Материал размещен на www.healthquality.ru

СТАТИСТИКА СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РОССИИ И РЕГИОНАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Суханова Л.П.

ФГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ, г. Москва, Россия

lasukhanov@yandex.ru

Статистика родовспоможения и перинатальных исходов беременности отражает параметры здоровья рожающих женщин и рождающихся детей, а также состояние службы и качество оказываемой медицинской помощи при беременности и в родах. При этом именно репродуктивная статистика определяет приоритетное направление развития службы охраны материнства и детства и таким образом способствует формированию здоровья популяции.

В 2010 г. в России продолжилась тенденция роста интенсивности деторождения при дальнейшем снижении количества абортов: число родов в стране (1750145) на 65,9% превысило число абортов, зарегистрированных в системе учреждений Минздравсоцразвития РФ (1054820). Однако в динамике наблюдается снижение темпов роста числа родов – с 8,4% в 2007г. до 1,5% в 2010г., предвещая прогнозируемое демографами снижение рождаемости.

Традиционной медико-социальной проблемой в России остается аборт, расцениваемый большинством россиянок как метод регулирования рождаемости. Отмечая позитивную динамику числа абортов в стране в течение постсоветского периода, надо отметить, что снижение абортов (в значительной степени за счет недорегистрации «коммерческих» абортов) сопровождается ухудшением их структуры – ростом числа самопроизвольных – с 6,4% в 1991г. до 16,4% в 2010г., а также неуточненных внебольничных абортов с 3,2% до 4,9% за те же годы.

Крайне неблагоприятным является рост распространенности самопроизвольных абортов в последние годы - с 4,2 на 1000 женщин фертильного возраста в 2001г. до 4,6 в 2010г., что является свидетельством ухудшения репродуктивного здоровья женщин России.

Среди искусственных прерываний беременности в России недопустимо низок уровень медикаментозных абортов, наиболее безопасных и имеющих очевидные преимущества перед хирургическим методом прерывания беременности. Доля медикаментозного аборта в 2010г. составила в целом по России 4,9% от числа артифициальных абортов, причем характерны колебания показателя от 23,1% в г.С-Петербурге до 2,4% в г.Москве. Столь высокий разброс показателя в столицах (как и деформация общей структуры абортов в стране) отражает разный уровень «коммерческих» абортов и степень их недорегистрации.

В структуре поздних абортов в сроке 22-27 недель преобладают самопроизвольные аборты (56%) и аборты по медицинским показаниям (41%), среди которых половину (50,6%)

составляют аборты по поводу врожденных пороков развития плода (ВПР). От числа всех абортов по медицинским показаниям аборты по поводу ВПР плода составили в России в 2010г. 23,9%. Соответственно по поводу патологии матери беременность прервана в 76,1%.

Анализ заболеваемости беременных в России выявляет снижение частоты анемии (с 35,3 на 100 закончивших беременность в 2009г. до 34,7 в 2010г.), болезней щитовидной железы (с 6,38 до 6,15%) при сохраняющейся высокой частоте патологии мочеполовой системы (19,2%) и некотором увеличении сердечно-сосудистой патологии (10,3 в 2009 г. и 10,4% в 2010г.). Несколько увеличилась частота отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств беременных (с 17,8 до 18,1%) при сохраняющейся более высокой частоте этой патологии среди рожениц и родильниц (191,4 и 189,5 на 1000 родов в те же годы).

Число заболевших рожениц и родильниц составило в 2010 г. 64,3% (при 62,9 в 2009г.). Наиболее частым осложнением в родах является преждевременный разрыв плодных оболочек, составивший в 2010 г. 17,6% (характерно, что в 2009г., когда эта патология ошибочно регистрировалась по табл.2130 формы №32, т.е. по женской консультации, показатель составил лишь 5,1% - из-за очевидной недорегистрации). Нарушения родовой деятельности продолжают оставаться на недопустимо высоком уровне – 113,0 на 1000 родов), превышая дореформенный уровень (96,5 в 1991г.) на 17,1%. В то же время патология сократительной деятельности матки предопределяет последующие осложнения как для плода (интранатальная гипоксия), так и для матери (атония матки, эндометрит и т.д.).

Частота кровотечений в родах уменьшается до 23,9 на 1000 родов в 2010 г. – причем в структуре их снижается доля кровотечений в последовом и послеродовом периоде (до 52,9% - при 70,1 % в 1991г.) и растет доля кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (43,4% в 2010г. при 27,4 в 1991г), а также коагулопатических (3,7% в 2010 г. при 2,5% в 1991г.). Снижение частоты кровотечений в последние годы однако не сопровождается уменьшением частоты анемии в послеродовом периоде – 225,4 в 2009г. и 230,8‰ в 2010г.

Заболеваемость новорожденных в России несколько снизилась с 361,3‰ в 2009г, до 354,9 в 2010 г., что, впрочем, двукратно превышает «дореформенный уровень (173,7‰ в 1991г.). Снижение неонатальной заболеваемости в последние годы происходит за счет внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении (с 107,1‰ в 2009г. до 98,1 в 2010г.).

Вызывает тревогу рост частоты «других нарушений церебрального статуса» с 68,1‰ в 2009г. (первый год их регистрации) до 74,5 в 2010г. Эта патология занимает четвертое место в структуре неонатальной заболеваемости после гипоксии (98,1‰), замедления роста и недостаточности питания (87,0‰) и почти сравнялась по частоте с неонатальной желтухой (77,1). Столь высокая частота «других церебральных нарушений может быть обусловлена

Материал размещен на www.healthquality.ru

недостаточной дифференциальной диагностикой повреждений ЦНС ребенка и недостаточным применением объективных методов исследования.

В течение последнего десятилетия в России сохраняется неблагополучная тенденция респираторных нарушений, и прежде всего респираторного дистресс-синдрома, частота которого увеличилась с 17,4‰ в 1999г. до 21,7 в 2010г. В 2010 г. несколько снизилась частота аспирационного неонатального синдрома (с 5,0 в 2009г. до 4,8‰), но увеличилась частота врожденной пневмонии (с 8,06 до 8,62‰). При этом оба показателя существенно выше уровня 1999г. (4,29 и 5,72 соответственно).

В 2010 г. в России продолжилось снижение перинатальной смертности (ПС) в акушерском стационаре - с 7,35‰ в 2009г. до 6,97 в 2010г. (по данным статистической формы №32). Как и ранее, снижение ПС произошло преимущественно за счет ранней неонатальной смертности (с 2,50 до 2,27‰ , или на 9,1%) при снижении мертворождаемости лишь на 3,1% (с 4,86 до 4,71‰). Доля мертворождаемости в перинатальных потерях достигла 67,6%. Доля антенатальной мертворождаемости продолжала увеличиваться и достигла в 2010 г. 84,3% от числа мертворожденных и 60% от перинатальных потерь.

Анализ статистических показателей по курируемым регионам, проведенный в динамике за 2005-2009гг., выявил, что демографическая ситуация, несмотря на позитивные тенденции рождаемости (рост) и смертности (снижение), остается неблагоприятной. Наибольшая естественная убыль населения в Тульской (-9,9 на 1000 населения) и Тверской области (-8,9), притом, что показатель по ЦФО в 2009г. составил -4,7 на 1000, а в России -1,8.

Уровень материнской и младенческой смертности максимален в Костромской области (соответственно 45,2 на 100000 живорожденных и 11,4 на 1000 родившихся - по среднегодовому показателю за 2005-2009 годы). При этом в регионе в течение всех лет существенно преобладает неонатальная смертность. Минимальный уровень материнской смертности - в Тульской области (16,3 по среднегодовому показателю за 5 лет), а младенческой – в Ярославской и в Тамбовской областях (7,1 на 1000 родившихся). При этом характерно, что при анализе показателей материального уровня жизни населения регионов в 2009г. было выявлено, что доля населения с денежным доходом ниже прожиточного минимума в Костромской области (19,7%) в 1,5 раза превысила общероссийский уровень (13,2), в то время как в Тамбовской области доля бедных минимальна - 11,7%.

Наиболее высокие показатели перинатальной смертности в 2009г. (по данным Росстата) отмечены в Рязанской области - 11,2‰ (при 7,8‰ в РФ), преимущественно за счет ранней неонатальной смертности (4,8‰ при 3,1 в РФ). При этом доля умерших на первой неделе в структуре перинатальных потерь составила в регионе 42,9% (при 39,7% в РФ). Уровень мертворождаемости в 2009г. максимален в Ярославской области (6,8‰ при 4,7 в

Материал размещен на www.healthquality.ru

РФ). В Тамбовской области доля антенатальной мертворождаемости достигла 88,2% от числа родившихся мертвыми.

Анализ заболеваемости беременных за 2005-2009гг. также выявил высокую вариабельность показателей по регионам, причем характерно, что в каждом регионе наблюдается устойчивое преобладание какой-либо одной патологии. Так, в Тамбовской области в течение всех пяти лет отмечается максимальная частота анемии беременных (53,6-39,6%) и гестоза (31,9-28,2%), что существенно выше показателей в соседних регионах, ЦФО и России в целом (частота анемии в РФ в эти годы - 41,5-35,3%; гестоза - 22,3-17,8%).

Частота болезней системы кровообращения в течение всех лет выше всех в Костромской области (14,9% в 2009г. при 10,3 в РФ и 9,9 в ЦФО); патология мочеполовой системы – в Ярославской (23,0 при 19,2 в РФ и 17,2 в ЦФО).

Аналогичная ситуация отмечается и в отношении осложнений в родах – «однотипность» патологии по годам – каждый регион имеет свою как бы «приоритетную» патологию. Нарушения родовой деятельности максимально часто, стабильно в течение всех пяти лет, наблюдаются в Тамбовской области (223,4-230,4‰ в 2005-2009гг.), почти двукратно превышая частоту этой патологии в РФ (122,9-116,5) и в ЦФО (129,7-126,2‰).

Атонические кровотечения – в течение всех пяти лет преобладают в Тверской (18,5‰ в 2009г.) и Рязанской (17,3) областях (при 12,9 в РФ и 11,6‰ в ЦФО). Кровотечения в связи с отслойкой плаценты преобладают в Ивановской области (12,5 в 2009г. при 8,4 в РФ и 8,3‰ в ЦФО), предлежание плаценты – в Рязанской (3,13 при 1,99 в РФ и 2,08‰ в ЦФО). Данная «устойчивость» различной структуры патологии в регионах (и при беременности, и в родах) требует специального клинического анализа. Возможно, речь идет о разных диагностических критериях оценки патологии, и необходимо лишь унифицировать подходы к диагностике.

При оценке частоты акушерских операций также наблюдается высокая вариабельность показателей по регионам. Наибольшая частота операции кесарева сечения в Тульской (27,8% в 2009г.) и Ивановской (25,6%) областях – при 21,0 в России и 21,3 в ЦФО. В 2010г., по предварительным данным, частота абдоминального родоразрешения в Ивановской области увеличилась до 28,3%, а в Тульской осталась на прежнем уровне – 27,8%. Минимальная частота кесарева сечения – в Ярославской области – 10,4-10,7% в 2009-2010 г., что почти в два раза ниже общероссийского показателя и показателя в ЦФО.

Частота операции наложения акушерских щипцов максимальна в Тульской (1,46‰) и минимальна в Костромской области (0,25‰ при 1,23 в РФ и 1,70 в ЦФО в 2009г.) Вакуум-экстракция плода чаще всех применяется в Ивановской (13,1‰) и Рязанской области (11,2‰) - при 3,5 в РФ и 3,1‰ в ЦФО в 2009г.; минимальный показатель в Тульской области – 0,21‰.

Материал размещен на www.healthquality.ru

Набольшая частота плодоразрушающих операций в Тамбовской области – 0,41‰ (при 0,37 в РФ и 0,18‰ в ЦФО), что согласуется с чрезвычайно высокой частотой нарушений родовой деятельности в регионе (230,4‰ в 2009г. – почти у каждой четвертой роженицы!).

Гистерэктомия в родах чаще всех производилась в Тверской (2,33‰) и Тульской области (2,15‰) - при 1,62 в РФ и 1,14 в ЦФО в 2009г. В 2010 г. частота гистерэктомии существенно снизилась и составила (по предварительным данным) 1,53 на 1000 родов в Тульской области, 1,40 в Ярославской и 1,32‰ в Тверской, что, впрочем, выше показателя в других регионах. При поздних абортах частота гистерэктомии достигла в 2009г. в Тверской области 40,0 на 1000 абортов в сроке 22-27 недель (каждая 25-я женщина, прерывающая беременность в позднем сроке); в Тульской - 21,9‰ (при 31,2‰ в РФ и 12,4 в ЦФО).

Максимальная частота аборта отмечается в Костромской и Тверской областях; у подростков – в Ивановской и Тверской; у девочек до 14 лет – в Ярославской области. В отношении контрацепции выявлены также различные подходы в разных регионах. Так, в Ивановской области преобладают внутриматочные методы (ВМС) - 11,4% женщин фертильного возраста (при 13,1 в России). Гормональная контрацепция чаще всех применяется в Тульской области – 16,6%, превышая показатель по России в целом (11,0%).

При сопоставлении уровня перинатальной смертности (ПС) в регионе и доли родов в учреждении третьего уровня выявлена отчетливая (хотя и очевидная) закономерность - снижение уровня ПС по мере увеличения доли родов в ЛПУ 3-его уровня. Так, в Тульской области, где удельный вес родов на койках ЛПУ третьего уровня в 2010г. достиг 49,4% (согласно отчетным данным главного специалиста), отмечен минимальный уровень ПС – 7,0‰. В то же время в Рязанской области, при отсутствии учреждений третьего уровня, ПС была максимальна - 10,0‰. В Ярославской и Тверской областях при количестве родов на койках третьего уровня 10,9 и 4,9% (соответственно), уровень ПС составил 8,6 и 9,5‰.

При этом закономерным является наибольшее различие смертности новорожденных в акушерских стационарах от респираторных нарушений, лечение которых требует наиболее квалифицированной неонатальной помощи. Так, в Рязанской области при максимальном уровне неонатальной смертности в анализируемых регионах (3,92 на 1000 родившихся живыми при 2,52 в России и 2,32 в ЦФО в 2010 г.) доля умерших от респираторных нарушений была максимальной и составила 39,1% (18 детей из 46 умерших), в то время как в Тульской области – при меньшем показателе неонатальной смертности (2,49 на 1000 родившихся) доля респираторных расстройств в нозологической структуре неонатальной смертности составила лишь 8,3% (3 ребенка из 36 умерших). Уровень смертности новорожденных от респираторных нарушений различался при этом в 7 раз - от 1,53 на 1000 родившихся в Рязанской области до 0,21 в Тульской области. Следовательно, необходимым

условием снижения неонатальной и младенческой смертности является обеспечение акушерских стационаров квалифицированной медицинской помощью высокого уровня. Анализ ресурсного обеспечения службы родовспоможения по анализируемым территориям выявил наибольшее число коек для беременных и рожениц в Тверской области (13,0 на 10000 женщин фертильного возраста в 2009г. - при 11,0 в РФ и 11,2 в ЦФО), а коек патологии беременности – в Ивановской (14,7 при 9,9 в РФ и 8,4 в ЦФО). Минимальное число родильных коек в Тамбовской области (8,5), а коек патологии беременности - в Ярославской области – всего 5,3 на 10000 женщин фертильного возраста.

Максимальный региональный разброс наблюдается в отношении обеспеченности койками патологии новорожденных и недоношенных детей – в 2,5 раза - от 149,7 на 10000 родившихся в Тульской до 59,5 в Рязанской области (в РФ - 64,8; в ЦФО – 66,4 в 2009г.). Выраженный дефицит коек 2 этапа неонатальной помощи в Рязанской области нельзя не связать с максимальным показателем в области ранней неонатальной смертности – 4,8‰.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами выше всех в Ивановской обл. (6,3 на 10000 женского населения при 5,2 в РФ и 5,4 в ЦФО в 2009г.); обеспеченность акушерками максимальна в Рязанской области (10,1 при 8,3 в РФ и 7,2 в ЦФО). Минимальная обеспеченность акушерскими кадрами в Тульской обл. (3,8 на 10000 женского населения врачами акушерами-гинекологами и 6,2 акушерками).

Аналогичная ситуация в неонатальной службе: максимальная обеспеченность неонатологами в Ивановской области (52,4 на 10000 родившихся - при 33,0 в РФ и 34,5 в ЦФО) и минимальная – в Тульской (24,2 в 2009г. - при 33,0 в РФ и 34,5 в ЦФО).

При этом вызывает некоторое недоумение столь низкая обеспеченность и врачами акушерами-гинекологами, и неонатологами в Тульской области - при высокой доле родов на койках третьего уровня (49,4% от числа всех родов в 2010г.). Возможно, речь идет о качественно ином уровне организации перинатальной службы в регионе, учитывая максимальную обеспеченность региона койками второго этапа (149,5 на 10000 родившихся - при предлагаемом в Приказе 409н МЗСР РФ нормативе 100 коек), а также высокий процент переведенных на второй этап выхаживания из родильного дома – 14,2% в 2009г. (2057 детей из 14488 родившихся), что в 1,8-1,7 раз превышает показатель по РФ (8,0%) и ЦФО (8,4).

Вполне закономерными являются приведенные выше данные о снижении уровня ПС в регионе параллельно увеличению удельного веса родов в учреждениях третьего уровня. Однако очевидно требуют анализа и особенности организации перинатальной службы в регионах – с учетом маршрутизации и сроков переводов новорожденных, показаний к переводу, исходов лечения на первом и втором этапах и т.д. Данные анализа подтверждают

Материал размещен на www.healthquality.ru

тезис о высокой значимости оптимальной организации оказываемой акушерской и перинатальной помощи в повышении ее качества и улучшении перинатальных исходов.

Таким образом, в анализируемых территориях выявлен весьма различный уровень ресурсного обеспечения, показатели и структура репродуктивных потерь, а также характер патологии, регистрируемой при беременности, в родах и после родов. В соответствии с данными анализа, для снижения материнской и неонатальной заболеваемости и смертности необходимы дифференцированные региональные программы повышения качества родовспоможения.