертвыми	Регионы с максимальным уровнем медицинских абортс	число абортс на 100 родившихся живыми и мертвыми
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	1,6	ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	142,0
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	1,9	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	131,9
МОСКВА	18,0	КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	129,9
РЕСП. ДАГЕСТАН	20,5	ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	126,4
КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	32,7	САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	120,1
РЕСП. СЕВ. ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	46,2	АМУРСКАЯ ОБЛ.	116,8
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	47,2	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	114,6
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	48,4	НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	113,4
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	49,8	АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	113,0
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	50,5	КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	112,0
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	51,5	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	108,6
РЕСП. КАЛМЫКИЯ	57,2	РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	108,3
РЕСП. БАШКОРТОСТАН	60,3	ТОМСКАЯ ОБЛ.	108,1
УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	62,1	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	107,3
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	62,9	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	106,3
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	63,0	ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	106,3
САМАРСКАЯ ОБЛ.	64,1	УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	105,2
ОМСКАЯ ОБЛ.	64,4	КИРОВСКАЯ ОБЛ.	105,0
ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	68,3	ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	104,6
ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	68,6	РЕСП. АЛТАЙ	104,4
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	69,2	ПЕРМСКАЯ ОБЛ.	104,1
РЕСП. БУРЯТИЯ	71,4	РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	103,9
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	71,7	КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	102,0

НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛ.	72,1	ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	101,6
МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	72,3	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	100,4
РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	73,3	ОРЛОВСКАЯ ОБЛ.	100,3
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	74,4	ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	99,8
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	76,7	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	76,7

Характерно, что в Москве, занявшей третье место после Чеченской и Ингушской республик по минимальному числу артифициальных аборт (18,0 на 100 родившихся), доля самопроизвольных аборт в структуре всех прерываний беременности достигла в 2006г. 37,2% (12475 самопроизвольных из 33562 всех зарегистрированных аборт). При этом доля медикаментозных аборт составила лишь 0,42% от общего числа прерываний беременности (при 1,18% в России и 6,86-4,82% в Санкт-Петербурге и Тверской области), что косвенно позволяет предположить неполную регистрацию медицинских аборт в столице, видимо, за счет значительной доли аборт в коммерческих учреждениях.

Одним из наиболее важных показателей репродуктивного здоровья женщин и состояния службы охраны здоровья матери является частота поздних аборт. Доля поздних аборт в сроке 22-27 недель беременности не снижается в течение последних лет, увеличившись с 1,43% в 2004-2005г. до 1,46% в 2006г. (рис.3).



Рис.3. Динамика удельного веса аборт в сроке 22-27 недель беременности в России (в % к общему числу аборт)

Наиболее неблагоприятная ситуация по показателю удельного веса поздних аборт среди всех аборт в Ингушской, Чеченской республиках, республиках Тывы и Бурятия. Лучшими регионами по этому показателю являются Вологодская, Волгоградская, Камчатская и Псковская области (табл.3).

Таблица 3

Регионы с минимальным и максимальным удельным весом поздних аборт (% к общему числу аборт в регионе) в 2006г.

Регионы с минимальным удельным весом поздних аборт	% от числа аборт	% у подростков 15-19 лет	Регионы с максимальным удельным весом поздних аборт	% от числа аборт	% у подростков 15-19 лет
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	0,65	11,6	ИНГУШСКАЯ РЕСП.	6,99	2,9
ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	0,68	16,1	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	6,62	14,6

КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	0,69	7,7	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	4,03	24,0
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	0,72	10,7	РЕСП.БУРЯТИЯ	3,84	23,6
КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	0,73	18,3	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	3,43	20,5
ОМСКАЯ ОБЛ.	0,75	15,9	РЕСП.ДАГЕСТАН	3,39	16,1
РЕСП. АЛТАЙ	0,80	30,0	КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	3,38	10,2
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	0,84	23,9	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	3,26	17,7
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	0,85	23,5	КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	3,08	15,1
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	0,85	17,4	МОСКВА	2,61	5,8
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	0,86	13,9	ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	2,57	29,0
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	0,86	26,9	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	2,48	20,5
РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	0,88	20,0	ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	2,35	23,5
ОРЛОВСКАЯ ОБЛ.	0,91	23,2	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	2,34	32,9
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	0,92	16,9	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	2,26	32,4
САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	0,93	23,2	ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	2,11	14,4
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	0,93	18,0	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	1,93	18,8
РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	0,99	21,1	ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	1,82	21,9
УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	1,01	20,0	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	1,73	13,1
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	1,01	12,8	МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	1,72	19,3
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	1,02	16,8	НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛ.	1,70	18,4
КУРСКАЯ ОБЛ.	1,03	17,0	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	1,69	21,0
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,46	18,3	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,46	18,3

Однако при анализе показателя поздних абортс на число родившихся детей (табл. 4) ситуация иная. В лучшие регионы попадает Чеченская республика, занявшая второе место (0,8 абортс в сроке 22-27 недель на 100 родившихся живыми и мертвыми) после Омской области (0,61). Худшими регионами оказались Хабаровский край (4,39) и Ивановская область (3,53), а также республики Тыва и Бурятия, сохранившие 3-4-е место среди регионов с неблагоприятными данными и по этому показателю (4,03 и 3,84 поздних абортс на 100 родившихся при показателе по России 1,40) – таблица 4.

Таблица 4.

Число поздних абортс (на 100 родившихся живыми и мертвыми) и удельный вес поздних абортс у 15-19 летних (% к числу поздних абортс 22-27 недель)

Минимальное				Максимальное			
Регионы с минимальным числом поздних абортс	НА 100 родившихся живыми и мертвыми	% ОТ ВСЕХ абортс	% поздних абортс у подростков	Регионы с максимальным числом поздних абортс	НА 100 родившихся живыми и мертвыми	% ОТ ВСЕХ абортс	% поздних абортс у подростков
ОМСКАЯ ОБЛ.	0,61	0,75	15,9	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	4,39	3,43	20,5
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	0,80	6,62	14,6	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	3,53	3,26	17,7
КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	0,84	0,73	18,3	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	3,40	4,03	24,0
РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-	0,84	1,49	5,9	РЕСП.БУРЯТИЯ	3,28	3,84	23,6

АЛАНИЯ							
РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	0,85	0,88	20,0	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	3,18	2,26	32,4
ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	0,86	0,68	16,1	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	2,43	2,34	32,9
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	0,87	0,72	10,7	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	2,28	1,93	18,8
МОСКВА	0,89	2,61	5,8	ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	2,23	2,57	29,0
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	0,90	1,01	12,8	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	2,19	1,64	26,3
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	0,91	1,04	18,4	ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	2,12	1,37	14,3
РЕСП. АЛТАЙ	0,91	0,80	30,0	КАРАЧАЕВО- ЧЕРКЕС.РЕСП.	2,11	3,38	10,2
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	0,95	0,86	13,9	ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	2,07	2,35	23,5
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	0,95	0,65	11,6	ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	1,94	2,11	14,4
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	0,97	1,31	16,7	ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	1,93	1,82	21,9
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	0,97	6,99	2,9	СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	1,86	1,59	24,8
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	0,97	0,93	18,0	РЕСП.САХА(ЯКУТ ИЯ)	1,79	1,73	13,1
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	0,98	0,85	23,5	ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	1,72	1,44	18,5
РЕСП.ДАГЕСТАН	1,01	3,39	16,1	НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	1,71	1,12	24,1
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	1,01	0,69	7,7	МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	1,71	1,72	19,3
КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	1,03	1,04	12,9	ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	1,69	1,45	18,7
КУРСКАЯ ОБЛ.	1,05	1,03	17,0	ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	1,66	1,51	16,2
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	1,07	1,45	17,0	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	1,62	1,26	25,6
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	1,07	0,92	16,9	СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	1,61	1,35	15,9
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	1,08	1,33	17,8	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	1,57	2,48	20,5
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	1,08	0,84	23,9	РЕСПУБЛИКА КОМИ	1,55	1,34	17,3
ОРЛОВСКАЯ ОБЛ.	1,08	0,91	23,2	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	1,52	1,69	21,0
РЕСП.КАЛМЫКИЯ	1,08	1,41	19,5	АМУРСКАЯ ОБЛ.	1,52	1,13	21,9
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,40	1,46	18,3	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,40	1,46	18,3

Данный анализ убедительно показывает, как важен выбор наиболее значимого показателя при оценке ситуации. В данном случае очевидно, что важнее оценивать число поздних аборт на число родившихся детей, чем долю данного аборта среди всех

прерываний беременности, когда изучаемый показатель определяется лишь соотношением других видов аборта.

Важно отметить, что весьма высока доля подростков 15-19 лет в структуре поздних аборт (22-27 недель), составившая в 2006г. по России 18,3%. И хотя показатель снизился в сравнении с 2005 г. (19,5%), однако высокий уровень поздних аборт у юных женщин свидетельствует о необходимости принятия мер по своевременному выявлению беременности и обследованию этого контингента для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности. Доля позднего аборт у 15-19-летних достигает в Калининградской области 37,1% при частоте позднего аборт в регионе 1,26 на 100 родившихся, т.е. меньше чем в РФ (1,40) и 1,12% от числа всех аборт (1,46 в РФ). Высокая частота позднего аборт у 15-19-летних в республиках Хакасия (32,9% от всех аборт), республике Алтай (30,0), Магаданской области (26,9%) при числе позднего аборт на 100 родившихся соответственно 2,43, 0,91 и 1,40. Следовательно, при анализе важно изучать, в том числе возрастную структуру аборт, а не только общее их число – для выявления резервов улучшения ситуации в регионе.

В республике Тыва доля позднего аборт в сроке 22-27 недель у 15-19 летних достигла 11,5% от числа всех аборт у девушек этого возраста (при 2,63% в России), из чего следует вывод о позднем выявлении беременности у юных женщин наравне с проблемой полового воспитания подростков и контрацепции.

В результате опережающих темпов снижения числа поздних аборт в сроке 22-27 недель, регистрируемых по статистической форме №13 (в 3 раза за 1991-2006 гг.) в сравнении с темпом снижения числа родившихся в акушерских стационарах плодов массой тела 500-999г, регистрируемых по статистической форме №32 (в 2 раза за те же годы) наблюдается, во-первых, уменьшение разницы между числом прерываний беременности в сроке 22-27 недель и числом родившихся в акушерских стационарах «плодов» (живыми и мертвыми). Во-вторых, доля плодов и детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) менее 1000г, родившихся в акушерском стационаре, увеличилась с 45,8% от числа всех рожденных в 22-27 недель в 1991 г. до 72,8-69,5% в 2005-2006 гг. (рис.4).

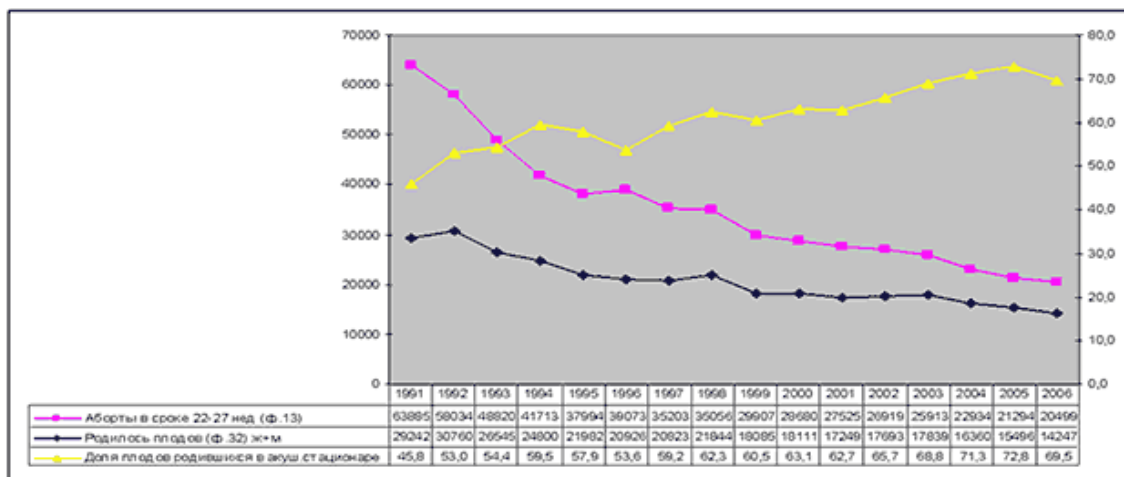


Рис. 4. Сопоставление числа поздних аборт в сроке 22-27 недель (по статистической форме №13) и числа плодов массой тела 500-999 г., родившихся в акушерских стационарах (форма №32) – (абс. числа, левая шкала); доля плодов, родившихся в акушерском стационаре (правая шкала, % от числа аборт в сроке 22-27 недель).

Выживаемость детей с ЭНМТ, родившихся живыми в акушерском стационаре, в течение 0-6 дней жизни увеличилась за 1991-2006гг. с 29,3% до 40,1% от числа живорожденных. В 2006г. из 3272 родившихся живыми массой тела менее 1000г в

акушерском стационаре всего умерло 2031, или 62,1%, из них в возрасте 0-6 дней – 1960 детей («плодов» по отечественной терминологии). Следовательно, всего в условиях акушерского стационара выжили 1241 детей с ЭНМТ, или 37,9% от числа родившихся живыми. Таким образом, можно констатировать очевидный рост выживаемости этого контингента детей, что косвенно характеризует повышение готовности отечественной службы родовспоможения к пересмотру критериев жизнеспособности плода и границ перинатального периода с 22 недель гестации.

Справедливости ради следует заметить, что в категорию «плодов» массой тела менее 1000г включаются и дети сроком гестации «28 недель и более», поскольку определяющим классификационным признаком при составлении таблицы 2245 статистической формы №32 является не гестационный возраст ребенка, а масса тела, и в графу «500-999г» включаются дети с ЭНМТ менее 1000г даже при сроке беременности свыше 28 недель (речь идет прежде всего о детях от многоплодной беременности и детях с ЗВУРП).

Проблема учета «плодов» и детей массой тела менее 1000г является одной из наиболее актуальных в родовспоможении [1; 2; 3] и требует решения не только с точки зрения статистики, но и в клиническом, социальном, экономическом, юридическом, медико-организационном аспекте и т.д. В настоящее время наибольшее число вопросов по данной проблеме возникает в благополучных территориях, где выживаемость детей с ЭНМТ довольно высока и существующий принцип регистрации их (в графе табл.2245 и табл. 2250) не удовлетворяет практическим задачам перинатальной и акушерской статистики. В этих регионах проводится и предлагается собственный учет «ранних преждевременных родов», детей с ЭНМТ и исходов.

Разночтение звучит уже в терминологии статистических форм №13 и №32. Так, в форме №13 учитываются аборт в сроке беременности 22-27 недель, т.е. классификационным признаком является срок гестации; в то же время в форме №32 учитываются «плоды» исходя из массы тела – 500-999г (табл.5).

Таблица 5.

Динамика числа родившихся плодов массой тела 500-999г (по форме №32) и числа поздних абортов в сроке 22-27 недель беременности (форма №13) и их соотношений в 1991-2006гг.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
«Плодов» живых 500-999г(ф. №32)	3688	3284	3790	4138	4000	3566	3732	3503	3361	3368	3368	3421	3330	3350	3163	3272
Плодов мертвых 500-999г(ф. №32)	25554	27476	22755	20662	17982	17360	17091	18341	14724	14743	13881	14272	14509	13010	12333	10975
Родилось плодов всего (ф. №.32) живыми и мертвыми	29242	30760	26545	24800	21982	20926	20823	21844	18085	18111	17249	17693	17839	16360	15496	14247
Разница (аборт 22-27 нед- ф.№13 и число плодов-32ф)	34643	27274	22275	16913	16012	18147	14380	13212	11822	10569	10276	9226	8074	6574	5798	6252

Разница (аборты 22- 27 нед- ф.№13 и число плодов- ф.№32) к числу абортов 22- 27	54,2	47,0	45,6	40,5	42,1	46,4	40,8	37,7	39,5	36,9	37,3	34,3	31,2	28,7	27,2	30,5
Доля плодов родившихся в акушерском стационаре	45,8	53,0	54,4	59,5	57,9	53,6	59,2	62,3	60,5	63,1	62,7	65,7	68,8	71,3	72,8	69,5

При общей тенденции уменьшения числа поздних аборт в сроке 22-27 недель (в 3 раза за 1991-2006 гг.) и менее выраженного снижения числа родившихся в акушерских стационарах плодов массой тела 500-999г (в 2 раза за те же годы) наблюдается уменьшение разницы между числом прерываний беременности в сроке 22-27 недель, регистрируемых по форме №13, и числом родившихся в акушерских стационарах плодов (согласно форме №32). При этом в гинекологических стационарах сегодня рождается 27,2-30,5% детей с экстремально низкой массой тела.

Благоприятная динамика аборт в России (снижение их частоты) сопровождается устойчивым уменьшением показателя материнской смертности (МС) от аборт и доли их в структуре материнских потерь (с 24,8% в 1991г. до 13,6% в 2006, согласно данным Росстата) – рис.5.

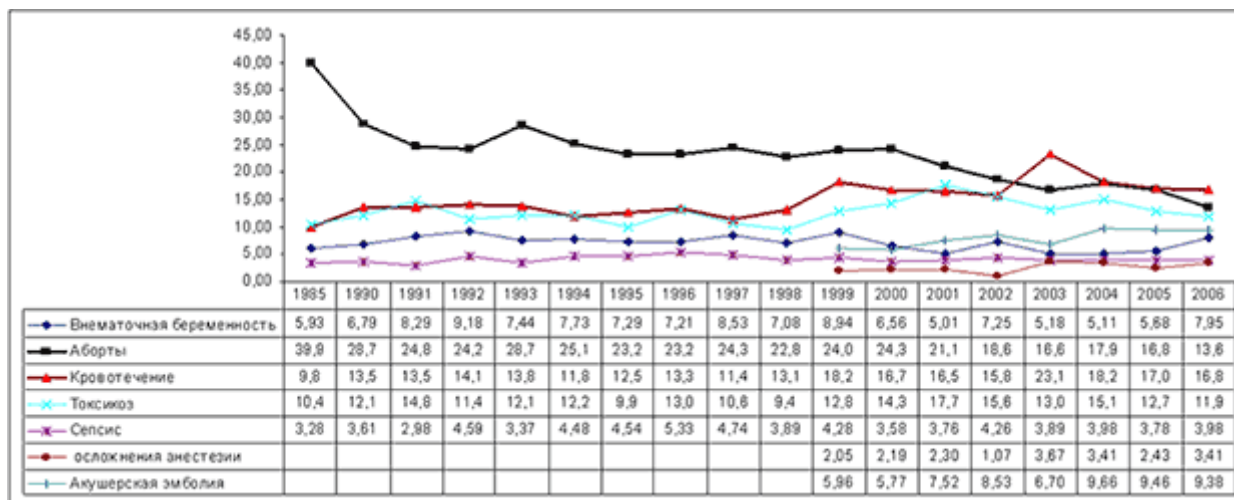


Рис.5. Динамика структуры материнской смертности по причинам смерти (% к числу умерших)

Однако анализ числа умерших от медицинских аборт в отношении не числа родившихся детей (как рассчитывается показатель МС), а числа самих аборт, выявляет менее благоприятную картину – показатель повышался в течение 90-х годов и в 2000г. в 4 раза превышал уровень 1991г., составляя 0,024 на 1000 медицинских аборт. В 2006 г. показатель снизился почти до исходного уровня 1991г., составив 0,007 на 1000 медицинских аборт (рис.6).

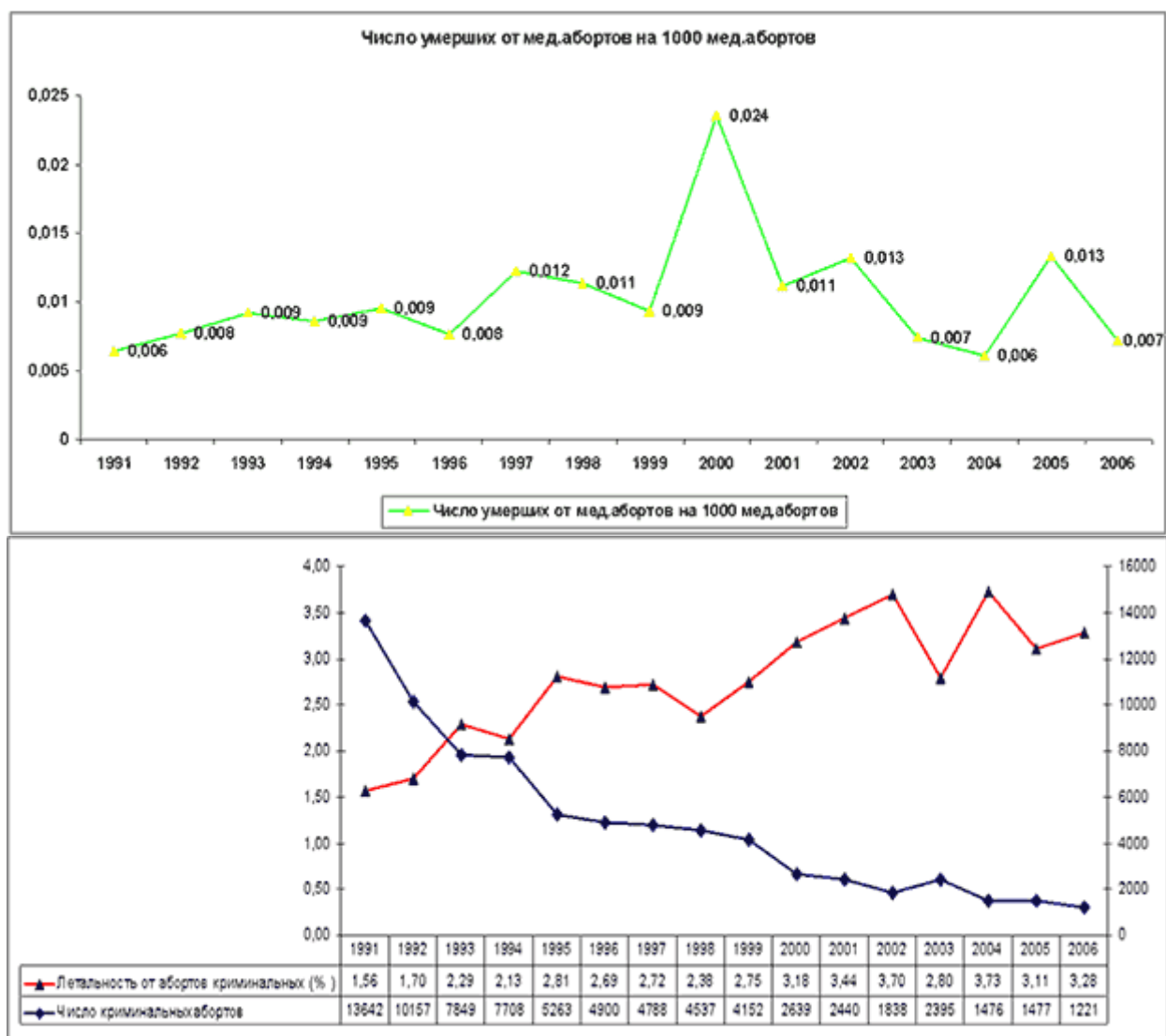


Рис.6. Смертность от медицинского аборта (на 1000 медицинских абортов) - сверху и криминального (на 100 криминальных абортов) - внизу в динамике 1991-2006г.

Ситуация с МС от криминальных абортов в динамике 90-х годов еще более неблагоприятная – снижение числа этих абортов сопровождается довольно устойчивой тенденцией роста летальности от криминального аборта, достигавшей 3,73 на 100 криминальных абортов в 2004г. и снизившейся лишь до 3,28% в 2006г. Следовательно, у каждой 30-й женщины из числа зарегистрированных в медицинском учреждении криминальных абортов наблюдается летальный исход. (При этом, однако, надо учитывать, что в медицинские учреждения обращаются не все эти пациентки, а лишь женщины с осложненным криминальным абортom.)

Наибольший показатель летальности от криминального аборта отмечен в Южном ФО, где умерло 6 женщин из 72 зарегистрированных криминальных аборта (8,33%) при минимальной частоте последнего (рис.7).

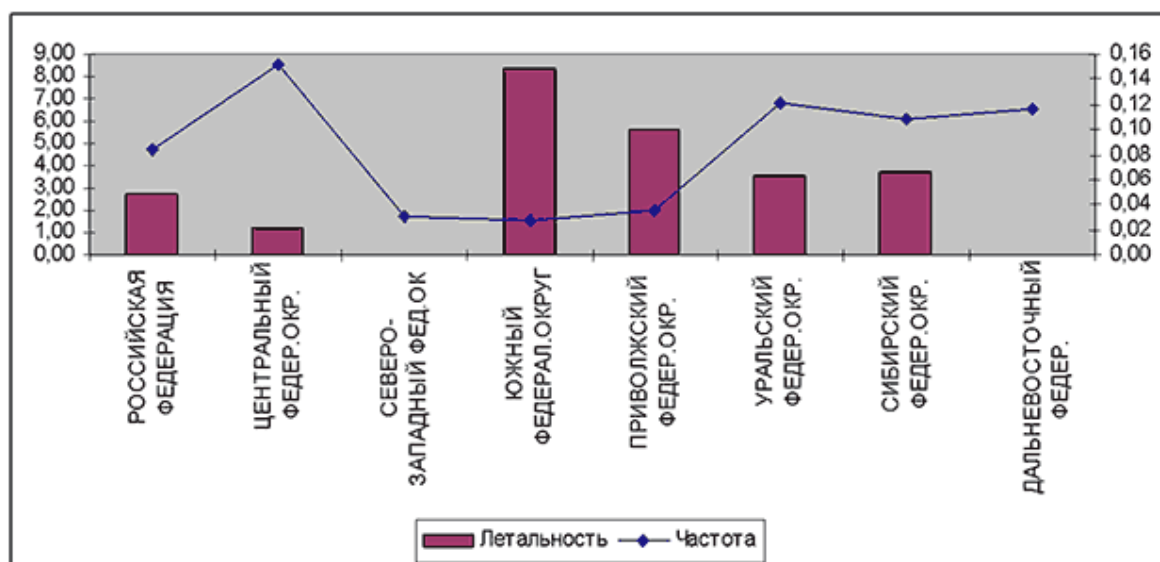


Рис. 7. Частота криминального аборта на 100 родившихся живыми и мертвыми (левая шкала, график) и летальность на 100 криминальных абортов (правая шкала, диаграмма) по ФО в 2006г.

Следовательно, в настоящее время актуальной проблемой акушерско-гинекологической службы является смертность и летальность от абортов, прежде всего криминальных. Стремление к сокращению числа криминальных абортов как качественного критерия деятельности службы приводит к парадоксальному факту - в некоторых регионах число умерших от аборта вне ЛПУ (по статистической форме №13) превышает число зарегистрированных криминальных абортов.

Заболеваемость беременных (статистическая форма №32)

Число не наблюдавшихся в женской консультации в 2006 г. уменьшилось в сравнении с предыдущим годом с 3,70% до 3,58% от общего числа родов. Колебания показателя по регионам превысили 40 раз и составили от минимального значения 0,52-0,83% в Республике Алтай и Белгородской области до максимального 21,5-14,2% в Республиках Ингушетия и Чеченской республике.

Анализ показателей здоровья беременных выявил, что число заболевших женщин не имеет тенденции к снижению – 77,6% в 2005 г. и 79,6% в 2006 г., причем увеличение заболеваемости беременных обусловлено ростом экстрагенитальной патологии – болезней системы кровообращения (с 10,6 до 10,9 на 100 закончивших беременность), сахарного диабета (с 0,16 до 0,18%), венозных осложнений (с 3,9 до 4,1%). Сохраняется на чрезвычайно высоком уровне и не имеет тенденции к снижению частота анемии беременных (41,5% в 2005 г., 41,6% в 2006 г.), патология мочеполовой системы (21,2-21,3% за те же годы). Это может быть обусловлено значительным увеличением возраста рожавших женщин, что в свою очередь имеет глубокие социальные корни. Благоприятным является уменьшение частоты гестоза беременных (с 21,6% в 2005 г. до 20,6%), особенно эклампсии и преэклампсии (с 2,4% до 2,0%), а также болезней щитовидной железы (с 8,3% до 8,0%).

Среди наблюдавшихся по поводу беременности женщин в 2006 г. отмечено снижение числа преждевременных родов с 3,44% в 2005 г. до 3,29%, что согласуется с уменьшением числа родившихся недоношенными по акушерскому стационару – с 5,41% до 5,35%. Однако при этом увеличилось число абортов (с 3,98 от числа закончивших беременность в 2005 г. до 4,24% в 2006 г.) – рис.8.



Рис.8. Исходы беременности у наблюдавшихся в женской консультации (на 100 закончивших беременность)

Столь разнонаправленные изменения показателей невынашивания и недонашивания, видимо, требуют особого анализа и интерпретации их разницы.

Уровень УЗИ-обследования беременных в пренатальном периоде на предмет выявления врожденных аномалий плода (96,9-96,5% в течение последних лет) способствовало уменьшению числа врожденных пороков развития у родившихся детей с 33,1‰ в 2005 г. до 30,9‰ в 2006 г. Большой региональный разброс частоты выявления ВПР (в 24 раза в 2006г., когда была начата регистрация этого показателя) может свидетельствовать о разных диагностических критериях оценки ВПР и разном качестве УЗ-исследования в регионах (табл.6).

Таблица 6.

Частота выявления ВПР (на 100 УЗИ)

Регионы с минимальной частотой выявленных ВПР	% выявленных ВПР	Регионы с максимальной частотой выявленных ВПР	% выявленных ВПР
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	0,16	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	3,87
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	0,17	САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	3,79
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	0,21	ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	2,45
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	0,22	УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	2,30
РЕСП.КАЛМЫКИЯ	0,29	НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ.	2,17
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	0,42	РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	2,16
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	0,43	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	1,87
ЧУКОТСКИЙ АВТ.ОКР.	0,43	АМУРСКАЯ ОБЛ.	1,75
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	0,44	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	1,48
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	0,46	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	1,38
РЕСП.ДАГЕСТАН	0,47	РЕСП. АЛТАЙ	1,35
ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	0,48	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	1,31
ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	0,48	ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	1,28
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	0,49	САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	1,28
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	0,52	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	1,27
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,84	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,84

Кроме того, в регионах, видимо, не налажена система единого учета выявленных пороков плода, выявляемых, как известно, в учреждениях разного уровня (ПЦ, роддомах, медико-генетических центрах и т.д.).

Роды и родовспоможение

Увеличение числа родов в стране с 1412740 в 2005 г. до 1454366 в 2006 г. сопровождалось ростом числа нормальных родов - с 33,7% до 34,9% (с колебаниями показателя в 2006 г. от 15,6% в Волгоградской до 61,9% в Самарской области).

В таблице 7 представлены некоторые данные о родовспоможении по ФО России в 2006г. (табл. 2210 формы №32).

Таблица 7.

Некоторые данные о родовспоможении в России в 2006г. по ФО

	Доля родов в % к числу родов в России	% родов у не наблюдавшихся в ж/к	% нормальных родов	Число родов у ВИЧ+ женщин на 1000 родов	Число не наблюдавшихся в ж/к ВИЧ+ женщин на 100 родов у ВИЧ+
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	100%	3,58	34,9	4,77	16,7
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФЕДЕР.ОКР.	22,7	3,45	35,7	4,59	15,2
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕД.ОК	8,6	2,70	36,5	6,11	20,1
ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛ.ОКРУГ	18,2	4,48	34,2	1,18	16,0
ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	20,8	2,45	36,2	5,78	12,3
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	9,4	4,00	33,2	11,18	15,5
СИБИРСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	15,3	4,17	31,9	4,44	24,2
ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕР.	5,1	4,58	39,1	1,24	35,9

Региональный разброс частоты не наблюдавшихся в женской консультации составил 43 раза (табл.8). В сравнении с показателем в 2005 г (3,7%) по стране в целом отмечается положительная динамика показателя, хотя каждая 28-я женщина не наблюдается, а значит не обследуется при беременности.

Таблица 8.

Регионы с минимальным и максимальным числом не наблюдавшихся по беременности в женской консультации (на 100 родов)

Регионы с минимальной частотой ненаблюдавшихся беременных	На 100 закончивших роды	Регионы с максимальной частотой ненаблюдавшихся беременных	На 100 закончивших роды
РЕСП. АЛТАЙ	0,5	ИНГУШСКАЯ РЕСП.	21,5
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	0,8	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	14,2
РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	1,2	ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	6,3
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	1,3	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	6,0
РЕСП.ДАГЕСТАН	1,3	ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	5,9

АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	1,4	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	5,8
ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	1,5	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	5,4
УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	1,5	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	5,2
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	1,5	МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	5,1
РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	1,7	РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	5,0
КИРОВСКАЯ ОБЛ.	1,7	ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	4,8
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	1,8	НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	4,5
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	1,8	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	4,4
РЕСП.БАШКОРТОСТАН	1,8	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	4,2
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	1,9	ТОМСКАЯ ОБЛ.	4,2
РЕСПУБЛИКА КОМИ	2,0	ХАНТЫ-МАНСКИЙ АО	4,1
ОМСКАЯ ОБЛ.	2,1	ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	4,0
БРЯНСКАЯ ОБЛ.	2,2	ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	4,0
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	3,6	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	3,6

В 2006 г. отмечено уменьшение числа заболевших рожениц/родильниц (с 66,7 на 100 закончивших роды в 2005 г. до 64,8%). Как и у беременных, у рожениц/родильниц в 2006 г. отмечено снижение частоты гестоза (с 22,4 до 21,5%), в том числе эклампсии и преэклампсии (с 3,81 до 3,39%), а также болезней щитовидной железы (с 4,73 до 4,39%). При этом обращает на себя внимание существенная разница показателя у беременных (8,0% в 2006 г.) и рожениц/родильниц (4,39%). Это свидетельствует прежде всего о недорегистрации экстрагенитальной патологии в процессе родов.

В этом отношении исключением является сахарный диабет, частота которого, во-первых, увеличивается в динамике, что может быть обусловлено «старением» контингента рожаящих женщин, а во-вторых, число больных рожениц/родильниц с этой патологией (0,20%) превышает число больных беременных (0,16%).

Относительно других нозологических форм существует многолетняя традиция - превышения показателя экстрагенитальной патологии у беременных над значением его у рожениц/родильниц. Так, частота патологии мочеполовой системы – 21,3% у беременных и 8,9% у рожениц/родильниц, болезней системы кровообращения – соответственно 10,9 и 6,9%, венозных осложнений – 4,1 и 2,15%, щитовидной железы – 8,0 и 4,39%. Данная разница показателей характеризует очевидную недорегистрацию заболеваний в процессе родов, поскольку невозможно предположить, что перечисленная патология, существовавшая при беременности, исчезает в родах.

Таблица 9.

Заболеваемость рожениц/родильниц и осложнения родов и послеродового периода в России в 2005-2006 гг. на 1000 родов

	2005	2006	2006/1991 %	2006/2005 %
Всего заболело	667,47	647,73		97,0
Отеки, протеинурия, гипертензия	223,54	214,70	224,7	96,0
в т.ч. преэклампсия, эклампсия	38,15	33,90	988,4	88,9
Сахарный диабет	1,65	1,96	153,8	119,1
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	1,83	1,68		91,7
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,69	0,55	66,6	80,0
Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты	9,15	9,03		98,6
Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	10,99	10,71	117,4	97,5

Нарушение род деятельности	122,16	121,90	126,4	99,8
Затрудненные роды	88,43	91,82	425,5	103,8
Разрыв промежности 3-4ст	0,34	0,31	41,0	90,5
Разрыв матки	0,14	0,15	75,1	106,8
% разрыва матки вне стационара	25,37	21,27	128,0	83,8
Кровотечение в последовом и послеродовом периоде	15,68	15,87	68,0	101,2
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	1,31	1,30	125,4	99,2
в т.ч. перитонит после операции кесарева сечения	0,09	0,07	20,3	78,5
перитонит на 1000 операций кесарева сечения	0,50	0,38	8,1	76,1
сепсис на 1000 самопроизвольных родов	1,48	1,50	201,2	101,4
Болезни мочеполовой системы	89,51	88,77	179,6	99,2
Венозные осложнения	18,89	21,52	189,1	114,0
Болезни щитовидной железы	47,31	43,91	812,2	92,8
Анемия	259,54	259,97	288,4	100,2
Болезни системы кровообращения	68,45	68,65	199,7	100,3
КРОВОТЕЧЕНИЯ-ВСЕ	27,40	27,13	81,5	99,0

В 2006г. отмечено некоторое уменьшение числа акушерских кровотечений (с 2,74 на 100 родов в 2005 г. до 2,71% в 2006 г.) за счет снижения числа кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (с 1,10 до 1,07%).

Однако при этом приходится констатировать некоторое увеличение частоты кровотечений в последовом и послеродовом периоде (с 1,57% в 2005 г. до 1,59% в 2006 г.) – при весьма благоприятной динамике показателя в течение предшествующих лет, когда именно это осложнение снижалось наиболее быстрыми темпами (с 2,43% в 2000 г. до 1,57% в 2005 г.) и обусловило положительную динамику акушерских кровотечений, снизившихся с 3,57% до 2,74 за указанные пять лет.

Учитывая высокую значимость кровотечений при беременности и в родах как потенциальной причины материнской смертности, с одной стороны, и как патологии, определяющей качество акушерской помощи, с другой, приводим данные о динамике этой патологии по федеральным округам (рис. 9).

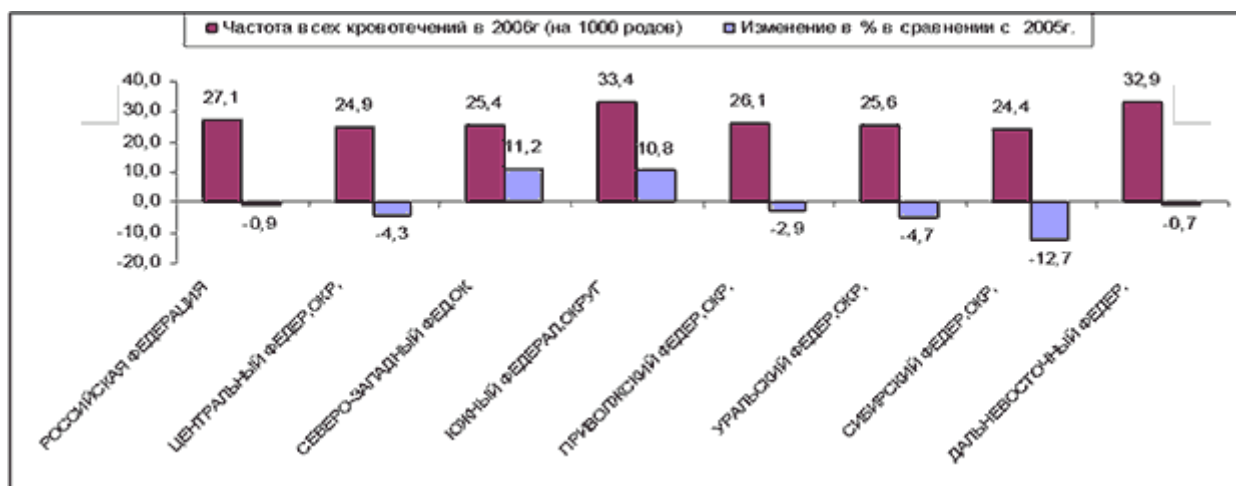


Рис. 9. Частота акушерских кровотечений по ФО (на 1000 родов) и темп изменения показателя в сравнении с 2005г (%)

В 2006г. увеличение частоты акушерских кровотечений отмечено в Северо-Западном и Южном ФО (рост на 11,2% и 10,8% соответственно), причем в Южном ФО отрицательная динамика наблюдается при наиболее высокой частоте кровотечений (33,4 на 1000 родов при 27,1 в России).

Региональный разброс показателя частоты кровотечений весьма высок – от 13,8 на 1000 родов в Пензенской области до 89,9 в Чеченской республике (табл.10).

Таблица 10.

Частота кровотечений по регионам (на1000 родов), 2006г.

РЕГИОНЫ С МИНИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТОЙ КРОВОТЕЧЕНИЙ		РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТОЙ КРОВОТЕЧЕНИЙ	
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	13,8	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	89,9
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	14,3	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	52,5
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	15,4	КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	51,3
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	16,2	ИНГУШСКАЯ РЕСП.	50,9
ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	16,3	КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	44,5
САМАРСКАЯ ОБЛ.	16,4	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	44,3
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	17,2	РЕСП.КАЛМЫКИЯ	42,8
ОМСКАЯ ОБЛ.	17,3	СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	40,3
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	17,8	ЧУКОТСКИЙ АВТ.ОКР.	39,2
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	18,6	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	38,7
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	18,9	РЕСП. ТАТАРСТАН	38,2
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	19,3	КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	36,5
ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	20,0	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	36,5
ТОМСКАЯ ОБЛ.	20,6	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	36,4
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	20,6	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	35,7
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	21,6	СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	34,9
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	21,9	ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	33,6
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	27,1	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	27,1

В 2006г. отрицательная динамика показателя отмечена в 31 регионе; остальные территории улучшили свои показатели (табл. 11).

Таблица 11.

Распределение регионов в зависимости от динамики акушерских кровотечений в 2006г. в сравнении с 2005г. (разница в %)

Регионы с отрицательной динамикой кровотечений	Изменение показателя на %	Регионы с положительной динамикой кровотечений	Изменение показателя на %
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	36,4	РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	-39,1
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	33,4	ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	-38,3
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	21,8	ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	-26,8
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	21,6	ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	-22,5
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	20,4	ТОМСКАЯ ОБЛ.	-22,2
РЕСП.БУРЯТИЯ	20,3	ИНГУШСКАЯ РЕСП.	-20,0
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	19,4	КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	-18,0
ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	18,4	ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АО	-17,6

ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	18,0	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	-17,6
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	16,3	КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	-16,8
РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	16,1	РЕСП.ДАГЕСТАН	-16,5
САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	15,1	РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	-15,9
СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	14,8	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	-14,2
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	14,1	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	-12,8
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	13,2	ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	-12,8
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	13,0	КИРОВСКАЯ ОБЛ.	-12,3
РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	13,0	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	-11,9
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	10,2	ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	-10,9
РЕСПУБЛИКА КОМИ	10,0	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	-10,7
УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ БУРЯТСКИ	7,1	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	-10,5
РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	6,6	ОРЛОВСКАЯ ОБЛ.	-10,3
РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	5,5	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	-9,5
КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	5,5	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	-9,2
ПЕРМСКАЯ ОБЛ.	4,6	ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	-9,1
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	3,5	ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	-8,8
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	2,4	КУРСКАЯ ОБЛ.	-8,8
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	2,2	МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	-8,2
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	1,1	РЕСП. ТАТАРСТАН	-8,2
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	1,0	АМУРСКАЯ ОБЛ.	-7,8
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	0,6	ОМСКАЯ ОБЛ.	-7,4
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	0,2	ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	-7,3
		НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛ.	-6,9
		ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АО	-6,5
		ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	-6,4
		САМАРСКАЯ ОБЛ.	-6,2
		СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	-5,8
		СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	-4,6
		АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	-3,7
		РЕСП.БАШКОРТОСТАН	-3,2
		КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	-3,1
		ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	-2,9
		УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	-2,6
		МОСКВА	-1,4
		ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	-1,1
		КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	-0,4
		НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	-0,8
		РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	-0,9

Анализ септических осложнений выявил на фоне общей неблагоприятной тенденции показателя (увеличение с 1,06 на 1000 родов в 2004г. до 1,31-1,30 в 2005-2006г.) существенную разницу динамики перитонита после кесарева сечения и септических осложнений после родов через естественные родовые пути (рис.10).

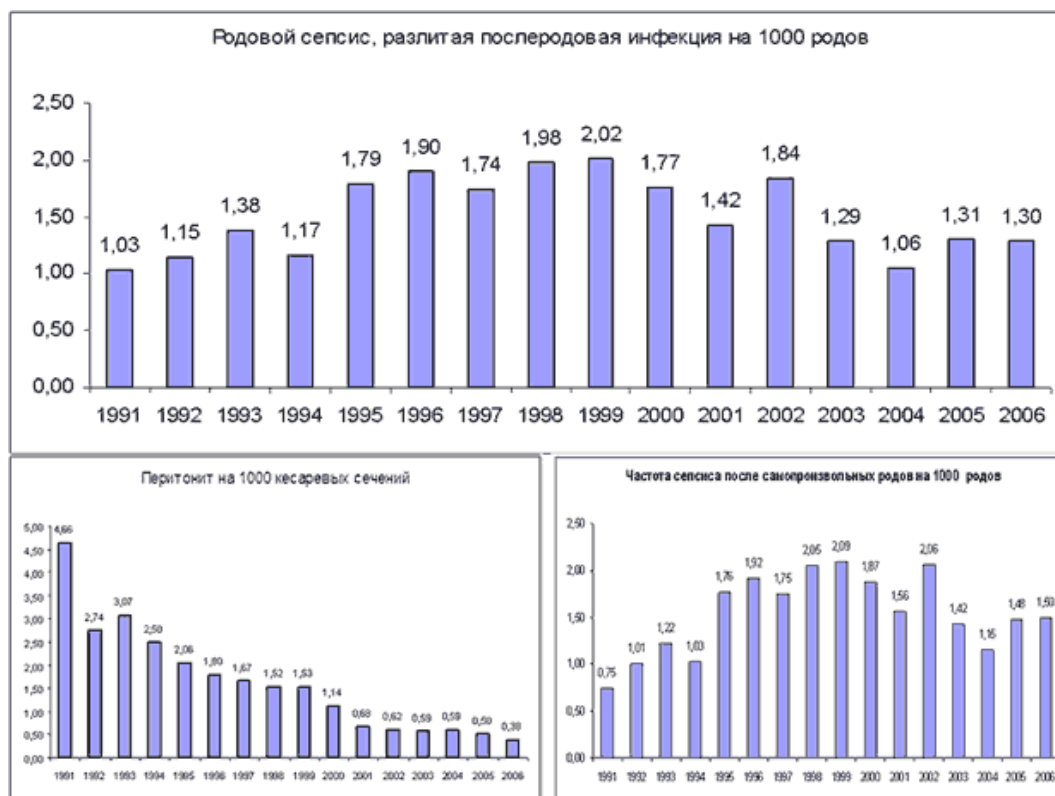


Рис. 10. Динамика частоты сепсиса на 1000 родов (вверху), перитонита на 1000 операций кесарева сечения и сепсиса на 1000 самопроизвольных родов (внизу) в России в 1991-2006гг.

Если частота перитонита после кесарева сечения успешно снижалась с 4,66 на 1000 операций кесарева сечения в 1991г. до 0,38 в 2006г. (в 12 раз за анализируемый период), то частота сепсиса после самопроизвольных родов двукратно возросла за эти годы (с 0,75 до 1,50 на 1000 родов при увеличении в конце 90-х годов) и не имеет тенденции к снижению. Сепсис после самопроизвольных родов составляет в настоящее время 94,6% от всех септических осложнений, и это отражает важность профилактики этого абсолютно управляемого осложнения в послеродовом периоде прежде всего в широкой сети учреждений родовспоможения.

По федеральным округам частота сепсиса колеблется в широком диапазоне при постоянном «лидерстве» Уральского ФО – 6,47 на 1000 родов в 2006г. (каждая 150-я роженица!) при 1,30 в России (рис. 11).

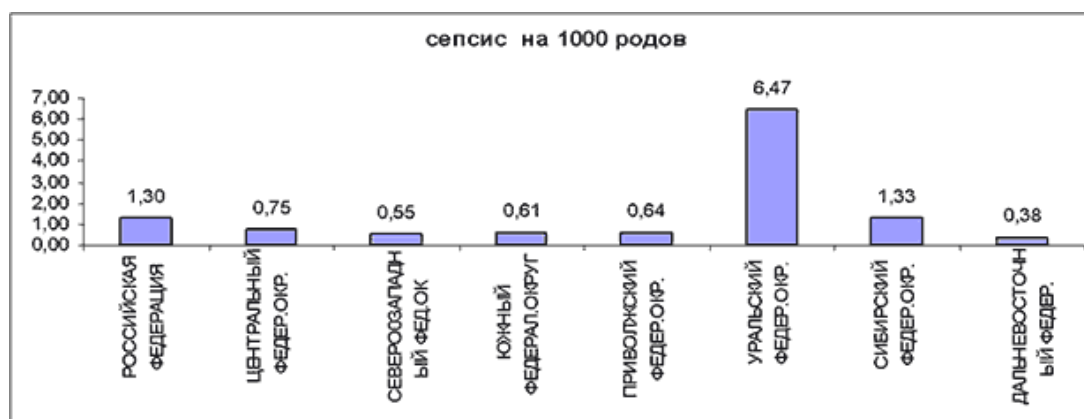


Рис. 11. Частота родовой сепсиса и разлитой послеродовой инфекции (на 1000 родов) по федеральным округам РФ, 2006г.

Неблагоприятна динамика частоты разрыва матки в родах; в течение последних лет отмечается даже негативная тенденция показателя (рис. 12).

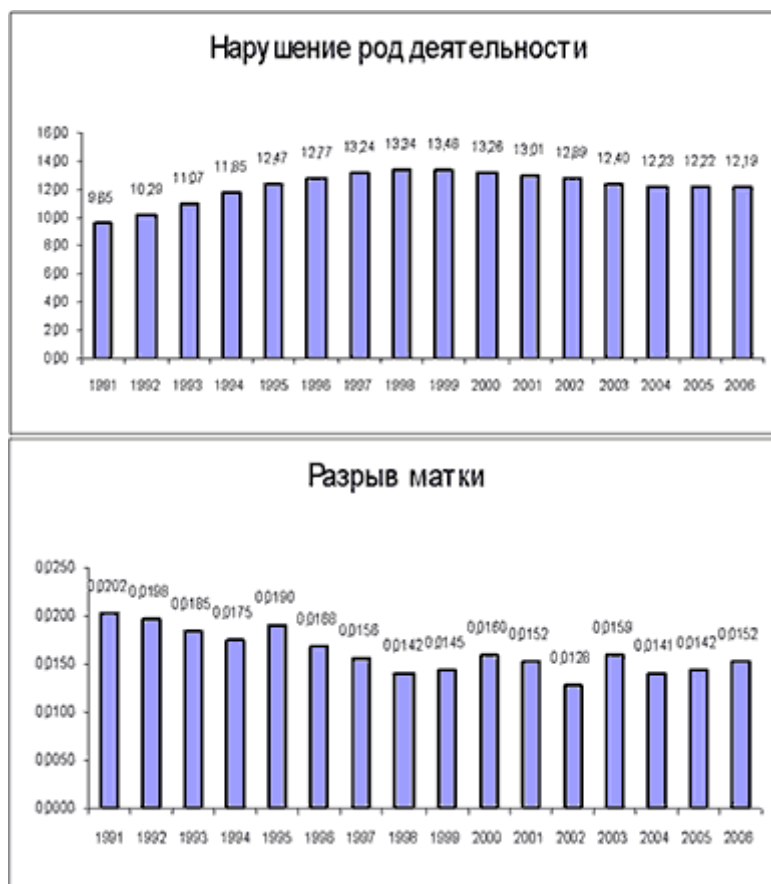


Рис. 12. Динамика частоты разрыва матки (слева) и аномалий родовой деятельности (справа) в России в 1991-2006гг. на 1000 родов

При этом неблагоприятным фактом является увеличение удельного веса разрывов матки, происшедших в стационаре с 74,6% в 2005г. до 78,7% в 2006г. Если раньше проблема разрыва матки была проблемой негоспитализированных женщин (чаще всего с рубцом на матке), т.е. проблемой наблюдения в женской консультации, то сегодня разрыв матки стал проблемой акушерского стационара, что является крайне тревожным, поскольку означает низкое качество акушерской службы в родовспомогательных стационарах.

В 2006 г. отмечено дальнейшее увеличение частоты кесарева сечения в стране (с 177,5 на 1000 родов в 2005 г. до 183,0 в 2006 г.), что при положительной динамике перинатальной и материнской смертности следует расценивать как позитивный фактор.

Частота кесарева сечения по регионам колеблется в 13,9 раз – от 18,2 на 1000 родов в Чеченской республике до 252,8% в Брянской области (табл. 12).

Таблица 12.

Регионы с минимальной и максимальной частотой кесарева сечения

Регионы с минимальной частотой кесарева сечения	Частота кесарева сечения На 1000 родов	Регионы с максимальной частотой кесарева сечения	Частота кесарева сечения На 1000 родов
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	18,18	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	252,85
ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	86,64	СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	236,36
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	120,64	КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	234,66

ИНГУШСКАЯ РЕСП.	123,39	АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	231,12
РЕСП. ДАГЕСТАН	126,28	ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	230,75
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ РЕСПУБЛИКА	126,55	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	228,51
ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	135,85	АМУРСКАЯ ОБЛ.	227,78
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	137,50	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	225,31
РЕСП. АЛТАЙ	140,71	РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	222,53
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	143,82	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	220,90
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	144,84	УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	219,84
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	146,50	КИРОВСКАЯ ОБЛ.	214,75
РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	147,71	ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АО	213,79
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	183,0	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	183,0

В России продолжает снижаться частота операции наложения акушерских щипцов (до 1,74 на 1000 родов в 2006г.) при одновременном увеличении в последние годы вакуум-экстракции плода до 0,83 на 1000 в 2006г. (уровень конца 90-х годов) – рис. 13.

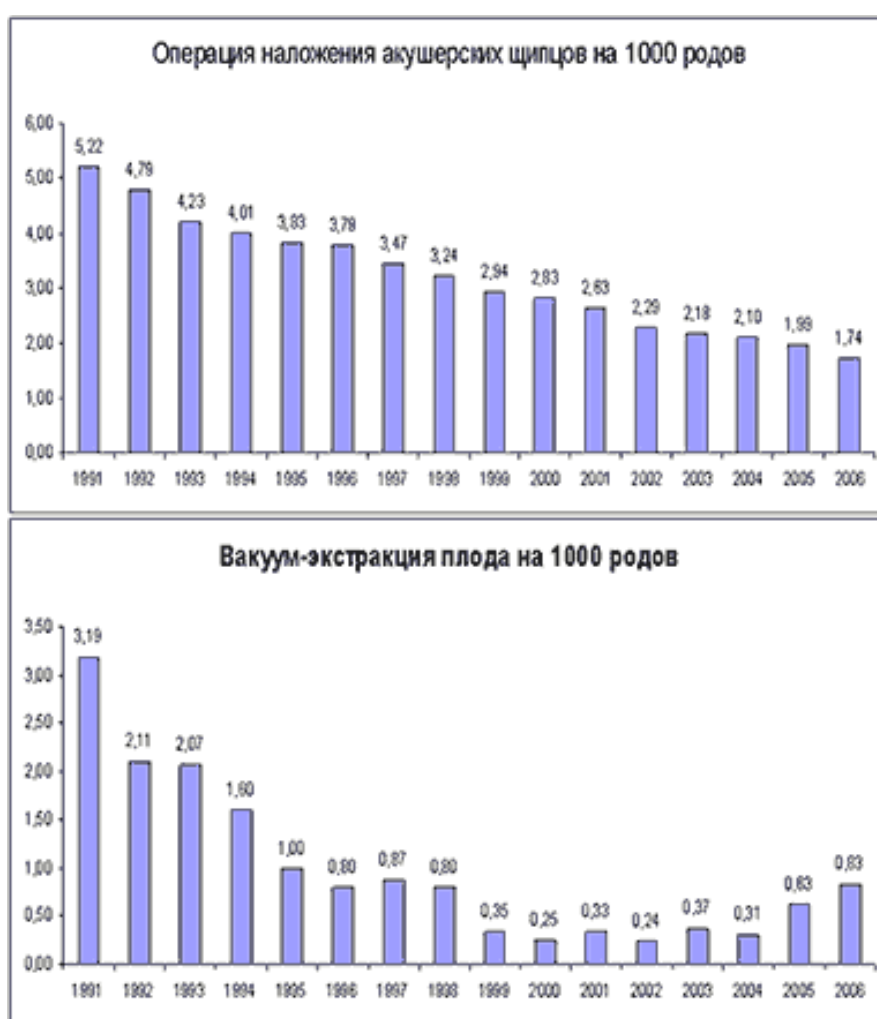


Рис. 13. Динамика частоты операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода (на 1000 родов) в России в 1991-2006гг.

Положительным моментом является уменьшение в стране числа экстирпаций матки в родах и после них на 8,2% в 2006г. в сравнении с 2005г. – с 1,48 до 1,36 на 1000, что, к сожалению, сопровождалось повышением послеоперационной летальности на 8,3% - с 2,0 до 2,17% (рис.14).



Рис. 14. Динамика частоты операции экстирпации матки в родах и после родов (на 1000 родов) и летальности (на 100 операций) в России в 1999-2006гг.

Колебания показателя по федеральным округам России составили от 1,11% в Северо-Западном до 1,64% в Дальневосточном ФО (рис. 15) при максимальной летальности в последнем (4,10 на 100 операций при показателе 2,17 в России), что отражает неблагоприятные ситуации с акушерской помощью на Дальнем Востоке.



Рис. 15. Частота и летальность при операции экстирпации матки по федеральным округам РФ, 2006г.

Региональный разброс частоты экстирпации матки составляет 43,7 раза (от 0,15% в Чувашской республике до 6,55% в Астраханской области) – табл.13.

Таблица 13.

Регионы с минимальной и максимальной частотой экстирпации матки в родах

Регионы с минимальной частотой экстирпации матки в родах	Частота экстирпации Матки на 1000 родов	Регионы с максимальной частотой экстирпации матки в родах	Частота экстирпации Матки на 1000 родов
ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	0,15	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	6,55
РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	0,25	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	3,01
КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	0,28	МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	2,72
НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ.	0,31	АМУРСКАЯ ОБЛ.	2,56

ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	0,32	РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	2,52
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	0,35	САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	2,50
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	0,44	РЕСП.БУРЯТИЯ	2,28
РЕСП.КАЛМЫКИЯ	0,53	ОМСКАЯ ОБЛ.	2,20
МОСКВА	0,54	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	2,18
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	0,55	ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	2,09
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	0,63	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	2,01
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	0,68	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	1,86
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	0,71	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	1,81
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	0,71	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	1,80
ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	0,72	СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	1,72
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	0,77	СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	1,70
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,36	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,36

Таким образом, на фоне некоторого улучшения показателей здоровья беременных и рожениц приходится с сожалением констатировать продолжающееся увеличение наиболее управляемой патологии в родах в 2006г. в сравнении с предыдущим годом - увеличение разрыва матки на 6,8%, кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде на 1,2%, сепсиса после самопроизвольных родов на 1,4% - при сохраняющейся высокой частоте аномалий родовой деятельности и затрудненных родов.

Большой региональный разброс показателей говорит о сохраняющейся дифференциации регионов по социально-экономическому положению и качеству акушерской и перинатальной помощи, а также характеризует разные диагностические критерии оценки нормы и патологии.

Динамика заболеваемости новорожденных

В 2006г. впервые за анализируемый 16-летний период отмечена тенденция снижения заболеваемости новорожденных с 406,8 до 397,8‰, и хотя снижение небольшое – всего на 2,2%, но он означает перелом ситуации (табл.14).

Таблица 14.

Динамика заболеваемости новорожденных (на 1000 родившихся живыми)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 /2005 %
Заболело детей	173,7	202,7	234,7	263,5	285,2	312,9	338,7	356,5	382,0	380,0	393,4	399,4	400,4	401,4	406,8	397,8	97,8
Гипотрофия	23,6	32,2	39,6	46,4	52,2	58,0	61,4	67,9	78,8	81,4	85,9	88,9	92,7	92,9	94,8	92,4	97,5
Родовая травма	23,8	28,0	29,6	31,6	32,5	32,7	31,6	31,3	41,7	41,1	42,6	41,9	40,7	40,1	40,4	39,0	96,5
-в т.ч.ВЧРТ	9,34	10,06	9,90	9,85	9,58	8,74	7,37	6,75	3,06	2,15	1,80	1,67	1,16	1,13	1,10	1,02	93,2
"Другая" род.травма	14,4	17,9	19,7	21,7	22,9	24,0	24,3	24,5	38,6	38,9	40,8	40,2	39,5	38,9	39,3	37,9	96,6
Гипоксия	61,9	78,8	96,2	113,9	127,3	143,5	158,1	171,8	175,5	176,3	169,2	170,9	169,2	163,3	158,7	152,2	95,9
Респираторные нарушения									31,9	33,1	34,6	36,3	36,2	36,7	37,5	39,4	105,2
-в т.ч.РДС	14,4	15,6	17,9	18,8	19,8	21,3	21,4	22,5	17,4	18,1	17,8	18,7	19,1	18,6	18,9	19,5	103,1
-врожденная пневмония	2,1	2,5	2,8	3,4	4,2	4,5	5,7	6,1	5,7	5,8	6,8	7,6	7,3	7,9	7,8	8,1	103,6
-аспирационный синдром									4,29	4,14	4,38	4,66	4,57	4,74	4,90	5,17	105,6
-аспирационная пневмония									0,83	0,85	0,99	1,07	0,94	0,96	1,00	1,23	122,8

Инфекции перинатальные	6,9	8,2	10,8	13,6	16,4	19,2	23,4	23,4	25,0	24,6	24,3	24,0	23,9	23,5	22,8	21,7	95,1
- в т.ч. сепсис	0,46	0,28	0,32	0,41	0,34	0,41	0,42	0,42	0,59	0,50	0,44	0,35	0,29	0,22	0,16	0,19	122,2
Гематологические нарушения	2,3	3,3	4,1	5,9	6,6	8,3	9,1	9,3	10,0	10,4	11,3	11,8	12,3	11,6	13,0	12,1	92,8
ГБН	6,11	6,18	6,62	7,02	7,53	8,02	8,56	10,35	9,32	8,89	8,41	8,68	8,42	8,69	8,58	8,60	100,2
Желтуха неонатальная									47,3	55,5	61,6	69,0	72,8	75,3	81,1	78,5	96,9
Врожденные аномалии	18,8	20,5	22,8	24,4	25,7	27,9	29,6	30,2	29,3	29,4	30,3	29,7	29,9	32,5	33,1	30,9	93,3
Прочие	19,4	15,8	20,0	22,6	23,0	29,3	32,3	36,7	15,2	14,8	15,3	16,8	15,0	18,3	16,5	16,8	102,2

Снижение заболеваемости новорожденных произошло за счет уменьшения частоты внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении (с 158,7‰ в 2005 г. до 152,2‰ в 2006 г., или на 4,1%), неонатальной желтухи (на 3,1%), перинатальных инфекций (на 4,9%), врожденных аномалий (на 6,7%).

Продолжилась положительная динамика структуры родившихся по массе тела - уменьшение доли маловесных детей (массой менее 2500г) с 5,74% в 2005 г. до 5,65% в 2006 г. Число родившихся недоношенными уменьшилось с 5,41 в 2005 г. до 5,35% в 2006 г., что также характеризует позитивные сдвиги в здоровье рождающихся детей (рис. 16). При этом, однако, неблагоприятным является сохраняющееся превышение числа маловесных над числом недоношенных, т.е. часть доношенных детей по-прежнему рождаются с массой тела мене 2500г.

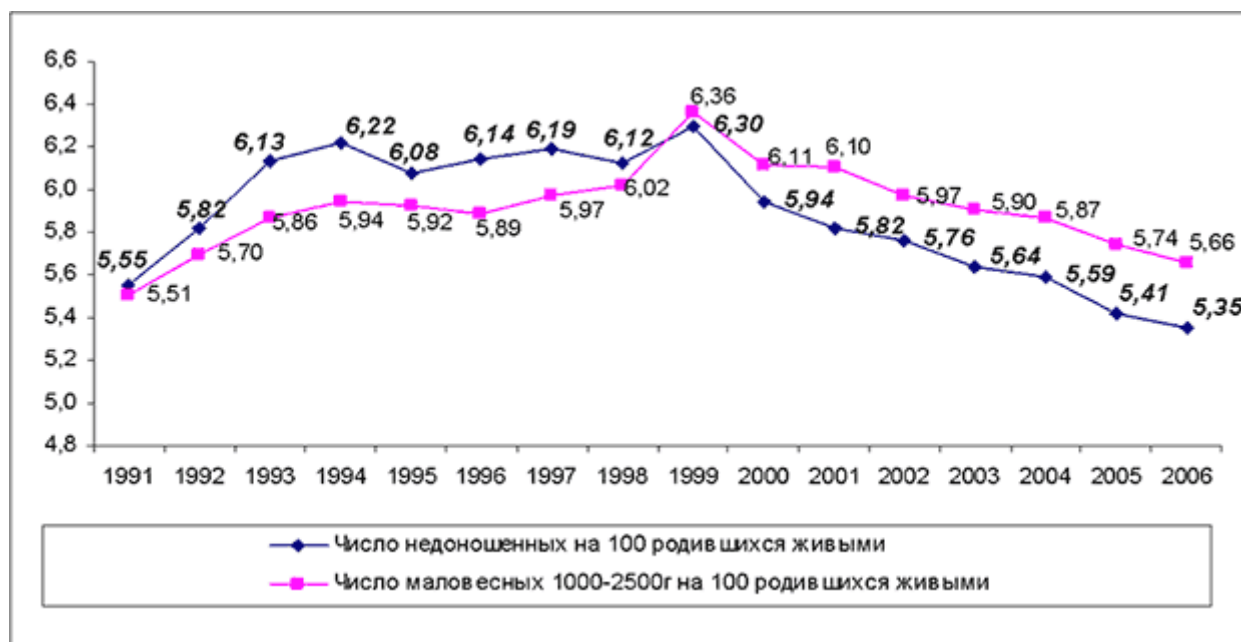


Рис. 16. Динамика числа недоношенных и маловесных новорожденных (на 100 родившихся живыми) в 1991-2006гг.

Соответственно улучшению весовой структуры родившихся, впервые за 16-летний период отмечено некоторое снижение числа детей с замедлением роста и недостаточностью питания (с 94,8‰ в 2005 г. до 92,4‰ в 2006 г.) - на фоне предшествующего устойчивого роста показателя от 23,6‰ в 1991 г. до 94,8‰ в 2005 г.).

Важным положительным моментом явилось уменьшение среди родившихся детей врожденных аномалий, являющихся одной из главных причин детской инвалидности.

Частота этой патологии возростала с 29,7‰ в 2002 г. до 33,1‰ в 2005 г. В 2006 г. показатель составил 30,9‰.

Отмечая снижение частоты ВПР у родившихся живыми, следует отметить рост доли ВПР в структуре умерших в акушерском стационаре (до 20,6% в 2006г.) при снижении удельного веса ВПР в структуре причин мертворождаемости (до 13,2%), что требует специального анализа – рис. 17.

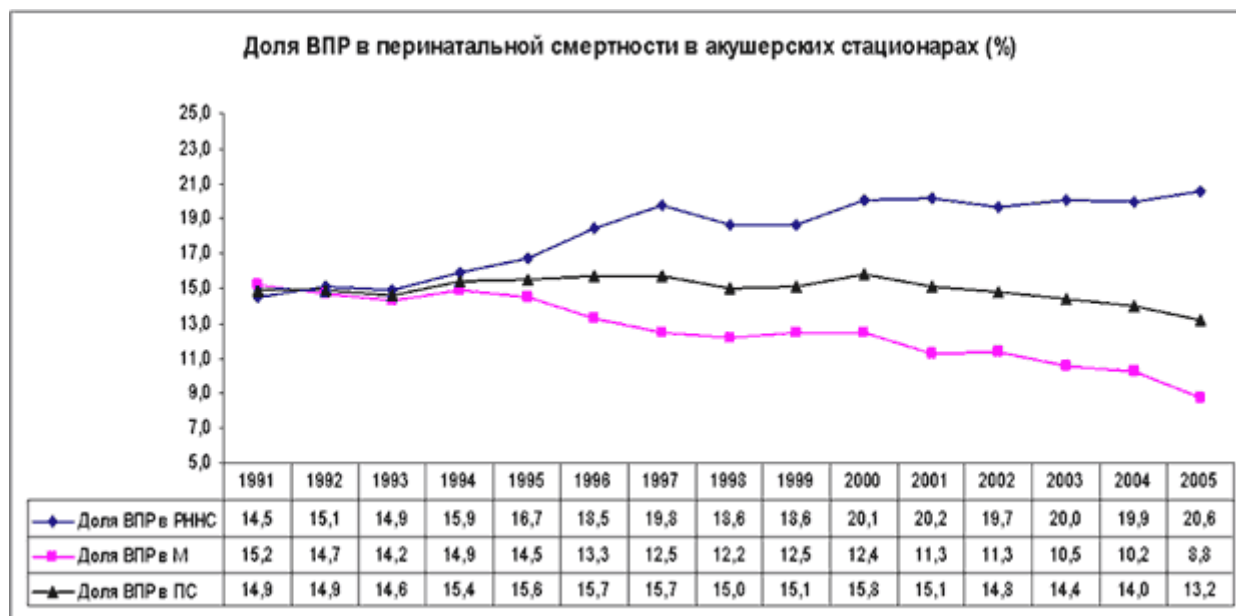


Рис. 17. Динамика удельного веса врожденных пороков развития (ВПР) в структуре перинатальной смертности (%)

Также впервые за все годы регистрации (с 1999 г.) в 2006 г. уменьшилось число детей с неонатальной желтухой (до 78,5‰) – частота которой устойчиво возростала с 47,3‰ в 1999 г. до 81,1‰ в 2005 г.

Снижение частоты родовой травмы плода и новорожденного (с 94,8‰ в 2005 г. до 92,4‰ в 2006 г.) характеризует повышение качества интранатальной помощи в акушерских стационарах. В наибольшей степени (на 29,1%) уменьшилась внутричерепная родовая травма недоношенных детей, что может быть обусловлено расширением показаний к кесареву сечению при преждевременных родах.

В то же время надо отметить, что в 2006 г. произошло увеличение числа респираторных нарушений у новорожденных детей на 5,2% (с 37,5 в 2005 г. до 39,4‰), прежде всего за счет аспирационной пневмонии (на 22,8%), врожденной пневмонии (на 3,6% - с 7,7‰ до 8,1) и аспирационных синдромов (на 5,6% - с 4,9‰ до 5,2), т.е. преимущественно предотвратимой неонатальной патологии. Это свидетельствует о недостаточной перинатальной, прежде всего интранатальной помощи в процессе самопроизвольных родов и определяет направление поиска путей улучшения ситуации.

При анализе заболеваемости новорожденных обращает на себя внимание обратная зависимость показателей заболеваемости и летальности: проведенный по 80 регионам России корреляционный анализ выявил отрицательный коэффициент корреляции этих показателей ($r = -0,39$), максимально выраженный среди доношенных ($r = -0,46$). Показатели заболеваемости и летальности по федеральным округам РФ представлены ниже (рис. 18).

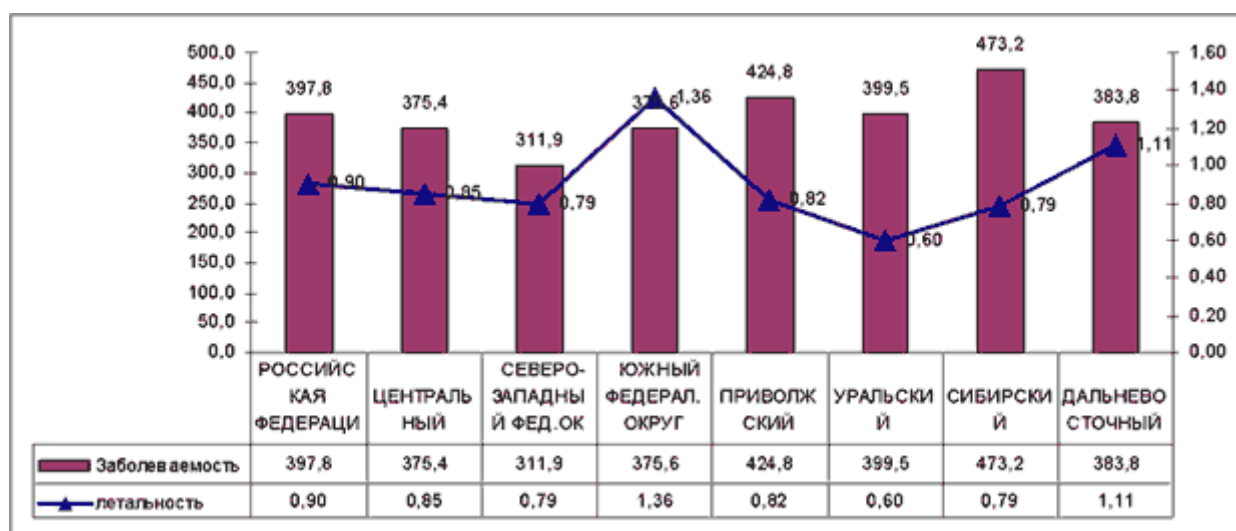


Рис. 18. Соотношение показателей заболеваемости (на 1000 родившихся живыми) и летальности (на 100 заболевших) по федеральным округам РФ в 2006 г.

Наиболее значимы эти данные в отношении родовой травмы новорожденных. Как видно из таблицы 15, в регионах с наибольшими показателями частоты родовой травмы летальность от этой патологии, как правило, ниже, чем в среднем по России и наоборот – минимальная частота родовой травмы сопровождается более высокими показателями летальности.

Таблица 15.

Сопоставление частоты родовой травмы (на 1000 родившихся живыми) и летальности от нее (на 100 заболевших) по регионам России в 2006г.

Регины с максимальной частотой родовой травмы	Час-Тота	Леталь-ность	Регины с минимальной частотой родовой травмы	Час-тота	Леталь-ность
РЕСП. ТАТАРСТАН	98,3	0,27	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	12,38	0,65
ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	88,5	0,53	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	15,12	3,40
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	68,8	0,23	РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	15,47	0,00
КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	66,9	0,18	РЕСП.ДАГЕСТАН	19,93	3,42
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	64,8	1,16	ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	20,85	0,00
КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	61,4	0,17	КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	21,67	0,00
ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	60,3	2,34	РЕСП.БАШКОРТОСТАН	22,61	0,51
ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	57,3	0,14	РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	24,41	0,00
РЕСП.КАЛМЫКИЯ	56,7	0,00	РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	25,21	0,57
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	53,0	0,13	РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	25,28	0,00
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	52,7	0,50	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	25,75	0,33
АМУРСКАЯ ОБЛ.	52,6	0,56	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	26,15	1,96
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	52,1	0,07	ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	26,16	0,44
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	39,0	0,49	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	39,0	0,49

Перинатальная смертность

В 2006 г., по данным Росстата, продолжилось снижение уровня перинатальной смертности в России до 9,6‰ (снижение на 5,9% с 2005г.). Ранняя неонатальная смертность уменьшилась при этом с 4,5‰ до 4,2 (на 6,7%); мертворождаемость снизилась с 5,7‰ в 2005 г. до 5,3‰ в 2006 г. (на 7%) – рис.19.

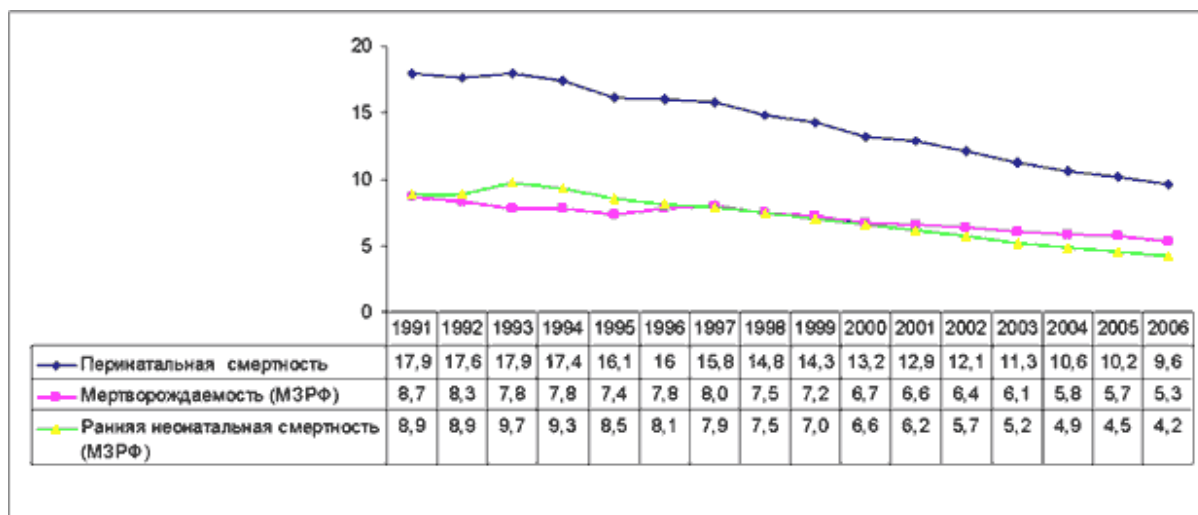


Рис. 19. Динамика перинатальной смертности в России (на 1000 родившихся)

Снижение мертворождаемости в стране происходит за счет интранатального компонента. В значительно меньшей степени сокращается антенатальная мертворождаемость – лишь на 1,7% (с 4,67 в 2005 г. до 4,59 в 2006г.), при устойчивом увеличении в динамике ее доли в структуре мертворождаемости (до 81,1% - рис. 20). Это характеризует недостаточный уровень акушерской помощи при беременности и недостаточное пренатальное наблюдение и обследование в том числе в акушерском стационаре.

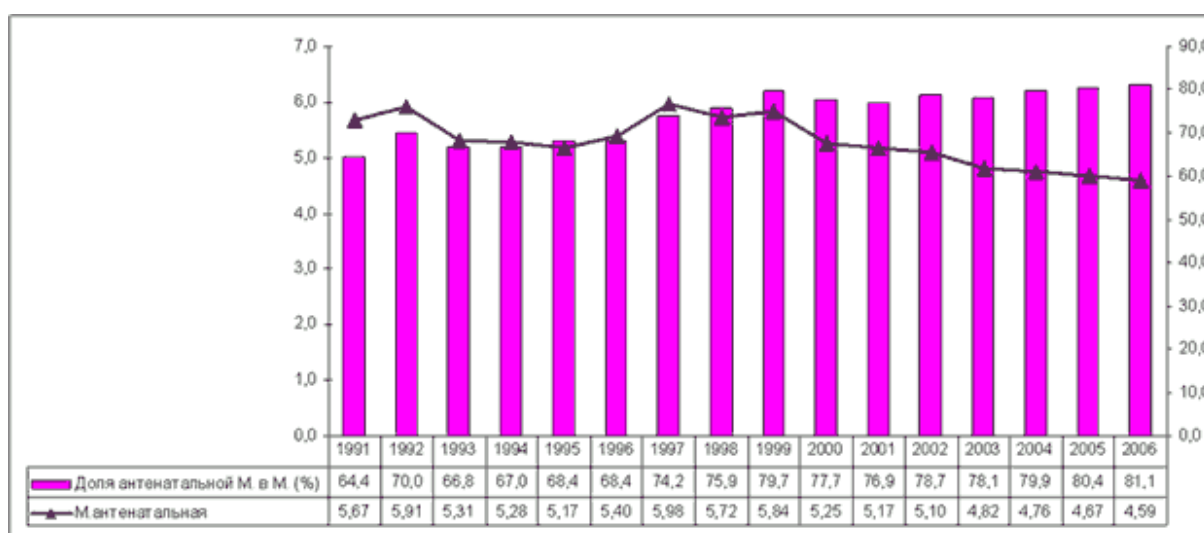


Рис. 20. Динамика показателя антенатальной мертворождаемости (левая шкала, график, на 1000 родившихся живыми и мертвыми) и ее удельного веса в структуре мертворождаемости (в %-правая шкала, диаграмма) в России в 1991-2006гг.

В акушерских стационарах России показатель ПС в 2006 г. составил 8,97‰, что на 3,8% ниже уровня 2005 г. (9,32‰). Снижение показателя ПС произошло также в большей степени за счет ранней неонатальной смертности - с 3,53‰ до 3,33‰, или на 5,7%. Снижение мертворождаемости, как и в прежние годы, произошло за счет контингента недоношенных (с 51,9‰ до 49,2‰).

Суммарное снижение перинатальной смертности (ПС) в России (на 46,4% с 1991г.) происходит за счет за счет ранней неонатальной смертности (на 52,8%) и мертворождаемости (на 39,1%). Однако положительная динамика показателя ПС сопровождается нарастающей диспропорцией ее структуры - ростом удельного веса доношенных (до 49,8% в структуре ПС и 51,3% в мертворождаемости в 2006г.) – рис. 21.

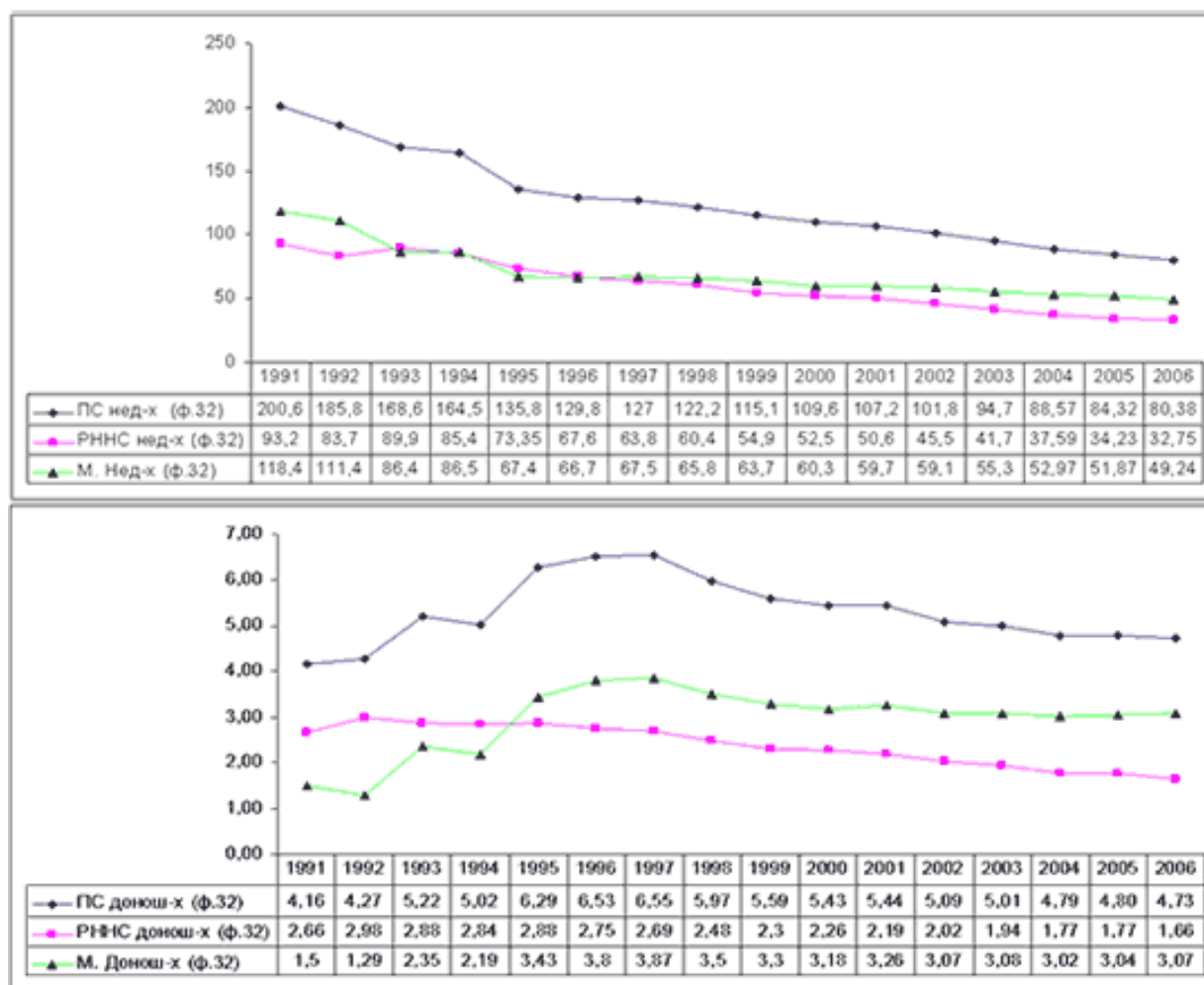


Рис. 21. Динамика перинатальной смертности недоношенных – вверху и доношенных – внизу в акушерских стационарах России в 1991-2006гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Снижение ПС недоношенных (на 59,9% с 1991г.) произошло за счет мертворождаемости (на 58,4%) и ранней неонатальной смертности (на 64,8%). Динамика перинатальной смертности доношенных характеризуется ростом показателя (на 13,7% с 1991г.) за счет прежде всего мертворождаемости (двукратное увеличение) при снижении ранней неонатальной смертности лишь на 37,6% за 15 лет. Констатируя положительную динамику ПС в России, надо отметить, что мертворождаемость доношенных детей не только не снижается, но имеет некоторую тенденцию к увеличению (3,02‰ в 2004 г., 3,04‰ в 2005 г., 3,07‰ в 2006 г.). На фоне позитивной динамики всех других компонент ПС, особенно контингента недоношенных детей, уровень мертворождаемости доношенных является главным резервом улучшения перинатальных показателей в последующем.

Столь разная динамика мертворождаемости недоношенных (устойчивое снижение) и доношенных (тенденция роста) определила неблагоприятное изменение структуры мертворождаемости, в которой доля доношенных устойчиво увеличивалась, составив в 2006 г. 51,3% от числа всех мертворожденных (рис.22).

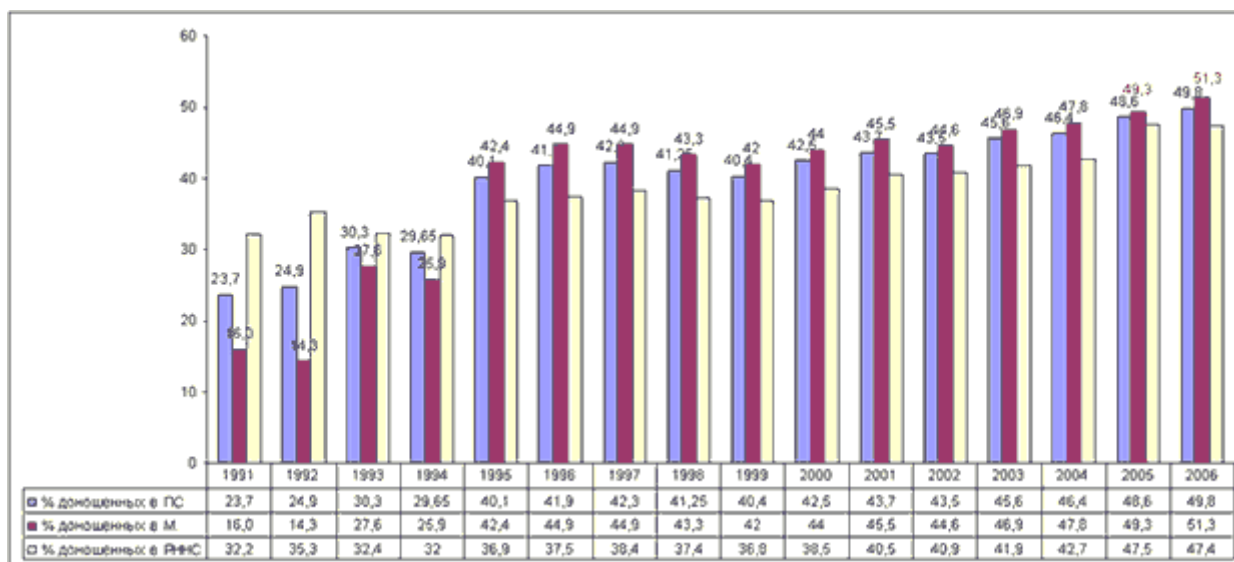


Рис. 22. Динамика удельного веса доношенных в перинатальной смертности (%) и ее компонентах в 1991-2006г.

Анализ перинатальных потерь по весовым категориям выявляет неблагополучие в весовой группе «4000 и более грамм» - увеличение ПС с 3,9‰ в 2005 г. до 4,3‰ в 2006 г. (за счет роста мертворождаемости) - при положительной динамике показателя в других весовых категориях.

По федеральным округам России разброс показателя ПС и ее компонентам достаточно велик – от 8,3‰ в Уральском ФО до 11,3‰ в Дальневосточном (табл. 16).

Таблица 16.

Динамика перинатальной смертности, мертворождаемости (на 1000 родившихся живыми и мертвыми), и ранней неонатальной смертности (на 1000 родившихся живыми) по федеральным округам России в 2001-2006гг. (данные Росстата)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ						
Российская Федерация	12,8	12,1	11,3	10,6	10,2	9,6
Центральный федеральный округ	12,8	12,3	11,4	10,8	10,3	9,3
Северо-Западный федеральный округ	11,9	10,9	10,4	10	9,5	8,9
Южный федеральный округ	13,8	12,7	11,6	10,9	10,9	10,7
Приволжский федеральный округ	12,5	11,9	11,3	10,6	10,4	9,5
Уральский федеральный округ	10,8	10,3	9,5	9	8,4	8,3
Сибирский федеральный округ	13,1	12,7	11,7	10,7	9,9	9,4
Дальневосточный федеральный округ	15,1	13,4	13,1	12,2	11,7	11,3
МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ						
Российская Федерация	6,6	6,4	6,1	5,8	5,7	5,3
Центральный федеральный округ	7	7,1	6,5	6,4	6,1	5,7
Северо-Западный федеральный округ	6,9	6,7	6,4	6,3	5,8	6,1
Южный федеральный округ	6,3	5,7	5,8	4,9	5	4,4
Приволжский федеральный округ	6,5	6,4	6,1	5,9	6	5,5
Уральский федеральный округ	5,8	5,7	5,5	5,2	5	5,2
Сибирский федеральный округ	6,5	6,4	6,1	5,6	5,5	5,2
Дальневосточный федеральный округ	7,6	6,6	6,3	6,1	6,5	6,1

РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ						
Российская Федерация	6,2	5,7	5,2	4,9	4,5	4,2
Центральный федеральный округ	5,8	5,3	4,9	4,4	4,2	3,7
Северо-Западный федеральный округ	5	4,3	4,1	3,7	3,7	2,8
Южный федеральный округ	7,5	7	5,8	6	5,9	6,3
Приволжский федеральный округ	6,1	5,6	5,2	4,7	4,4	4
Уральский федеральный округ	5	4,6	4	3,9	3,4	3,1
Сибирский федеральный округ	6,5	6,3	4,3	5,2	4,5	4,2
Дальневосточный федеральный округ	7,6	6,9	6,8	6,1	5,3	5,2

Если по показателю ПС устойчиво лидирует Дальневосточный ФО, то по уровню мертворождаемости первое место в 2006 г. занял наравне с Дальневосточным Северо-Западный ФО, а по ранней неонатальной смертности – Южный ФО. При этом характерно, что доля доношенных в структуре ПС и мертворождаемости превышает 50% в Северо-Западном, Южном и Дальневосточном ФО. В то же время благоприятная структура ПС Приволжском, Уральском и Сибирском ФО характеризует более достоверные данные о перинатальных потерях в этих округах (рис.23).

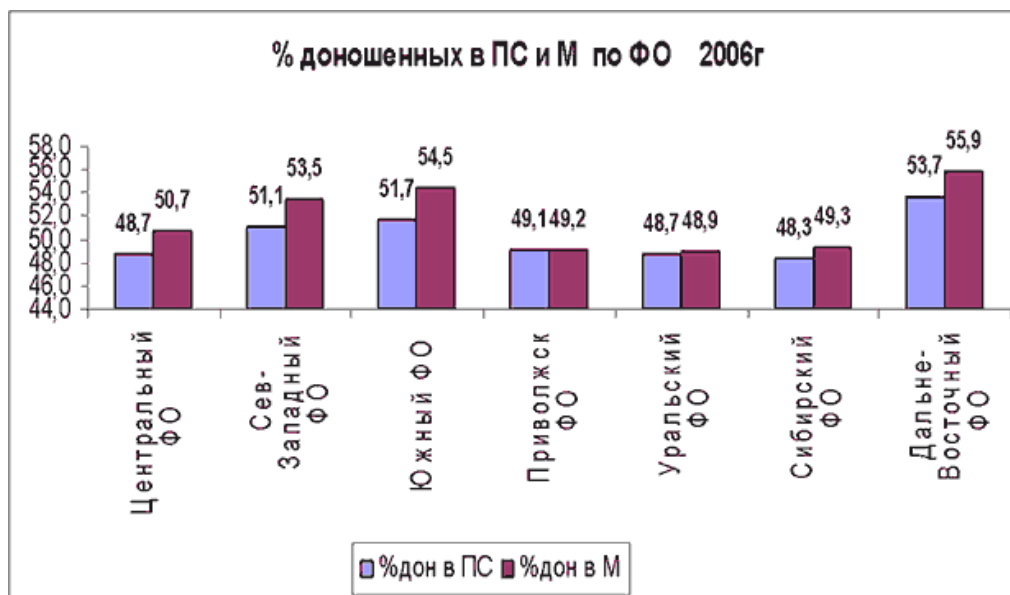


Рис. 23. Доля доношенных в структуре перинатальных потерь в акушерском стационаре (данные по 32 форме) по ФО в 2006 г.

Проведенный анализ структуры перинатальной смертности по регионам России представлен в таблице 17.

Таблица 17.

Регионы с максимальными и минимальными перинатальными потерями в 2006 г.(ф.32)

МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ДОНОШЕННЫХ						МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ДОНОШЕННЫХ					
Территория №	ПС общая (ф32) %	ПС донош %	Мертворождаемость %	% доношенных в ПС	% доношенных в Мертворождаемости	Территория №	ПС донош %	ПС донош %	Мертворождаемость %	% доношенных в ПС	% доношенных в Мертворождаемости
1126	27,4	13,6	6,2	47,2	58,3	1187	6,0	2,4	1,8	38,5	38,8
1196	19,6	10,5	7,1	50,9	53,8	1181	7,0	3,1	1,8	40,6	39,7

1128	10,8	8,6	6,0	75,2	87,5	1115	8,0	3,1	2,4	36,6	38,2
1198	11,5	8,5	4,9	69,4	72,4	1136	6,5	3,1	1,9	45,2	43,2
1188	12,8	8,2	4,4	60,8	51,6	1145	7,1	3,2	2,3	41,9	43,2
1134	15,4	7,8	4,3	48,2	46,8	1197	7,1	3,2	2,1	42,1	37,7
1182	12,8	7,4	3,4	55,4	58,8	1191	9,1	3,3	1,8	34,2	38,9
1119	11,5	6,9	5,2	56,4	60,0	1154	7,5	3,3	2,6	42,1	51,4
1169	12,7	6,8	2,9	51,0	48,5	1189	7,3	3,5	2,8	45,3	45,2
1122	11,3	6,4	4,1	53,0	58,6	1170	6,3	3,6	2,6	54,4	52,5
1161	10,5	6,2	3,8	55,7	52,2	1171	6,6	3,6	2,9	51,9	53,5
1158	11,8	6,1	4,3	48,7	54,2	1179	6,7	3,6	3,2	51,7	52

При этом очевидно, что регистрируемый удельный вес доношенных, достигающий 75,2-87,5% среди перинатальных потерь и мертворожденных, означает лишь то, что родившиеся мертвыми недоношенные (прежде всего очень низкой массы тела – менее 1500г) просто не регистрируются в данном регионе, и соответственно данные о перинатальных потерях являются заниженными фактически двукратно.

В этом контексте следует привести данные Баранова А.А. и Игнатъевой Р.К. (2007), которые при оценке недоучета репродуктивных потерь указывают на «хорошо отлаженный механизм фальсификации показателей ранней неонатальной, а через нее и младенческой смертности за счет действующих критериев определения перинатального периода». Авторы на основании анализа соотношения числа родившихся живыми и мертвыми в маловесных группах (очень низкой и экстремально низкой массы тела) убедительно показывают недостоверность показателя смертности за счет «переброса» детей массой тела свыше 1000г в более низкую весовую группу, не учитываемую в ПС [1].

Данные статистических форм №32 и 14 позволяют анализировать структуру ранней неонатальной смертности (число умерших 0-6 дней) по этапам оказания медицинской помощи. По суммарным данным Минздравсоцразвития (статистические формы №14 и №32), показатель ПС составил в 2006г. 9,83% (14416 погибших в перинатальном периоде на 1466120 родившихся живыми и мертвыми), снизившись в сравнении с 2005 г. на 3,6%. При анализе ранней неонатальной смертности с учетом места смерти ребенка выявлено, что в акушерских стационарах в 2006г. умерло 4852 ребенка в возрасте 0-6 дня, т.е. около 80% новорожденных первой недели жизни умирает в родовспомогательных стационарах, и это определяет важность организации реанимационной неонатальной помощи в этих учреждениях.

Доля умерших детей первой недели жизни на вторых этапах выхаживания и в отделениях патологии новорожденных детских больниц составила в 2006г. 20,7% в структуре всей ранней неонатальной смертности (1270 детей из 6122 умерших в возрасте 0-6 дня).

В таблице 18 представлены сведения о числе умерших и мертворожденных по федеральным округам России с указанием места смерти ребенка.

Таблица 18.

Абсолютные данные и показатели перинатальных потерь по ФО России в 2006 г.

	Всего умерло в возрасте 0-6 дня (ф.№14)	Умерло в возрасте 0-6 дня (ф.№32)	Родились мертвыми (ф.№32)	ПС всего (по ф.32 и 14)	ПС в акушерском стационаре	Мертворож - даемость	РННС- акушерский стационар	% умерших на 2 этапе
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	6122	4852	8294	9,83	8,97	5,66	3,33	20,7
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ	1197	942	1818	9,07	8,30	5,47	2,85	21,3

ФЕДЕР.ОКР.								
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕД.ОК	366	281	764	8,97	8,29	6,06	2,24	23,2
ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛ.ОКРУГ	1560	1279	1577	11,76	10,71	5,91	4,82	18,0
ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	1213	964	1717	9,64	8,82	5,65	3,19	20,5
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	437	311	783	8,82	7,91	5,66	2,26	28,8
СИБИРСКИЙ ФЕДЕР.ОКР.	966	772	1177	9,58	8,71	5,26	3,47	20,1
ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕР.	383	303	458	11,25	10,18	6,13	4,08	20,9

Как видно из таблицы, доля умерших в акушерских стационарах колеблется от 82,0% от числа умерших в возрасте 0-6 дней в Южном ФО до 71,2% в Уральском ФО. Удельный вес мертворожденных в структуре перинатальных потерь, рассчитанный по абсолютным числам, максимален в Северо-Западном ФО (764 из 1130, или 67,6%) и минимален в Южном (1577 из 3137, или 50,3%). Этот анализ важен с точки зрения определения резервов улучшения организации перинатальной помощи на территориях с учетом времени наступления перинатальной смерти (внутриутробной или постнатальной).

Доля умерших новорожденных первой недели жизни в специализированных неонатальных отделениях существенно варьирует по регионам - от 0% до 44,8% (соответственно существующей в регионе организационной модели неонатальной службы) - табл.19.

Таблица 19.

Доля умерших новорожденных 0-6 дня в специализированных неонатальных отделениях 2-го этапа (в % к числу умерших в возрасте 0-6 дня)

Регионы с минимальным показателем	Доля умерших на 2 этапе	Регионы с максимальным показателем	Доля умерших на 2 этапе
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ РЕСП.	0,0	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	44,8
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	0,0	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	44,2
ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	0,0	ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	43,6
РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	0,0	ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	42,9
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	0,0	ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	42,3
ОМСКАЯ ОБЛ.	6,5	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	40,0
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	6,8	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	38,6
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	6,9	РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	38,3
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	7,5	ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	38,1
МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	8,7	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	37,5
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	9,0	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	36,6
КУРСКАЯ ОБЛ.	9,3	ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	36,1
РЕСП. АЛТАЙ	9,5	ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	35,1
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	9,6	САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	34,6
САМАРСКАЯ ОБЛ.	10,6	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	33,3
ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	10,9	БРЯНСКАЯ ОБЛ.	32,4

ТОМСКАЯ ОБЛ.	11,0	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	32,0
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	11,1	ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	30,0
РЕСПУБЛИКА КОМИ	11,1	РЕСП.КАЛМЫКИЯ	28,6
АМУРСКАЯ ОБЛ.	11,3	САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	27,7
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	11,5	ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	26,4
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	20,7	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	20,7

Характерно, что по федеральным округам наибольший показатель числа умерших на втором этапе (1,08 на 1000 живорожденных в Дальневосточном и 1,06 в Южном ФО) - при высоком уровне ранней неонатальной смертности в этих округах – рис. 24.

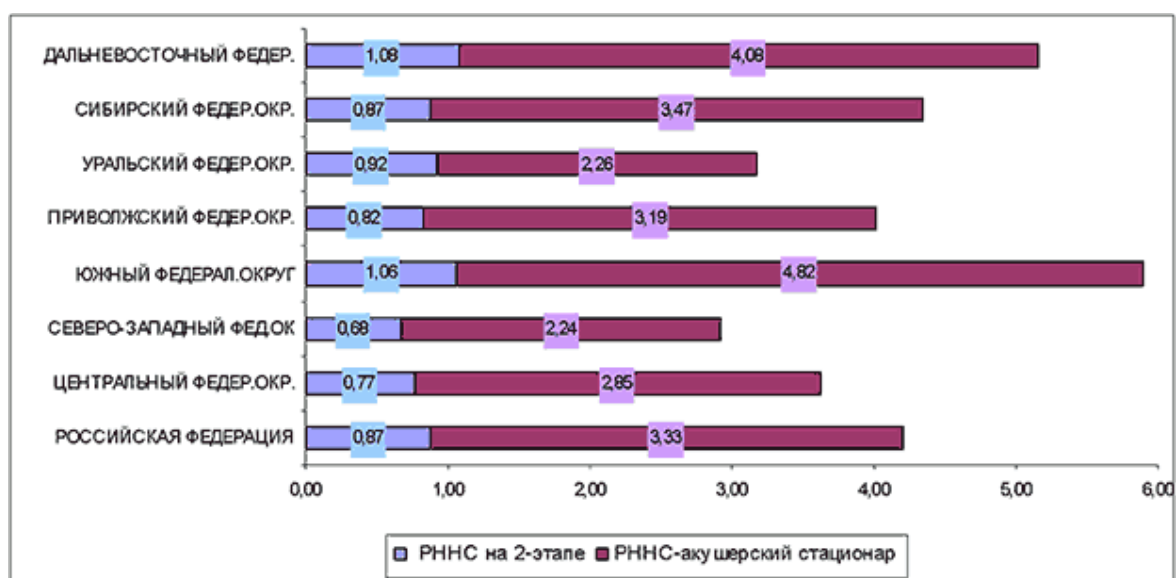


Рис. 24. Структура ранней неонатальной смертности по этапам оказания медицинской помощи (число умерших 0-6 дней на 1000 родившихся живыми)

Доля умерших в отделения патологии новорожденных и на вторых этапах выхаживания недоношенных максимальна в Уральском ФО (28,8% при 20,7% в РФ), что при благополучном уровне ПС и ранней неонатальной смертности в данном округе согласуется с большим процентом переведенных больных детей из родовспомогательных стационаров на второй этап (9,9% от числа родившихся при 9,3% в РФ и 24,7% от числа заболевших при 23,3% в РФ) – рис.25.

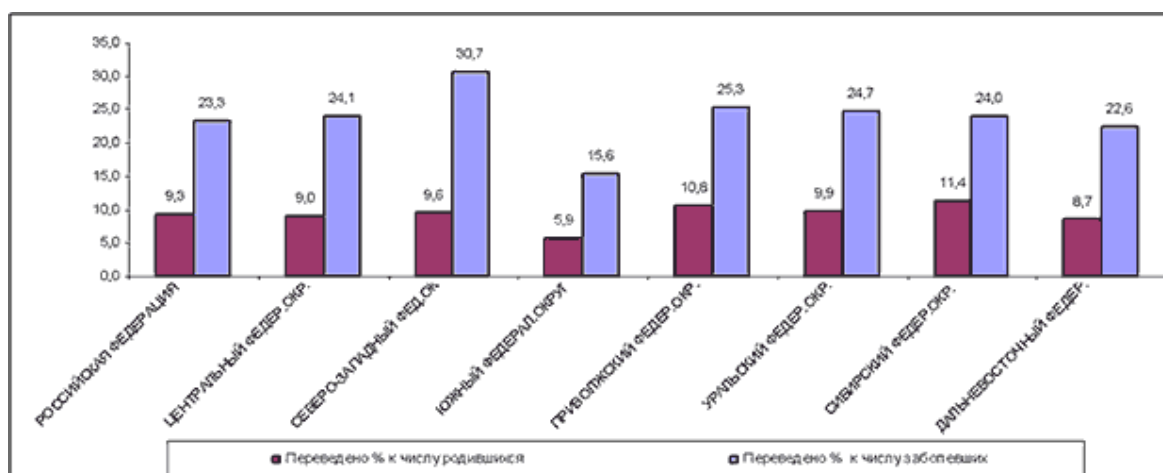


Рис. 25. Число переведенных новорожденных из акушерских стационаров в специализированные неонатальные отделения по ФО РФ (% к числу родившихся и к числу заболевших), 2006г.

Частота переводов новорожденных из акушерских стационаров в специализированные неонатальные отделения составила в 2006г. 9,3% от числа родившихся живыми (при 9,4% в 2005г.) с колебаниями показателя по регионам в 100 раз – от 0,27% в Чукотском АО до 27,1 в Таймырском АО, также отражая разную модель организации неонатальной службы в регионах (табл.18).

Таблица 18.

Регионы с минимальным и максимальным числом переведенных новорожденных из акушерского стационара в специализированные неонатальные отделения

Регионы с минимальным числом переведенных новорожденных	Переведено в % к числу родившихся	Переведено % к числу заболевших	Регионы с максимальным числом переведенных новорожденных	Переведено в % к числу родившихся	Переведено % к числу заболевших
ЧУКОТСКИЙ АВТ.ОКР.	0,27	0,61	ТАЙМЫРСКИЙ АО	27,1	50,9
КАРЯКСКИЙ АО	0,41	1,45	МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.	22,9	55,2
ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АО	0,47	1,06	ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	21,1	33,7
НЕНЕЦКИЙ АО	0,55	1,01	РЕСП.КАЛМЫКИЯ	20,0	39,9
ЭВЕНКИЙСКИЙ АО	0,81	2,86	ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	18,5	52,4
УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ БУРЯТСКИ	1,10	2,46	ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	17,5	38,7
АГИНСКИЙ БУРЯТСКИЙ АО	1,10	2,20	АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	17,0	30,4
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	2,04	7,12	УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	16,4	22,9
МЕД.Ц.УПР.ДЕЛ.ПРЕЗ.	2,58	6,82	РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	15,6	56,0
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	2,77	5,82	ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	15,4	25,3
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	3,69	10,23	БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	13,8	36,7
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	3,89	9,44	ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	13,4	19,2
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	4,18	15,08	РЕСП. ТАТАРСТАН	13,0	28,0
ТОМСКАЯ ОБЛ.	4,21	11,60	АМУРСКАЯ ОБЛ.	12,7	21,9
ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	5,21	16,08	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	12,3	28,6
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	5,22	16,90	ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	12,3	29,2
СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	5,77	18,80	СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	12,2	26,9
РЕСП. АЛТАЙ	5,81	26,57	АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	12,1	20,9
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	9,28	23,33	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	9,28	23,33

От числа родившихся больными и заболевших показатель числа переводов новорожденных составил 23,3% в целом по России (от 0,6% в Чукотском АО до 56,0% в республике Мордовия). Характерна положительная корреляционная связь показателей числа переведенных детей с показателем заболеваемости новорожденных ($r=+0,33$). В то же время корреляционная связь показателя доли переведенных детей от числа заболевших с показателем заболеваемости новорожденных отрицательная ($r=-0,27$), а с заболеваемостью доношенных -0,29. Значит, чем выше заболеваемость новорожденных в регионе, тем меньшая часть заболевших переводится в детскую больницу и наоборот.

Проблема регистрации ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Неблагоприятным моментом является увеличение числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин – с 4,70 в 2005 г. до 4,77 на 1000 родов в 2006 г., что отражает общие неблагоприятные тенденции с ВИЧ-инфекцией в стране. При этом число не наблюдавшихся в женской консультации среди данного контингента женщин уменьшилось с 19,7% в 2005 г. до 16,7% в 2006г., что подтверждает мнение о том, что распространение ВИЧ-инфекции происходит не только среди маргинальных слоев общества, но в общей популяции и согласуется с приводимыми данными об увеличении гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции. В связи с тезисом о распространенности ВИЧ-инфекции в популяции закономерно уменьшение числа не наблюдавшихся в женской консультации среди ВИЧ-инфицированных женщин - с 19,7% в 2005 г. до 17,4% в 2006г., а также уменьшение числа детей, от которых отказались женщины в роддоме, с 5,25% в 2005г. до 4,93% в 2006г.

Данные о числе рожденных детей у ВИЧ-инфицированных женщин, перинатальной смертности и числе отказных детей по федеральным округам России представлены на рисунке 26.

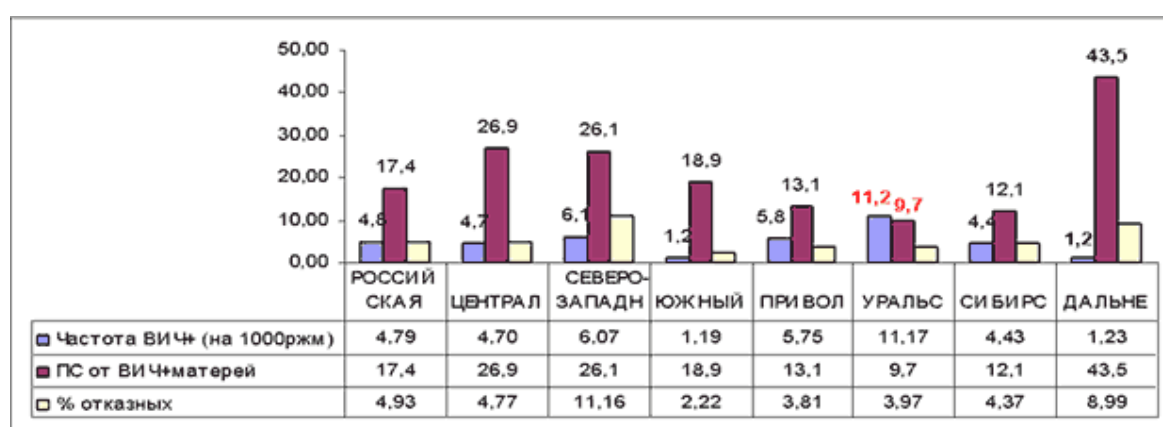


Рис. 26. Частота рождения детей у ВИЧ+женщин по федеральным округам РФ (на 1000родов), перинатальная смертность у ВИЧ+женщин (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) и процент детей, от которых отказались матери по ФО (данные табл.2248 формы №32, 2006г.)

Характерно, что максимальные перинатальные потери (43,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) наблюдаются в Дальневосточном ФО, где частота рождения этих детей минимальна (1,23 на 1000 родов при 4,79 в РФ), а наименьший показатель перинатальной смертности (9,7) в Приволжском ФО, где частота рождения детей у ВИЧ-инфицированных женщин максимальна (11,2 на 1000 при 4,79 в России). Процент отказных детей максимален в Северо-Западном ФО – 11,2% (только в роддоме, без учета последующих «отказов»).

Сопоставление данных о распространенности ВИЧ-инфицированных женщин среди прерывающих беременность и рожаящих, выявил, что число ВИЧ-инфицированных рожениц, учитываемых по статистической форме №32 (4,77 на 1000 родов) существенно превышает число ВИЧ-позитивных женщин среди прерывающих беременность по форме №13 (3,47). Столь существенную разницу показателей нельзя объяснить ничем иным, кроме уровня обследования беременных женщин, сохраняющих и прерывающих беременность. Последний контингент, очевидно, обследуется менее тщательно, чем женщины, сохраняющие беременность. Высокий коэффициент корреляции (+0,85) показателя частоты ВИЧ+ у этих двух контингентов отражает очевидную связь показателей.

На рис.27 отражено различие показателей частоты ВИЧ-инфицированных беременных, прерывающих беременность и рожаящих женщин - по федеральным округам России. Максимальная частота ВИЧ+женщин отмечается в Уральском ФО – 8,35 на 1000 у женщин, прерывающих беременность абортom, и 11,2 среди рожениц.

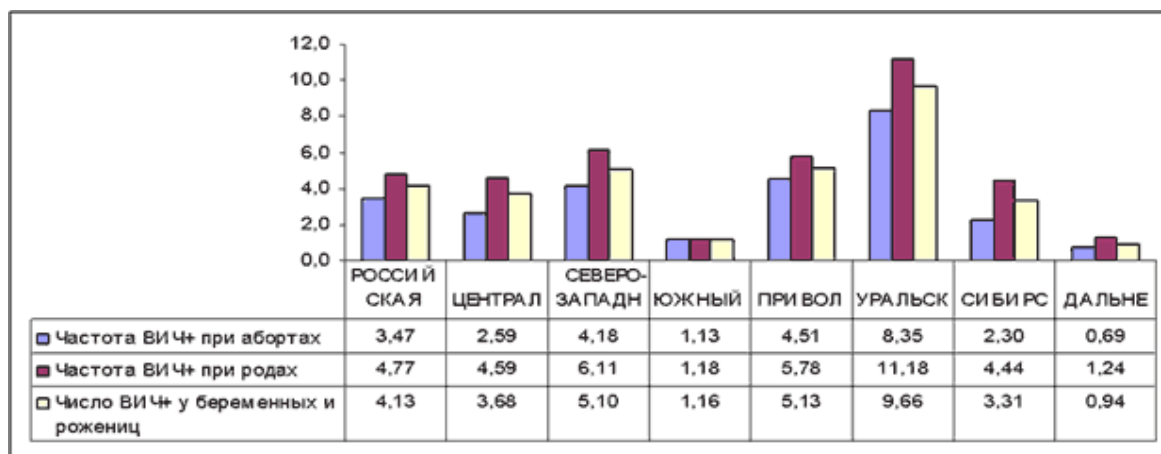


Рис. 27. Показатели частоты ВИЧ-инфицированных беременных при абортах (форма №13) и при родах (табл.2210 формы №32) по федеральным округам России, на 1000 женщин, 2006г.

Региональный разброс показателей частоты ВИЧ-инфицированных женщин среди прерывающих беременность от 17,9 на 1000 в Самарской области до 0,02 в Новосибирской области (или в 900 раз!) - при соответствующих показателях у рожениц 18,2 и 0,83 (различие в 22 раза) - очевидно, характеризует не столько разный уровень распространенности ВИЧ-инфекции, сколько различный уровень обследования этих двух контингентов. Так, в Новосибирской области почти в 40 раз выше число ВИЧ-инфицированных рожениц в сравнении с женщинами, делающими аборт!

Средний показатель частоты ВИЧ-инфицированных беременных составил по России 4,13 на 1000 женщин (11827 ВИЧ-инфицированных на 2861408 женщин, закончивших беременность родами или абортами), что характеризует весьма высокую распространенность ВИЧ-инфекции в стране (каждая 200-250-я беременная при очевидно недостаточном обследовании даже столь хорошо наблюдаемого контингента, каковым являются беременные). В сравнении с 2005г. в 2006г. отмечен рост показателя - с 3,10 до 3,47 на 1000 прерывающих беременность (на 11,9%) и с 4,70 до 4,77 на 1000 рожениц (на 1,5%).

В таблице 20 приведены регионы с минимальным и максимальным уровнем ВИЧ-инфицированных беременных, при этом обращает на себя внимание принципиальное различие распространенности инфицирования у разных контингентов беременных – сохраняющих и прерывающих беременность, а также большой разброс разницы показателей по регионам.

Таблица 20.

Данные о частоте ВИЧ-инфицированных беременных при абортах и при родах (на 1000) по регионам России

Регионы с минимальным показателем	Частота ВИЧ+ при родах	Частота ВИЧ+ при абортах	Разница показателей при родах и абортах (%)	Регионы с максимальным показателем	Частота ВИЧ+ при родах	Частота ВИЧ+ при абортах	Разница показателей при родах и абортах (%)
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	0,21	0,30	-43,5	САМАРСКАЯ ОБЛ.	18,16	17,86	1,6
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	0,24	0,38	-58,3	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	12,24	10,80	11,8
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	0,36	0,27	25,9	СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	16,59	7,32	55,9
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.	0,26	0,35	-35,0	ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АО	9,45	12,61	-33,5

РЕСП.ДАГЕСТАН	0,27	0,49	-82,1	УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	14,80	6,63	55,2
АМУРСКАЯ ОБЛ.	0,49	0,22	55,6	ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	9,29	11,24	-21,0
САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	0,51	0,23	55,7	ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	13,77	5,65	59,0
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	0,83	0,02	97,2	ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	10,76	7,78	27,7
РЕСП.САХА(ЯКУТИ Я)	0,51	0,21	58,8	ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	8,53	8,40	1,4
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	0,79	0,10	88,0	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	10,32	6,23	39,6
ОМСКАЯ ОБЛ.	0,56	0,57	-1,0	ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	10,20	5,17	49,3
ЕВРЕЙСКАЯ АВТ.ОБЛ.	0,94	0,33	64,8	МОСКВА	5,95	8,88	-49,3
КИРОВСКАЯ ОБЛ.	1,10	0,23	78,7	ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	7,41	5,48	26,0
ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	0,83	0,49	40,3	ПЕРМСКАЯ ОБЛ.	4,90	5,87	-19,8
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	0,57	0,76	-35,0	КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	5,72	4,66	18,5
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	1,10	0,38	64,9	ТАЙМЫРСКИЙ АО	3,94	5,74	-45,5
РЕСПУБЛИКА АДЫГЕЯ	0,70	0,78	-11,4	САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	6,17	3,96	35,7
КУРСКАЯ ОБЛ.	0,80	0,68	15,0	КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	5,64	3,89	31,1
РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	1,08	0,59	45,3	МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	6,62	2,22	66,5
РЕСПУБЛИКА КОМИ	1,21	0,56	53,7	МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	5,11	3,20	37,4
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	4,77	3,47	27,3	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	4,77	3,47	27,3

Основные ошибки при заполнении статистических форм №13и 32.

Основными замечаниями по заполнению **статистической формы №13** были:

1. Вновь введенная графа 7 табл.1000 «из них 15-17 лет» заполняется, как правило, верно, но неправильно оцифровываются последующие графы (в результате нарушается структура таблицы - граф 7-14).
2. Недопустимой ошибкой является то, что число медицинских (легальных) абортов заполняется не в строке 03, как должно, а в строке 04 («аборты по медицинским показаниям»).
3. Стремление уменьшить криминальные аборты доходит до того, что их число (строка 05) иногда оказывается меньше числа в строке 13 («умершие после прерывания беременности, начатого или начавшегося вне лечебного учреждения»).

Основные замечания по заполнению **статистической формы №32** касаются таблицы 2245.

1. Главной ошибкой заполнения таблицы 2245 является учет в графе 3 («Всего») числа плодов массой тела 500-999г (по всем строкам 1-4). **Графа 3 должна являться суммой чисел в графах 5-11.** Отдавая себе отчет в происхождении данной ошибки (основанной на отечественной особенности учета перинатальных потерь с массы тела 1000г) и понимая, что в графу 4 вынужденно включаются также и дети со сроком гестации свыше 28 недель но массой менее 1000г (прежде всего при многоплодной беременности, при выраженной задержке внутриутробного развития плода), мы тем

не менее вынуждены учитывать этих детей лишь в графе 4 таблицы 2245, не суммируя их с детьми массой тела 1000г и более. Исходы для категории детей и «плодов» менее 1000г фиксируются в таблице 2250 (графы 4-6), а для детей массой тела 1000г и более – в табл.2260. Таким образом, мы работаем в условиях «запрограммированного» противоречия, когда главным классификационным признаком при регистрации исходов (смерти) является **масса тела** родившегося плода/ребенка; в то же время в таблице 2210 число родов учитывается исходя из срока гестации (28 недель), и это противоречие мы условно принимаем за «правило», которое будет устранено при неизбежном переходе на критерии перинатального периода с 22 недель.

2. В таблице 2250 графы 5-6 и табл.2260 графы 6-9 сумма строк (стр4-6) не может превышать число умерших (мертворожденных) по строке 1, поскольку регистрируется лишь одна основная причина смерти ребенка (плода). В то же время графа 4 табл.2250 и графы 4-5 табл.2260, где регистрируются все заболевания, сумма строк может быть больше строки 1 («Всего новорожденных (плодов)»).

3. Наконец досадной технической ошибкой является представление абсолютных чисел в виде дробных, а также несоответствие данных на бумажном носителе данным, представленным в электронном виде.

Устранение отмеченных недостатков (не только формальных, но и смысловых) позволит повысить качество статистической информации по репродуктивному здоровью и родовспоможению, что является необходимым условием для выявления резервов улучшения оказываемой медицинской помощи.

Обсуждая представленные в статистических формах №13 и 32 данные, следует отметить существующие недостатки отечественной статистики родовспоможения. Речь идет, прежде всего, о неоднозначной оценке явлений и патологических состояний в результате отсутствия унифицированного подхода к трактовке нормы и патологии по регионам страны. Так, колебания показателя нормальных родов от 16,4% до 56,6%; существующий разброс показателей частоты эклампсии и преэклампсии у рожениц и родильниц в 500 раз (от 0,37% в Вологодской области до 181,3% в 2006г. в С-Петербурге), частоты затрудненных родов (почти в 30 раз) отражает не столько различие в распространенности указанной патологии, сколько отсутствие единых критериев ее оценки. Различие частоты сепсиса почти в 400 раз по регионам (от 15,3% в 2006г. республике Северная Осетия до 0,04% в Алтайском крае) и в 20 раз по федеральным округам (от 5,8% в Уральском ФО до 0,30% в Дальневосточном) также характеризует разные клинические подходы к оценке патологии, причем в последние годы отмечается усугубление данной ситуации и увеличение регионального разброса показателей.

Различны диагностические подходы и при трактовке патологии новорожденных. Например, частота перинатальных инфекций различается по регионам в 300 с лишним раз (от 0,43% в Брянской области до 136% в Амурской); гематологических нарушений – в 60 раз (от 1,1% в республике Дагестан до 67,9% в Кабардино-Балкарской республике); респираторных нарушений - в 10 раз (от 11,0 в Хабаровском крае до 110,2% в Псковской области), неонатальной желтухи в 30 раз (от 10,9% в Приморском крае до 326,5 в Чувашской республике - при увеличении показателя в данном регионе за последний год на 25%). Безусловно, речь идет о разных диагностических критериях в регионах.

Наиболее важной проблемой статистики родовспоможения является недостаточная достоверность некоторых регистрируемых данных, особенно касающихся предотвратимой акушерской и перинатальной патологии.

Парадокс состоит в том, что чрезвычайно высокая значимость показателей родовспоможения, прежде всего перинатальной и материнской смертности,

характеризующих уровень социально-экономического развития страны и учитываемых на самом высоком правительственном уровне (вплоть до Президента страны), является основным фактором, обуславливающим неполную достоверность представляемых сведений.

В современных условиях финансирования, когда заработная плата персонала напрямую зависит от качественных показателей деятельности учреждения, появился дополнительный фактор «улучшения» качества работы за счет неполной регистрации предотвратимых осложнений (согласно перечню критериев качества медицинской помощи в приказе Минздравсоцразвития от 19.01.2007г. №50). В этих условиях первостепенное значение приобретает контроль за достоверностью предоставляемых сведений об управляемых осложнениях и неблагоприятных перинатальных исходах и материнских потерях.

К сожалению, уже сегодня мы имеем не всегда достоверные данные об уровне и характере патологии; разная доля «субъективизма» при оценке и регистрации предотвратимой акушерской патологии, в основе которого лежит стремление «улучшить» качественные показатели службы родовспоможения, не позволяет представить истинную картину о качестве помощи и фактически препятствует совершенствованию службы.

Нарастающая диспропорция структуры перинатальной смертности – устойчивый рост удельного веса доношенных (до 51,3% в структуре мертворождаемости в 2006г.) с высокой степенью вероятности характеризует неполную регистрацию погибших плодов и детей низкой массы тела. Одним из основных факторов, обуславливающих возможность неполной регистрации перинатальной смертности в России, является то, что в ней учитываются лишь дети с 28 недель внутриутробного периода. Баранов А.А. и Игнатьева Р.К. (2007) при анализе проблемы недоучета перинатальных потерь в России называют основным «механизмом фальсификации показателей ранней неонатальной, а через нее и всей младенческой смертности», действующие критерии определения перинатального периода (с 28 недель гестации).

Отмеченный разброс показателя частоты акушерских кровотечений и несоответствие его динамики (снижение) динамике частоты анемии у рожениц и родильниц (увеличение) в регионах с большой долей вероятности свидетельствует о недорегистрации кровотечений, поскольку анемия после родов является в подавляющем большинстве случаев постгеморрагической и частота ее коррелирует с частотой акушерских кровотечений.

Таким образом, необходимым и главным условием эффективности статистического анализа является повышение достоверности представляемых сведений. Речь идет прежде всего о состояниях, являющихся критерием оценки качества акушерской помощи – перинатальной и материнской смертности (особенно в условиях стационара), акушерских кровотечениях, эклампсии и преэклампсии, сепсисе, родовом и акушерском травматизме (прежде всего разрыве матки), а также ятрогенных осложнениях и вынужденных оперативных вмешательствах, среди которых основной является операция экстирпации матки в родах и после них. Именно этой патологии должно уделяться особое внимание и именно она должна наиболее тщательно регистрироваться

Очевидно, что на уровне региона должен использоваться более широкий перечень статистических показателей - индикаторов качества акушерской и перинатальной помощи, прежде всего, показатели по городу и селу (при этом в первую очередь должна быть устранена наблюдающаяся в течение многих лет в России парадоксальная ситуация превышения перинатальных потерь в городе над показателем в селе, как один из критериев недорегистрации потерь в селе), данные о перинатальной смертности по уровню ЛПУ и в зависимости от наличия или отсутствия в нем отделений реанимации и второго этапа выхаживания новорожденных, что дает возможность рациональной организации

перинатальной службы. Данные о частоте перенашивания беременности среди наблюдавшихся в женской консультации; о числе случаев антенатальной гибели плода и разрыва матки в условиях акушерского стационара; о числе случаев массивной кровопотери, потребовавшей гемотрансфузии и т.д., - т.е. показатели рекомендованные ВОЗ как критерий качества медицинской помощи.

Абсолютно необходимыми сведениями являются данные о числе переводов не только детей, но и женщин (рожениц и родильниц) из родильного дома в больницы с указанием диагноза и исхода и персонифицированным анализом возникших в родах и после них критических состояний. Эти ситуации нуждаются в анализе не менее, чем случаи материнской смерти, поскольку отражают потенциальные факторы риска МС и соответственно определяют резервы улучшения акушерской и специализированной помощи. Особого внимания заслуживают показатели работы выездных реанимационных и акушерских и неонатальных бригад для конструктивного анализа неонатальной службы и родовспоможения в регионе, округе и в целом по стране.

Отмеченное неблагоприятное изменение структуры репродуктивных потерь (увеличение доли акушерской смерти в структуре материнской смертности, рост удельного веса доношенных детей в перинатальных потерях), рост предотвратимых акушерских осложнений (сепсиса, разрыва матки, атонических кровотечений), высокий уровень родовой травмы новорожденных и увеличение частоты респираторных нарушений, являющихся следствием интранатальной гипоксии плода (аспирационные синдромы и аспирационная пневмония) отражает недостаточный уровень акушерской и неонатальной помощи в общей сети здравоохранения и диктует необходимость изменения приоритетов в организации родовспоможения в сторону развития и улучшения качества медицинской помощи на уровне популяции - в ЛПУ 1-2 уровня (родильных домах и ЦРБ).

Основным направлением оптимизации перинатальной службы в России должна быть переориентация помощи на популяционный уровень – ЛПУ 1-2 уровня и повышение качества обслуживания женщин при доношенной беременности, своевременных родах, а также доношенных детей, т.е. изменение приоритетов построения службы родовспоможения от реанимационных технологий к превентивной перинатологии, с акцентом на родовспомогательные учреждения в общей сети здравоохранения. При этом перинатальной статистике и статистике родовспоможения принадлежит главная роль в объективной оценке ситуации и принятии управленческих решений по оптимизации службы.

Таким образом, анализ данных, представленных в отчетах по статистическим формам №13 и 32 по субъектам РФ за 2006г., свидетельствует о благоприятных тенденциях репродуктивной ситуации в стране – уменьшении числа регистрируемых аборт при увеличении интенсивности деторождения, в результате чего число родившихся детей в отчетном году впервые превысило число аборт в стране.

Выявленные признаки улучшения репродуктивного здоровья женщин (уменьшение числа преждевременных родов и соответственно числа детей, родившихся недоношенными, снижение частоты гестоза и некоторых форм экстрагенитальной патологии), а также отмеченная тенденция снижения заболеваемости новорожденных (внутриутробной гипоксии, неонатальной желтухи, перинатальных инфекций, врожденных аномалий), как и улучшение структуры родившихся по массе тела сопровождаются неблагоприятной динамикой управляемой патологии в родах (септических осложнений после самопроизвольных родов, кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде, разрыва матки) и продолжающимся ростом предотвратимой неонатальной патологии (врожденной пневмонии и аспирационного синдрома), что характеризует недостаточный уровень акушерской и перинатальной службы.

Большой региональный разброс показателей, с одной стороны, говорит о сохраняющейся дифференциации регионов по социально-экономическому положению и качеству акушерской и перинатальной помощи, с другой о различных диагностических критериях оценки физиологии и патологии репродуктивной функции женщины и здоровья плода и новорожденного.

Выявленные недостатки статистики родовспоможения (по статистическим формам №13 и 32), главными из которых являются недоучет репродуктивных потерь и предотвратимой патологии, а также неоднозначная оценка патологических состояний, диктуют необходимость совершенствования статистической информации в акушерстве и перинатологии. Основной задачей статистики родовспоможения на современном этапе является повышение достоверности представляемой информации и устранение имеющихся диспропорций в регистрируемой структуре акушерской патологии (превышение заболеваемости беременных над показателями у рожениц) и перинатальной смертности (недоучет умерших детей очень низкой массы тела), а также разработка унифицированного подхода к трактовке нормы и патологии.

Учитывая важность анализа показателей родовспоможения, при сдаче отчетных форм № 32 и 13 (для не формального, но фактического анализа данных) желательно присутствие главного акушера-гинеколога или специалиста МИАЦ, анализирующего статистическую информацию по родовспоможению.

В заключение хочу выразить надежду на то, что данный анализ окажется полезным всем заинтересованным в проблеме родовспоможения специалистам; автором с благодарностью будут приняты Ваши пожелания, предложения и критические замечания по проведенному анализу статистических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Игнатъева Р.К. Проблема недоучета перинатальных потерь // Смертность детского населения России. Серия «Социальная педиатрия. Выпуск 1. – М.:Литерра, 2007. – С.45-59.
2. Николаева Е.И., Фролова О.Г., Голубев В.А. Исходы прерывания беременности в 22-27 недель. //Акушерство и гинекология.- 2007, №2. – С59-60.
3. Погорелова Э.И. О пересмотре медицинского свидетельства о перинатальной смерти // //Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник научн.трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. - М.,2007. - ч.2. с.70-74.
4. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России. – Диссер....докт.мед.наук. – М., 2006. – 335 с.