

Надежда БАШМАКОВА: «В Уральском федеральном округе число родов растет на фоне снижения материнской и младенческой смертности»



Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. предполагает улучшение состояния здоровья женщин и детей, повышение рождаемости, сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения.

О том, какие изменения произошли в системе родовспоможения Уральского федерального округа и какие проблемы еще предстоит решить, нашему корреспонденту рассказала главный акушер-гинеколог УФО, зам. директора по научно-исследовательской работе ФГУ «НИИ ОММ» Минздравсоцразвития РФ, д. м. н., профессор Надежда Васильевна БАШМАКОВА.

– В чем особенность организации системы акушерско-гинекологической службы Уральского федерального округа?

– Уральский федеральный округ (УФО) представлен как высокоурбанизированными территориями (Свердловская и Челябинская области, ХМАО), так и административными образованиями с преобладанием сельского населения (Курганская и Тюменская области). Значительная часть территории округа находится в экстремальных климатических условиях – это Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа. Все это определяет особенности функционирования службы родовспоможения, особенно с учетом того, что во главу угла мы ставим такие приоритеты, как доступность и качество оказания помощи матери и ребенку. Проводимая в настоящее время модернизация отрасли направлена не только на оснащение родовспомогательных учреждений современным оборудованием, внедрение инновационных технологий, но и на построение стройной логистики перинатальной помощи, обеспечивающей ее достойное качество как в крупных городах, так и в сельской местности. В программах модернизации предусматривается финансирование службы охраны здоровья матери и ребенка в объеме не менее 25%. Это подтверждает высокий приоритет отрасли. В округе существует серьезная потребность в дооснащении учреждений, относящихся к первой группе, то есть оказывающих помощь пациентам высокого перинатального риска (таких в округе 16), а также второй группы (71) – учреждений, предназна-

ченных для пациентов со средним перинатальным риском. Именно в этих учреждениях родоразрешаются большинство пациенток, случаи которых ложатся в основу статистики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

К сожалению, за последние годы сократился коечный фонд акушерско-гинекологического профиля: в 2009 г. он составил 14 150 коек, что на 1300 коек меньше, чем в 2006 г. Однако удельный вес коек для беременных в общем числе акушерских коек (45,4%) соответствует среднему показателю в стране (46,2%). Хотелось отметить, что наметилась положительная динамика в решении кадрового вопроса: сократился дефицит врачебных кадров (4,6 на 10 тыс. женского населения в УФО, 5,2 – в РФ в 2008 г.), а обеспеченность средним медицинским персоналом сохраняется на общероссийском уровне (8,7 – в УФО и 8,4 – в РФ).

Безусловно, в программе модернизации отрасли должно быть уделено больше внимания внедрению современных информационных технологий: сплошному мониторингу беременных, электронному журналу родов, дистанционному телемедицинскому консультированию...

– Какова демографическая ситуация в Уральском федеральном округе? Можно ли говорить о положительной динамике прироста населения?

– Последние три года характеризуются увеличением количества родов. Пик пришелся на 2008 г., когда число родов по сравнению с предыдущим годом выросло на 9991. В 2009 г. темп прироста снизился

(абсолютный показатель составил 3920), а в 2010 г. количество родов увеличилось на 3406. В чем причины отрицательной тенденции? По-видимому, в том, что репродуктивного возраста достигли женщины, родившиеся в начале 1990-х гг., когда рождаемость в России была чрезвычайно низкой. Возможно, это связано и с переживаемым международным финансовым кризисом, последствия которого негативно отразились на жителях и нашей страны. Тем не менее в трех административных образованиях УФО (ХМАО, ЯНАО, Тюменская область) фиксируется положительный прирост населения, что улучшило демографические показатели 2009 и 2010 гг. в округе в целом.

– Насколько успешно удается решать вопросы по сокращению материнской и младенческой смертности?

– В течение последних лет в УФО наблюдается четкий тренд снижения показателя материнской смертности. Например, в 2002 г. этот коэффициент составлял 46,2 на 100 тыс. живорожденных детей, а в 2009 г. – 22,8 на 100 тысяч. Однако выйти на уровень показателя в целом по стране (22,5) округу удалось только в последние два года. По предварительным данным, в 2010 г. показатель материнской смертности в УФО составил 12,5 на 100 тыс. живорожденных детей, что отражает проведенную в округе работу по улучшению качества помощи беременным, роженицам и родильницам.

Существенные успехи достигнуты службой охраны здоровья матери и ребенка УФО по снижению перинатальной смертности. Уже три года УФО является лучшим округом в России по этому показателю (в 2008 г. – 7,1 на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми; в 2009 г. – 6,3). В 2010 г. самая низкая статистика перинатальной смертности в округе и в целом в Российской Федерации отмечалась в Ханты-Мансийском автономном округе – 4,7 на 1000 детей, живорожденных.

Как известно, младенческая смертность (в возрасте до 1 года) является одним из важных показателей, характеризующих здоровье населения и качество медицинской помощи в стране, и входит в систему 12 индикаторов, позволяющих оценить и прогнозировать здоровье нации. По показателям младенческой смертности Уральский федеральный округ входит в тройку лучших округов России, наряду с Северо-Западным и Приволжским округами. Например, в 2007 г. младенческая смертность в УФО составила 8,3 на 1000 родившихся живыми, в 2008 г. – 7,9, в 2009 г. – 7,1. Значительную роль в успехах по снижению перинатальной и младенческой смертности сыграло совершенствование работы неонатальной службы, реанимации и интенсивной терапии недоношенных новорожденных, внедрение прорывных технологий жизнеобеспечения детей в критическом состоянии.

– С какими нарушениями репродуктивного здоровья чаще всего приходится сталкиваться акушерам-гинекологам лечебных учреждений УФО?

– Бесплодие и невынашивание после прерывания первой беременности определяют низкий репродуктивный потенциал большого числа женщин. В этой связи профилактика нежеланной беременности, скрупулезная работа психологов и акушеров-гинекологов амбулаторного звена, направленная на сохранение репродуктивной функции, является задачей номер один не только в УФО, но и в целом в России.

– Насколько успешно внедряются в практику лечения невынашивания беременности современные диагностические и терапевтические методы?

– Появление в арсенале специалистов молекулярно-генетических методов исследования полиморфизма генов тромбофилии, нарушений фоллатного цикла, гипертонической болезни позволило углубленно

изучать механизмы формирования осложнений беременности, приводящих к репродуктивным потерям. В практику широко вошла терапия тромбофилических состояний при невынашивании беременности и фетоплацентарной недостаточности (низкомолекулярные гепарины, сулодексид), иммуномодулирующая терапия, экстракорпоральные методы детоксикации.

– Как в округе реализуется программа оказания помощи бесплодным семьям?

– В настоящее время в округе имеется уникальная возможность государственной поддержки преодоления бесплодия в семье. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) практикуются как государственными и муниципальными клиниками (ФГУ «НИИ ОММ» Минздравсоцразвития России, Округной клинической перинатальной центр, г. Сургут, ХМАО), так и частными клиниками в Свердловской, Тюменской, Челябинской областях. Большим преимуществом государственной клиники, выполняющей федеральный и региональный госзаказ по ВРТ, является наличие в данном учреждении полного цикла оказания поддержки семье на этапе планирования, проведения процедур ВРТ, а также на всех этапах вынашивания беременности и родоразрешения в одном учреждении с учетом преемственности специалистов и готовности к оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи. Именно поэтому показатель качества работы в данном направлении, определенный международным медицинским сообществом как Baby-home (дети после ВРТ, выписанные с мамами домой), является наиболее высоким в клинике ФГУ «НИИ ОММ» Минздравсоцразвития России – 34% против 18% в среднем по клиникам ВРТ в Российской Федерации. Благодаря этому в разы увеличивается количество бесплодных семей, которые могут завести ребенка. ☺

Подготовила С. Евстафьева