

На правах рукописи

МИТКОВСКАЯ ЕЛЕНА ВАЛЕРИЕВНА

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В РОССИИ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

**Москва
2014**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН).

Научный руководитель – профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, доктор медицинских наук, доцент **И.Н. Костин**.

Официальные оппоненты: заведующая кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии Института последипломного профессионального образования ФГБУ ГНЦ РФ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр», доктор медицинских наук, профессор **О.Ф. Серова;**

главный научный сотрудник отдела медико-социальных исследований ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор **О.Г. Фролова**.

Ведущая организация – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «**Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии**».

Защита диссертации состоится 21 октября 2014 года в 11 часов на заседании Диссертационного совета Д 212.203.01 при РУДН (117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Автореферат размещен на сайте www.rudn.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2014 года.

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук

М.Г. Лебедева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По оценке ВОЗ, в современном мире почти 8 миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с беременностью и родами, для трети миллиона беременность заканчивается летальным исходом. С целью профилактики и снижения материнской заболеваемости и смертности Генеральной Ассамблеей ООН в 2000 году была принята «Декларация тысячелетия», основным направлением которой является снижение уровня бедности, а одной из восьми целей развития тысячелетия (ЦРТ 5) – улучшить охрану материнского здоровья и снизить коэффициент материнской смертности (КМС) за период 1990-2015 годов на три четверти (Сакевич В.И., 2010; Margaret C. Hogan, Kyle J. Foreman, Mohsen Naghavi, 2010). Также ВОЗ систематически проводит не только анализ уровня и структуры материнской смертности (МС), но и выясняет обстоятельства смерти: необходимость и доступность оказываемой медицинской помощи (Баччи А., Льюис Г., Балтаг В., 2007; Лебеденко Е.Ю., 2011; Bateman B. et al., 2010). Известно, что МС является важнейшим мониторинговым показателем состояния репродуктивного здоровья женщин, отражающим не только уровень социально-экономического благополучия общества, но и доступность, своевременность и качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи (Тлеужан Р.Т., 2010; Чумакова О.В., Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2012; Anderson J.M., Etches D., 2007; Bhutta Z.A., Yakoob M.Y., Lawn I.E., 2011). Поэтому снижение МС является важнейшим направлением деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ) как на федеральном, так и на региональном уровнях (реализация программ и мер в части охраны материнства и детства, приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, программ родового сертификата, модернизации здравоохранения, методических писем и приказов) (Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н., 2009; Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2009; Зеленина Е.М., 2010; Серов В.Н., 2011; Баранов И.И., Токова З.З., 2012).

Современный уровень МС в России превышает таковой в развитых странах и существенно отличается среди федеральных округов, городской и сельской популяции, среди родовспомогательных учреждений в пределах отдельного региона (Тутынина О.В., 2009; Орлов В.И., 2010; Пекарев О.Г., 2010; Пестрикова Т.Ю., 2010; Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2010; Костин И.Н., 2012). В структуре причин МС в течение последних 7 лет первое место занимают экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ), а затем основные акушерские причины (кровотечения, преэклампсия и родовой сепсис). По данным экспертной оценки карт донесения о случае МС Минздрава России, ежегодно около 70-80% случаев МС относят к предотвратимым и условно предотвратимым (Юсупова А.Н., Токова З.З., Фролова О.Г., 2009). Причиной более 10% летальных исходов в родах и послеродовом периоде являются ятрогении (Радзинский В.Е., 2011; Kramer H.M. et al., 2009).

За последнее десятилетие в организации акушерско-гинекологической службы произошли существенные изменения. В большинстве субъектов РФ функционирует многоуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде (Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2011; Костин И.Н., 2012).

Наступивший XXI век считается образовательным. Знания патогенеза, диагностики и лечения отдельных видов заболеваний, относящихся к ведущим причинам МС, базируются на доказательной медицине. Изменилась тактика ведения urgentных состояний в акушерстве и гинекологии, появились новые современные медицинские, компьютерные (интернет-мониторинг, e-mail, Skype) и образовательные технологии (телемедицина).

По мнению многих авторов, МС является интегрированным показателем взаимодействия экономических, экологических, культурно-этнических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов (Златовратская Т.В., 2008; Токова З.З., Фролова О.Г., 2008; Кукарская И.И., 2012; Schutte J.M., Zwart J.J.et al., 2009). Многие работы, посвящённые поискам резервов снижения МС, в основном, отражают влияние на её уровень отдельных аспектов (клинико-анамнестических, социальных, экономических, медико-организационных) и основываются, преимущественно, на изучении причин и структуры МС в исследуемом регионе (Филимончикова И.Д., 2004; Лялина Е.А., 2006; Лебеденко Е.Ю., 2010; Костин И.Н., 2012; Кукарская И.И., 2012; Рыжова Н.К., 2014). Но до сих пор недостаточно определена зависимость уровня КМС от региональных особенностей акушерско-гинекологической помощи в России, чем и определяется актуальность данного исследования.

Цель исследования – снижение МС на основании дифференцированного подхода к регионализации родовспоможения в территориях с ее различными уровнями.

Задачи исследования:

1. Проанализировать уровень и структуру МС в регионах России за последние 10 лет и определить субъекты, имеющие стойкую динамику уровня КМС за период 2006-2010 годы.
2. Выявить основные клинические, географо-демографические, экономические и медико-организационные детерминанты МС в различных территориальных образованиях РФ и определить силу их влияния на уровень МС.
3. Определить факторы предотвращения МС в регионах с ее различными уровнями.
4. Систематизировать клинические особенности беременности и родов, обуславливающие МС в различных регионах, и обосновать организационно-методические мероприятия по предотвращению МС в территориях с ее высокими и средними уровнями.
5. Разработать рекомендации по снижению МС в регионах в зависимости от ее уровня.

Научная новизна проведенного исследования заключается в том, что впервые выявлена зависимость уровня КМС от демографических и медико-организационных особенностей акушерско-гинекологической помощи, оценены сила влияния этих детерминант на КМС и клинико-анамнестические риски МС.

Научно-практическая значимость работы заключается в том, что на основании выявленных организационных и клинических особенностей разработаны дифференцированные практические мероприятия по снижению МС в регионах в зависимости от уровня КМС.

Положения, выносимые на защиту:

1. Регионы с высоким КМС характеризуются: низкими показателями рождаемости, численности и плотности населения, доли женщин фертильного возраста, экономического развития (низкий уровень валового регионального продукта (ВРП) и большая доля населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума); миграционным оттоком и слабой инфраструктурой акушерско-гинекологической помощи (организация многоуровневой системы учреждений родовспоможения, круглосуточных служб, дистанционного акушерского реанимационно-консультативного центра (АРКЦ)).

2. Для регионов с низким КМС характерны: высокие показатели рождаемости, численности и плотности населения, доли женщин репродуктивного возраста, миграционного прироста; развитая инфраструктура акушерско-гинекологической помощи и транспортная сеть автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием; высокий процент диспансеризации женского населения, ранняя постановка беременных на учет, низкая заболеваемость беременных, уменьшение осложнений в родах, послеродовом периоде и преобладание неуправляемых причин (ЭГЗ, эмболия околоплодными водами, осложнения анестезии) в структуре МС.

3. Научно-методическая работа и непрерывное медицинское образование способствуют снижению МС, а участие в международных конференциях, современные компьютерные медицинские технологии (мониторинг беременных групп высокого риска, в том числе дистанционный, передача данных через e-mail, телемедицина), внедрение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, и маршрутизация беременных и родильниц достоверно ее снижают.

4. Структура детерминант МС состоит из медико-организационных (70%) и демографо-экономических (30%), сложноуправляемых (40%) и управляемых факторов (60%). Низкий уровень КМС коррелирует с применением региональных клинических протоколов, телемедицины, маршрутизации беременных и родильниц ($R = -1,00$), международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,61$, $p = 0,14$), низкой долей населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,52$, $p = 0,18$), организацией АРКЦ ($R = -0,39$, $p = 0,33$) и высоким миграционным приростом населения ($R = 0,38$, $p = 0,36$). В регионах со средним уровнем КМС основными детерминантами, определяющими его уровень, являются: низкая доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,53$, $p = 0,095$), недостатки качества медицинской помощи, оказываемой беременным и родильницам ($R = -0,48$, $p = 0,54$), и внедрения международных и региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,42$, $p = 0,23$; $R = -0,38$, $p = 0,46$). Основными детерминантами, определяющими высокий уровень КМС, являются: дефицит врачей акушеров-гинекологов ($R = -0,95$, $p = 0,0003$), недостаточное внедрение в акушерско-гинекологическую практику международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,86$, $p = 0,012$), телемедицины ($R = -0,72$, $p = 0,067$), высокий миграционный отток населения ($R = 0,58$, $p = 0,08$) и доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,57$, $p = 0,18$), низкий уровень ВРП ($R = -0,40$, $p = 0,32$) и отсутствие АРКЦ ($R = -0,39$, $p = 0,64$).

Личный вклад автора в выполнение исследования. Автором самостоятельно разработан план, программа исследования, авторская анкета, определены база и объекты исследования, проведен сбор материала по теме диссертации, выполнена систематизация, статистическая обработка и анализ полученных результатов. Осуществлено научное обоснование, разработка и внедрение практических рекомендаций в учебный процесс. Все научные положения, представленные в диссертации, автором получены лично.

Апробация работы. Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН в рамках основного направления научной деятельности кафедры «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (номер гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712).

Результаты работы доложены, обсуждены и одобрены на: X Международной научно-практической конференции «Наука и современность-2011» (11 апреля 2011 г., г. Новосибирск), I Международном Конгрессе по перинатальной медицине, посвященному 85-летию академика РАМН В.А. Таболина, и VI Ежегодном Конгрессе специалистов перинатальной медицины (16-18 июня 2011г., г. Москва), на совместном заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии и кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН (14 мая 2014, г. Москва).

Публикации. По теме диссертации опубликовано в печати 6 научных статей, из них 3 – в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Внедрение результатов исследования. Материалы и результаты диссертации используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН и кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН на додипломном и постдипломном этапах обучения.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав: обзор литературы (глава I), программа, объект, материалы и методы исследования (глава II), результаты собственного исследования (главы III, IV), а также обсуждения результатов исследования (глава V), выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 137 источников, в том числе 44 – иностранных авторов, и приложений. Работа изложена на 127 страницах машинописного текста, иллюстрирована 3 схемами, 18 таблицами и 24 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Программа, объект, материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами работы *объектами* статистического исследования явились 33 региона РФ, которые за пятилетний период с 2006 по 2010 годы в зависимости от уровня КМС с помощью квартилей (P25, P50, P75) были распределены в группы «высокого», «среднего» и «низкого» показателей МС. В группу «нестабильного» КМС вошли регионы, которые на протяжении 5 лет постоянно «перемещались» из одной группы в другую. Таким образом, были сформированы 4 группы регионов (таблица 1).

Таблица 1. Распределение регионов по группам в зависимости от уровня КМС
(на 100 000 живорожденных)

Низкий (от 6,2 до 18,3)	Средний (от 18,6 до 31,9)	Высокий (более 32,0)	Нестабильный
<i>8 регионов</i> Рязанская обл., Калининградская обл., Самарская обл., Тюменская обл., Краснодарский край, Приморский край, Республика Башкортостан, Ямало-Ненецкий автономный округ.	<i>11 регионов</i> Ивановская обл., Курская обл., Московская обл., Ростовская обл., Свердловская обл., Кемеровская обл., Иркутская обл., Республика Дагестан, Удмуртская Республика, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край.	<i>8 регионов</i> Костромская обл., Ульяновская обл., Томская обл., Республика Калмыкия, Республика Тыва, Чеченская республика, Хабаровский край, Алтайский край.	<i>6 регионов</i> Калужская обл., Ленинградская обл., Волгоградская обл., Новосибирская обл., Магаданская обл., Республика Марий Эл.

Документальной базой исследования послужили статистические данные за 2009 год Минздрава России (клинико-анамнестические риски МС), Федеральной службы государственной статистики (географо-демографические и экономические факторы), Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ (некоторые показатели работы женской консультации (ЖК) и акушерского стационара) и данные очно-заочного анкетирования главных специалистов службы охраны материнства и детства в субъектах РФ (медико-организационные факторы). В анкете, включающей 38 пунктов, были представлены следующие разделы: вопросы структурной организации и кадрового обеспечения службы родовспоможения, проведение научно-методической работы в регионах, использование современных перинатальных технологий ВОЗ, ЮНИСЕФ, мер предотвращения аборт, субъективная оценка организации акушерско-гинекологической службы (схема 1).

Таким образом, в исследовании были определены следующие факторы МС: географо-демографические, экономические, медико-организационные и клинико-анамнестические.

Анализ материалов заболеваемости беременных, осложнений в родах и послеродовом периоде был проведен в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10).

Для определения величины репрезентативной выборки, достоверности полученных показателей, достоверности их разницы, а также определения величины и направления вектора связи между явлениями, применяли традиционные методы медицинской статистики, включая критерий согласия χ^2 и корреляционный анализ (Спирмена). Критическим значением было принято $p=0,05$. Влияние детерминант на уровень КМС в регионах оценивали на основании таблицы сопряженности между регионами с высоким и низким КМС (вычисляли отношения шансов (ОШ)).

Визуализацию распределения параметров в группах проводили с помощью частотных гистограмм и линейных графиков.



Схема 1. Совокупность факторов МС

Результаты и их обсуждение

При сравнении регионов с различными уровнями МС установлено, что *низкий уровень КМС* был в регионах с высокими средними показателями: уровня рождаемости (32542,8 чел.), численности (2555,6 тыс. чел.) и плотности населения (32,8 чел./км²), доли женщин фертильного возраста (32%) и миграционного прироста (15,8 чел. на 10 тыс. населения/год). С увеличением численности населения, доли женщин фертильного возраста, рождаемости и со снижением удельного веса населения, живущего ниже прожиточного минимума (14,3%), КМС достоверно снижался ($p < 0,05$).

Величина ВРП в регионах с низким КМС почти в 2 раза превышала таковой в регионах со средним и высоким показателями (наибольший ВРП был в Тюменской области (928,4 тыс. руб.) и Ямало-Ненецком автономном округе (712,6 тыс. руб.)), что позволило развить доступную транспортную сеть (автомобильные дороги общего пользования с твердым покрытием, навигационную систему на машинах скорой медицинской помощи (СМП)) и инфраструктуру акушерско-гинекологической помощи. В 75% регионах функционировала многоуровневая система учреждений родовспоможения (абсолютное количество родильных домов и перинатальных центров (ПЦ) было почти в 2 раза больше, чем в регионах с высоким КМС), что снизило КМС на 67% (ОШ=0,33; ДИ [0,18-0,61]). Организация круглосуточных служб (акушерско-гинекологическая, реанимационная, диагностическая, консультативная дистанционная помощь по телефону) и сердечно-сосудистых центров позволила снизить КМС на 70-80% (ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,39]). Также впервые было достоверно установлено, что наличие АРКЦ (в 62,5% регионах) снижает КМС ($p=0,008$).

Абсолютное число акушеров-гинекологов в регионах с низким КМС было в 2 раза выше по сравнению с регионами с высоким показателем (коэффициент корреляции Спирмена $R = -0,43$, $p=0,015$), а дефицит врачей анестезиологов-реаниматологов был сопряжен с 3-кратным повышением КМС (ОШ=3,00; ДИ [1,65-5,46]).

В 64% регионах существовали общества акушеров-гинекологов и в половине регионах проводилось непрерывное повышение квалификации медработников, что снизило КМС на 80% и 62% соответственно (ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,34]; ОШ=0,38; ДИ [0,21-0,69]). При сравнении регионов с низким и высоким КМС по медико-организационным факторам было установлено, что к достоверному ($p<0,05$) снижению КМС приводят: участие в международных конференциях, проекте «Мать и дитя»; внедрение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного, маршрутизации беременных, родильниц, передачи данных по e-mail, телемедицины, а организация современных перинатальных технологий ВОЗ, ЮНИСЕФ (эксклюзивное грудное вскармливание, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка) приводит к снижению КМС почти на 60% (ОШ=0,36; ДИ [0,20-0,64]).

При оценке деятельности фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), ЖК и родильного стационара, было установлено, что диспансеризация женского населения акушерками ФАП (подворовой обход и патронаж), осуществлявшаяся в 80% регионах с низким КМС, позволяет снизить КМС на 75% (ОШ=0,25; ДИ [0,13-0,47]). Также выявление клинико-anamnestических факторов риска МС способствует снижению КМС в 3-5 раз: возраст старше 30-ти лет (ОШ= 5,5; ДИ [2,97-9,97]), среднее образование (ОШ= 3,5; ДИ [1,88-6,27]), социальный статус – домохозяйка (ОШ= 4,02; ДИ [2,30-7,49]); высокий паритет с прерыванием первой беременности (ОШ= 15,24; ДИ [6,69-34,74]) и первая явка в ЖК после 12 недель (ОШ= 3,14; ДИ [1,50-6,58]).

Динамическое наблюдение беременных акушерами-гинекологами и терапевтами в ЖК (более 85%) привели к снижению заболеваемости беременных (в

1,7 раз анемией ($p=0,049$) по сравнению с регионами высокого КМС и почти в 2 раза болезнями мочеполовой системы ($p=0,028$) по сравнению с регионами с нестабильным КМС), осложнений в родах и послеродовом периоде (стремительных родов было в 1,6 раз меньше, чем в регионах с нестабильным КМС ($p=0,04$)). Что привело к снижению в 1,5 и 3 раза осложненных и «домашних» родов по сравнению с группой высокого показателя ($p=0,02$, $p=0,0065$ соответственно) и преобладанию в структуре причин МС неуправляемых причин (ЭГЗ, осложнений анестезии, эмболии околоплодными водами).

Регионы со средним КМС характеризовались: высоким уровнем рождаемости (34486,3 чел.), численности (2658,6 тыс. чел.) и плотности населения (38,8 чел./км²), доли женщин фертильного возраста (33%), но небольшим миграционным притоком (0,6 чел. на 10 тыс. населения/год).

Уровень ВРП был в 2 раза ниже, а доля населения, живущего ниже прожиточного минимума (15,2%), незначительно отличалась от таковой в регионах с низким КМС. Эти регионы имели хорошо развитую сеть автомобильных дорог с твердым покрытием и инфраструктуру акушерско-гинекологической помощи (большое число ФАП и ЖК, хотя количество родильных домов и ПЦ в этих территориях было в 2-2,5 раза меньше, чем в регионах с низким КМС). Более чем в 70% регионов была организована 3-х уровневая система оказания помощи беременным и родильницам, круглосуточные службы были в 90%, а АРКЦ – только в половине из них. Дефицит врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов был только в 10% и 20% регионах соответственно.

В половине регионов проводилось систематическое повышение квалификации медицинских работников и использовались региональные клинические протоколы; мониторинг, беременных групп высокого риска, в том числе дистанционный, маршрутизация беременных, родильниц и телемедицина были внедрены в большинстве регионов (80%).

Несмотря на высокий уровень диспансеризации женского населения акушерками ФАП и врачами ЖК (83%), во время беременности и родах преобладали тяжелые формы гестоза (в 2 раза чаще по сравнению с регионами низкого, высокого и нестабильного КМС), кровотечения вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и эндометрит. В структуре причин МС лидировали ЭГЗ и преэклампсия.

Высокий КМС был характерен для регионов, где средние уровни рождаемости (16284,6 чел.), численности (1098,8 тыс. чел.), плотности населения (19,1 чел./км²) и доли женщин фертильного возраста (16%) были почти в 2 раза ниже, чем в регионах с низким уровнем КМС. А в некоторых субъектах плотность населения была минимальной для РФ (Республика Тыва и Хабаровский край с плотностью населения < 2 чел./км²).

Эти регионы являлись экономически слабо развитыми (величина ВРП в 2,8 раза была ниже по сравнению с группой низкого КМС, и как, следствие этого, почти каждый 5-й житель имел доход ниже прожиточного минимума – 23,5 %), из которых происходил миграционный отток (в среднем, –10,5 чел. на 10 тыс. населения/год). Например, в Республике Калмыкия коэффициент миграционного прироста составлял: –70 чел. на 10 тыс. населения/год, а доля населения, живущего ниже прожиточного минимума, – 35,5%.

Низкая урбанизированность и доходы населения привели к слабому развитию транспортной сети и акушерско-гинекологической помощи (машины СМП были оснащены только мобильной связью, протяженность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием была в 1,4 раза ниже и количество родильных домов и ПЦ было в 2-2,5 раза меньше, чем в регионах с низким КМС). Только в половине регионов функционировала многоуровневая система акушерско-гинекологической помощи и круглосуточные службы (акушерско-гинекологическая, реанимационная и диагностическая), отсутствовал АРКЦ и в 60% регионов был дефицит врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов.

Только в трети этих территорий была организована система повышения квалификации медицинских работников и только на местах. Медицинские вузы, наличие которых позволяет снижать КМС на 56% (ОШ=0,44; ДИ [0,20-0,96]), были в 11% регионах, общества акушеров-гинекологов – в 25%. Низкая активность в международных конференциях и симпозиумах привели к тому, что региональные клинические протоколы использовались в 7,7% регионах, мониторинг беременных групп высокого риска, в том числе дистанционный, снижающий КМС на 88% (ОШ=0,12; ДИ [0,06-0,25]), маршрутизация беременных и родильниц осуществлялись лишь в 42% регионах, телемедицина – только в половине. Внедрение в акушерскую практику международных протоколов и разработка методических руководств лечения ургентных состояний в акушерстве и гинекологии, которые позволяют снижать КМС на 75% (ОШ=0,25; ДИ [0,12-0,51]), происходило только в 11,8% и 5,6 % регионах соответственно.

Уровень диспансеризации женского населения акушерками ФАП и врачами ЖК был в 1,6 раз и на 15% ниже, чем в регионах низкого КМС, что, несомненно, способствовало повышению частоты осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде (анемии, отекам, протеинурии, гипертензивным расстройствам, болезням мочеполовой системы, преэклампсии и эклампсии, разрывам матки, гипотоническим кровотечениям, родовому сепсису и септицемии), повышению в 2 раза числа родов с осложнениями и преобладанию в структуре причин МС ЭГЗ и кровотечений.

Регионы с *нестабильным КМС* были субъектами с низкой плотностью населения, малым числом женщин фертильного возраста, низким уровнем рождаемости (в 2 раза меньше по сравнению с регионами низкого и среднего показателя). Достаточный уровень ВРП и доходов населения по сравнению с другими группами, тем не менее, не позволил развить доступную инфраструктуру акушерско-гинекологической помощи (протяженность автомобильных дорог общего пользования было самым низким из всех исследуемых регионов, машины СМП были оснащены только мобильной связью, плотность ФАП, число ЖК, родильных домов и ПЦ было в 1,5 раза ниже, чем в регионах низкого КМС). Только в половине регионов функционировала многоуровневая система акушерско-гинекологической помощи, в 40% – круглосуточные реанимационная и диагностическая помощь, что было связано с резким дефицитом врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов (в 80% и 60% регионах соответственно). АРКЦ и мониторинг беременных групп высокого риска, в том числе дистанционный, были только в 16,7% регионах. Образовательный уровень врачей систематически повышался только в трети регионах (квалификационные

курсы), возможно, из-за малого числа медицинских вузов, что вело к недостаточному внедрению региональных клинических протоколов, маршрутизации беременных и родильниц (в 2 раза меньше по сравнению с группой низкого КМС), а телемедицина и передача данных по электронной почте применялись в 2-3 раза реже по сравнению с регионами низкого КМС.

Уровень диспансеризации женского населения был на 10% ниже, чем в группе низкого КМС, что привело к преобладанию во время беременности анемии и болезней мочеполовой системы, отеков, протеинурии, гипертензивных расстройств, а в родах – кровотечений вследствие предлежания плаценты, нарушений родовой деятельности, разрывов матки и промежности III-IV степени, септицемии. В структуре причин МС преобладали ЭГЗ и родовой сепсис.

Следует отметить, что в 90% регионов осуществлялись меры по предотвращению аборт, однако в регионах с высокими и нестабильным КМС существовал резкий дефицит детской акушерско-гинекологической службы и кризисных центров для женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (почти в 90% и 80% регионов соответственно).

В регионах с высоким уровнем МС беседы о вреде абортов проводились лишь в 12,5% регионов, а с нестабильным КМС не использовались видеоматериалы и не проводились семинары и лекции о вреде абортов, было характерно самое низкое применение средств оральной контрацепции, что способствовало увеличению числа абортов на 26% по сравнению с регионами низкого показателя ($p < 0,05$).

При оценке карт донесения о случае МС с позиции предотвратимости смертельного исхода было установлено, что в регионах низкого и нестабильного КМС преобладали непредотвратимые летальные исходы (92% и 53% МС), среднего и высокого – условно-предотвратимые (55% и 36%).

Факторами предотвратимости летального исхода во всех регионах являлись: динамическое наблюдение беременных, т.к. низкая медицинская активность самой беременной может увеличить КМС в 2 раза (ОШ=2,1; ДИ [1,18-3,68]); оказание квалифицированной консультативной помощи врачами смежных специальностей (ОШ= 5,2; ДИ [2,04-13,39]) и безошибочная диагностика осложнений, особенно ЭГЗ (ОШ=16; ДИ [5,45-46,99]).

Итак, при исследовании географо-демографических, экономических и медико-организационных аспектов МС, был получен «циклический процесс» факторов, достоверно влияющих на уровень КМС (схема 2).

Полученная зависимость связана с тем, что с увеличением доходов населения происходит улучшение экономического положения самого региона, что, в свою очередь, приводит к увеличению численности населения (рост рождаемости и миграционный прирост), в том числе женщин репродуктивного возраста. В связи с этим возрастает потребность во врачах акушерах-гинекологах, развивается сеть родовспомогательных учреждений (ЖК, роддома и ПЦ, т.е. развивается 3-х уровневая система службы родовспоможения), увеличивается количество родов, врачи ежедневно совершенствуют практические навыки и непрерывно повышают свой образовательный уровень (курсы повышения квалификации, участие в конференциях, разработка и внедрение клинических протоколов, применение мониторинга беременных, стратегии перинатального риска (СПР), телемедицины),

что приводит к снижению заболеваемости беременных, осложнений в родах и послеродовом периоде, числа аборт и снижению КМС.



Схема 2. Циклический процесс факторов, достоверно влияющих на КМС

Следующим этапом работы было выявление основных детерминант, ассоциированных с уровнем МС. Для этого, исключив из исследования регионы с нестабильным показателем, был применен коэффициент корреляции Спирмена (ККС) (таблица 2).

Таблица 2. Основные детерминанты МС

Детерминанты МС	ККС	р
Доля населения, живущего ниже прожиточного минимума (%)	0,536	0,005
Наличие АРКЦ	-0,498	0,008
Маршрутизация беременных и родильниц	-0,504	0,012
Уровень ВРП	-0,463	0,015
Влияние миграции (по опросам респондентов)	0,490	0,017
Внедрение международных протоколов в акушерскую практику	-0,451	0,027
Качество медицинской помощи, оказываемое беременным и родильницам	-0,437	0,029
Применение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	-0,431	0,032
Применение телемедицины	-0,409	0,037
Количество акушеров-гинекологов (абсолютное число)	-0,412	0,038

При субъективной оценке респондентами качества акушерско-гинекологической помощи по 5-ти балльной системе в группах в трети регионах с низким КМС качество помощи было оценено на «5» баллов, во всех регионах со средним КМС – на «4» балла, в половине регионов с высоким и нестабильным показателями – на «3». Применив корреляционный анализ, было установлено, что в регионах качество медицинской помощи, оказываемое женщинам, определялось внедрением телемедицины в акушерско-гинекологическую практику ($R = -0,97$, $p = 0,007$). Критериями качества помощи являлись: уровень квалификации медицинского персонала (использование мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного, внедрение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, современных перинатальных технологий ВОЗ, ЮНИСЕФ); развитость инфраструктуры акушерско-гинекологической помощи (регионализация службы родовспоможения, круглосуточных служб) и экстренность транспортировки пациентки в стационар (протяженность автодорог общего пользования с твердым покрытием, оснащение машин СМП системами коммуникационной связи) (таблица 3).

Таблица 3. Критерии качества акушерско-гинекологической помощи

Факторы	ККС	p
Численность населения	0,476	0,008
Число женщин фертильного возраста	0,518	0,004
Протяженность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием	0,400	0,029
Оснащение СМП навигационной системой	0,549	0,005
Регионализация службы родовспоможения	0,483	0,008
Наличие круглосуточных реанимационной и диагностической служб	0,453	0,024
Организация межрегиональной связи	0,576	0,001
Организация работы ФАП (подворовый обход и патронаж)	0,528	0,010
Количество родильных домов	0,432	0,025
Количество ПЦ	0,454	0,012
Количество акушеров-гинекологов	0,459	0,011
Количество родов	0,511	0,004
Систематическое повышение квалификации медицинских работников	0,449	0,013
Применение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	0,468	0,009
Внедрение международных клинических протоколов в акушерскую практику	0,403	0,030
Использование СПР	0,523	0,003
Использование мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного	0,405	0,027
Применение телемедицины	0,968	0,007
Применение современных перинатальных технологий (партнерские роды, эксклюзивное грудное вскармливание, дневные стационары)	0,532	0,030

Далее все детерминанты МС были разделены на сложноуправляемые (40%) и управляемые (60%) составляющие, причем доля медико-организационных факторов

составила 70% (качество медицинской помощи, оказываемое беременным и родильницам, внедрение региональных и международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, телемедицины, организация АРКЦ и маршрутизация беременных и родильниц), а демографо-экономических – 30% (миграция, уровень ВРП, доля населения, живущего ниже прожиточного минимума) (таблица 4).

Таблица 4. Классификация детерминант МС

Сложноуправляемые	Управляемые
• доля населения, живущего ниже прожиточного минимума (%); • уровень ВРП; • влияние миграции (по опросам респондентов); • качество медицинской помощи, оказываемое беременным и родильницам.	• организация АРКЦ; • применение телемедицины; • количество акушеров-гинекологов; • маршрутизация беременных и родильниц; • внедрение международных и региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, в акушерскую практику.

При ранжировании детерминант МС по группам регионов было установлено, что *низкий уровень КМС* коррелирует с: применением региональных клинических протоколов, телемедицины, маршрутизации беременных и родильниц ($R = -1,00$, $p \rightarrow 0,00$), международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,61$, $p = 0,14$), низкой долей населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,52$, $p = 0,18$), организацией АРКЦ ($R = -0,39$, $p = 0,33$) и высоким миграционным приростом населения ($R = 0,38$, $p = 0,36$).

В регионах *со средним уровнем КМС* основными детерминантами, определяющими ее уровень, были низкая доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,53$, $p = 0,095$), недостатки качества медицинской помощи беременным и родильницам ($R = -0,48$, $p = 0,54$) и внедрения международных и региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,42$, $p = 0,23$, $R = -0,38$, $p = 0,46$).

Основными детерминантами, определяющими *высокий уровень КМС*, являются: дефицит врачей акушеров-гинекологов ($R = -0,95$, $p = 0,0003$), недостаточное внедрение в акушерско-гинекологическую практику международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,86$, $p = 0,012$), телемедицины ($R = -0,72$, $p = 0,067$), высокий миграционный отток населения ($R = 0,58$, $p = 0,08$) и доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,57$, $p = 0,18$), низкий уровень ВРП ($R = -0,40$, $p = 0,32$) и отсутствие АРКЦ ($R = -0,39$, $p = 0,64$) (таблица 5).

При определении резервов снижения МС в зависимости от уровня КМС для всех регионов подтвердилась общемировая тенденция: *низкий уровень МС* характерен для экономически развитых регионов. По результатам нашего исследования, доля населения, живущего ниже прожиточного минимума, являлась детерминантой МС, в равной степени влияющей на различный уровень КМС ($R = 0,52-0,57$), а уровень ВРП оказывал влияние на КМС только в регионах с высоким показателем ($R = -0,40$, $p = 0,32$). Таким образом, с увеличением уровня ВРП

и снижением доли населения, живущего ниже прожиточного минимума, достоверно снижается КМС ($p=0,015$, $p=0,005$). Поэтому реальным резервом снижения МС во всех регионах является повышение экономического благосостояния региона, особенно уровня доходов самого населения. Но экономически благоприятные регионы притягивают огромное количество мигрантов, что может отрицательно сказаться на уровне МС. Миграционные процессы являются индикатором МС. По результатам нашего исследования, миграция оказывала влияние на уровень МС в регионах с низким и высоким показателями ($R=0,38$, $R=0,58$): в регионах с низким уровнем МС отмечался высокий миграционный прирост населения (Краснодарский край – +50 чел. на 10000 населения/год), а в субъектах с высоким КМС – миграционный отток (например, в Республике Калмыкия и Тыва до –70 и –46 чел. на 10000 населения/год). Поэтому для снижения МС в регионах с высоким КМС необходимо также разработка и оказание социальной и медицинской поддержки мигрантам.

Таблица 5. Ранжирование детерминант МС в группах

Детерминанты МС	Группы КМС					
	Низкий		Средний		Высокий	
	ККС	р	ККС	р	ККС	р
Доля населения, живущего ниже прожиточного минимума (%)	0,52	0,18	0,53	0,09	0,57	0,18
Маршрутизация беременных и родильниц	-1,00	→0,0	-0,17	0,63	-0,14	0,76
Наличие АРКЦ	-0,39	0,33	-0,06	0,87	-0,39	0,64
Уровень ВРП	-0,09	0,82	-0,28	0,08	-0,40	0,32
Влияние миграции (по опросам респондентов)	0,38	0,36	0,27	0,46	0,58	0,08
Внедрение международных протоколов в акушерскую практику	-0,61	0,14	-0,42	0,23	-0,79	0,03
Качество медицинской помощи, оказываемое беременным и родильницам	-0,18	0,70	-0,48	0,54	-0,21	0,73
Применение региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	-1,00	→0,0	-0,38	0,46	-0,02	0,66
Телемедицина	-1,00	→0,0	-0,22	0,51	-0,72	0,07
Количество акушеров-гинекологов (абсолютное число)	-0,12	0,78	-0,22	0,73	-0,95	0,00

В регионах со средним КМС резервами снижения МС, помимо повышения уровня доходов населения ($R=0,53$, $p=0,095$) и разработки региональных и адаптивное международных клинических протоколов в акушерстве и гинекологии, основанных на доказательной медицине, является повышение качества медицинской помощи: внедрение телемедицины ($R=-0,97$, $p=0,007$), мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного, и маршрутизации беременных и родильниц, систематическое повышение квалификации медицинского

персонала, развитие доступной инфраструктуры акушерско-гинекологической службы (роддома и ПЦ) и сети автомобильных дорог с твердым покрытием.

Основным звеном, направленным на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи беременным и новорожденным высокого риска является организация многоуровневой системы оказания помощи, что положительно влияет на уровень МС. В данном исследовании прослеживалась тенденция к преобладанию высокого КМС в малозаселенных, экономически депрессивных регионах со слабо развитыми сетью автомобильных дорог с твердым покрытием и инфраструктурой акушерско-гинекологической службы (недостаток регионализации службы родовспоможения, круглосуточных служб, медицинских кадров, внедрения в акушерско-гинекологическую практику международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, телемедицины и отсутствие АРКЦ). Поэтому важным организационным моментом для снижения КМС в регионах с высоким КМС является: полноценное функционирование 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи и организация круглосуточных служб, позволяющих, по результатам нашего исследования, снизить КМС на 67% и 80% (ОШ=0,33; ДИ [0,18-0,61], ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,39]); создание выездных бригад специализированной медицинской помощи, АРКЦ, развитие службы санитарной авиации; создание в регионе общества акушеров-гинекологов (ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,34]); решение вопроса дефицита медицинских кадров и систематическое повышение их квалификации (ОШ=0,38; ДИ [0,21-0,69]); использование мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного, разработка методических руководств ведения ургентных состояний в акушерстве и гинекологии, внедрение в акушерскую практику международных и региональных клинических протоколов.

В результате исследования установлено, что во всех группах регионов с увеличением количества абортот увеличивается КМС ($p < 0,05$). Причем основным методом прерывания беременности во всех группах был хирургический аборт, но более всего (80%) – в регионах высокого и нестабильного показателей КМС. Медикаментозный аборт применялся только в 17% регионах с низким КМС. Поэтому на этапе работы ФАП и ЖК необходимо проведение бесед о вреде абортов, приоритетном применении медикаментозного аборта и средств контрацепции, а также в регионах с высоким и нестабильным КМС целесообразно создание кабинетов медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и развитие детской акушерско-гинекологической службы.

По данным Минздрава России, за последние 7 лет в структуре причин МС осложнения ЭГЗ занимают лидирующую позицию. Полученные результаты свидетельствуют, что во всех группах регионов в структуре причин МС первое место занимала смертность от осложнений ЭГЗ. Поэтому резервом снижения МС во всех регионах является соблюдение этапности и преемственности в оказании медицинской помощи, т.к. тщательная диспансеризация беременных акушерками ФАП (подворовый обход и патронаж) приводят к снижению КМС на 75% (ОШ=0,25; ДИ [0,13-0,47]); первая явка в ЖК после 12 недель беременности увеличивает риск МС в 3 раза. Выявление беременных групп риска по развитию осложнений беременности и родов (возраст старше 30-ти лет, социальный статус (домохозяйка), наличие среднего образования, высокий паритет беременности с

прерыванием первой), своевременная консультация врачей смежных специальностей и лечение осложнений беременности и родов могут существенно (в 5-16 раз) снизить риск МС.

Учитывая, что во всех группах весомое место в структуре причин МС занимали прямые причины (кровотечения, преэклампсия и родовой сепсис), для снижения заболеваемости беременных и родильниц необходимы непрерывный мониторинг беременных и родильниц, что позволит снизить МС на 88% (ОШ=0,12; ДИ [0,06-0,25]); внедрение современных перинатальных технологий ВОЗ, ЮНИСЕФ (снижение КМС почти на 60%); применение региональных клинических протоколов ведения неотложных состояний, основанных на доказательной медицине, маршрутизации беременных и родильниц и отказ от агрессии в родах.

ВЫВОДЫ

1. В РФ показатель МС за последние 10 лет имеет стойкую динамику снижения (почти в 3 раза): за период с 2003 по 2010 годы – на 47%, в период с 2010 по 2013 годы – на 40%. Регионализация этого показателя по уровню КМС за период 2006-2010 годы позволяет выделить три группы территорий: с низким (КМС < 18,3), средним (18,6 < КМС < 31,9) и высоким показателями (КМС > 32,0).

2. Достоверному снижению МС соответствует изменение ее структуры: в течение 7 последних лет первое место занимают осложнения ЭГЗ, в отличие от кровотечений за все предшествующие периоды. Цивилизованную зависимость структуры МС демонстрируют различия в изучаемых регионах: неуправляемые причины (ЭГЗ, осложнения анестезии, ЭОВ) преобладают в регионах с низким КМС, а в территориях со средним и высоким показателями продолжают доминировать кровотечения, преэклампсия, родовой сепсис.

3. Детерминанты, ассоциированные с уровнем КМС состоят из демографо-экономических (30%) и медико-организационных (70%), сложноуправляемых (40%) и управляемых (60%).

Факторами, *снижающими КМС*, являются (по силе корреляционной связи и отношению шансов): уменьшение доли населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R=0,54$), и увеличение ВРП ($R=-0,46$); наличие АРКЦ и использование маршрутизации беременных и родильниц ($R=-0,50$); внедрение международных ($R=-0,45$) и региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R=-0,43$), телемедицины ($R=-0,41$), мониторинга беременных групп высокого риска, в том числе дистанционного; численность акушеров-гинекологов в регионе ($R=-0,41$); функционирование 3-х уровневой системы оказания помощи беременным и родильницам (ОШ=0,33; ДИ [0,18-0,61]), круглосуточных служб экстренной медицинской помощи, сердечно-сосудистых центров (ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,39]); наличие на территории общества акушеров-гинекологов (ОШ=0,20; ДИ [0,10-0,34]); диспансеризация женского населения акушерками ФАП (подворовый обход и патронаж) (ОШ=0,25; ДИ [0,13-0,47]); использование современных перинатальных технологий (совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды, эксклюзивное грудное вскармливание) (ОШ=0,36; ДИ [0,20-0,64]); повышение

квалификации медицинских работников (ОШ=0,38; ДИ [0,21-0,69]) и наличие в регионе *медицинских ВУЗов* (ОШ=0,44; ДИ [0,20-0,96]).

Клинико-анамнестическими факторами, *повышающими КМС*, являются: низкая *медицинская активность* беременной (ОШ=2,1; ДИ [1,18-3,68]); первая *явка в ЖК* после 12 недель беременности (ОШ=3,14; ДИ [1,50-6,58]); низкий социальный статус (домохозяйка) (ОШ= 4,02; ДИ [2,30-7,49]); *возраст* беременной старше 30-ти лет (ОШ=5,5; ДИ [2,97-9,97]); *среднее образование* (ОШ=5,5; ДИ [1,88-6,27]); высокий *паритет* с прерыванием первой беременности (ОШ=15,2; ДИ [6,69-34,74]); *дефицит врачей* анестезиологов-реаниматологов (ОШ=3,00; ДИ [1,65-5,46]) и *консультативной помощи* врачей смежных специальностей (ОШ= 5,2; ДИ [2,04-13,39]); неадекватная терапия (ОШ=8,0; ДИ [1,76-36,10]) и недооценка или ошибки *диагностики ЭГЗ* (ОШ=16,0; ДИ [5,45-46,99]).

4. Миграция населения и экономическое благосостояние региона являются индикаторами, ассоциированными с МС: в регионах с низким КМС отмечается высокий миграционный прирост ($R=0,38$), а в регионах с высоким КМС – отток населения ($R=0,58$). Доля населения, живущего ниже прожиточного минимума, является детерминантой МС, в равной степени влияющей на различный уровень КМС ($R=0,52-0,57$), а уровень ВРП влияет на КМС только в регионах с высоким показателем ($R= -0,40$).

5. Мероприятия по снижению материнской смертности в регионах требуют дифференцированного подхода в зависимости от уровня ее коэффициента.

Регионы с низким КМС характеризуются: высокими рождаемостью, численностью и плотностью населения, долей женщин репродуктивного возраста, экономическим развитием; доступной транспортной сетью (протяженная сеть автомобильных дорог с твердым покрытием) и инфраструктурой акушерско-гинекологической помощи (многоуровневая система учреждений родовспоможений, круглосуточные службы, АРКЦ).

Низкий уровень КМС коррелирует с применением региональных клинических протоколов, телемедицины, маршрутизации беременных и родильниц ($R= -1,00$, $p \rightarrow 0,00$), международных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R= -0,61$, $p=0,14$), низкой долей населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R=0,52$, $p=0,18$), организацией АРКЦ ($R=-0,39$, $p=0,33$) и высоким миграционным приростом населения ($R=0,38$, $p=0,36$).

В регионах со средним уровнем МС основными детерминантами, определяющими ее уровень, являются низкая доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R=0,53$, $p=0,095$), недостатки качества медицинской помощи беременным и родильницам ($R= -0,48$, $p=0,54$) и внедрения международных и региональных клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R= -0,42$, $p=0,23$; $R= -0,38$, $p=0,46$).

Для регионов с высоким КМС характерны: низкие рождаемость, численность и плотность населения, число женщин фертильного возраста, экономическое развитие (низкий ВРП и высокая доля населения, живущего ниже прожиточного минимума) и слабая инфраструктура акушерско-гинекологической службы.

Основными детерминантами, определяющими высокий уровень КМС, являются: дефицит врачей акушеров-гинекологов ($R= -0,95$, $p=0,0003$), недостаточное внедрение в акушерско-гинекологическую практику международных

клинических протоколов, основанных на доказательной медицине ($R = -0,86$, $p = 0,012$), телемедицины ($R = -0,72$, $p = 0,067$), высокий миграционный отток населения ($R = 0,58$, $p = 0,08$), доля населения, живущего ниже прожиточного минимума ($R = 0,57$, $p = 0,18$), низкий уровень ВРП ($R = -0,40$, $p = 0,32$) и отсутствие АРКЦ ($R = -0,39$, $p = 0,64$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Резервом снижения материнских потерь во всех регионах РФ являются:

- полноценное функционирование многоуровневой системы службы родовспоможения, которая может быть достигнута путем разработки схем регионализации акушерско-гинекологической помощи с учетом географической доступности, материально-технических и кадровых ресурсов медицинских организаций, включая транспортную систему (листы маршрутизации беременных и родильниц и использование оборудованного санитарного транспорта);

- разработка региональных или адаптирование международных клинических протоколов лечения неотложных состояний в акушерстве и гинекологии, основанных на доказательной медицине;

- для снижения МС от ЭГЗ необходимо соблюдение установок приказа Министерства здравоохранения от 12 ноября 2012 года №572н – этапности и преемственности в оказании помощи беременным и родильницам. Внедрение на уровне областной клинической больницы или ПЦ единой системы еженедельного интернет-мониторинга беременных и родильниц, включая информацию о женщинах, находящихся в трудной жизненной ситуации, что позволит оптимально распределять женщин по группам риска, вести регистр беременных групп высокого риска, угрожаемых по материнской и перинатальной смертности, и проводить на всех уровнях персонифицированную экспертизу качества оказываемой помощи. Для обеспечения оказания специализированной и консультативной помощи профильными специалистами организовать межтерриториальное взаимодействие путем интернет-технологий (телемедицина, передача данных по e-mail, Skype) или объединения (реструктуризации) акушерских стационаров и ЖК в состав многопрофильных больниц и поликлиник.

Для предотвращения ранних и нежелательных беременностей, особенно в регионах с высоким и нестабильным уровнем КМС, необходимо на уровне ЖК организовать диспансеризацию девочек-подростков (профилактика инфекций, передаваемых половым путем, предгравидарная подготовка, проведение бесед о вреде абортов, преимуществах контрацепции и методик безопасного аборта), патронаж женщин фертильного возраста с акцентом на социально-дезадаптированный контингент, продолжить создание в ЖК кабинетов медико-социальной поддержки женщин, обратившихся для прерывания беременности, с оказанием консультативной (телефон «горячей линии»), юридической, социальной и психологической помощи (преодоление «постабортного синдрома», реабилитация).

2. Резервом снижения МС в регионах со средним и высоким КМС является повсеместное развитие сети автомобильных дорог с твердым покрытием; организация телемедицинских абонентских пунктов во всех ФАП, амбулаториях и

центральных районных больницах региона, что позволит непрерывно систематически повышать образовательный уровень медицинского персонала на местах (дистанционные квалификационные курсы, участие в международных семинарах, образовательных программах, систематические тренинги на базе симуляционных медицинских центров, телемосты с ведущими медицинскими ВУЗами) и организовать круглосуточное консультирование в режиме on-line с врачами смежных специальностей.

3. Так как интегральными индикаторами уровня МС являются экономическое благосостояние региона и миграция, то для снижения КМС в регионах с высоким показателем необходимо осуществлять финансирование учреждений родовспоможения, направленное не только на улучшение материально-технической базы, но и на различную целевую установку при построении программы совершенствования знаний врачей ЖК и акушерского стационара, и разработку социальных и медицинских мер поддержки женщин-мигрантов.

4. В малозаселенных территориях с высоким КМС необходимо развитие передвижных бригад первичной специализированной помощи, а также создание дистанционного консультативного центра для беременных, рожениц и родильниц с выездной акушерско-гинекологической, анестезиологической бригадами и возможностью круглосуточного оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (АРКЦ) и решения проблемы дефицита медицинских кадров.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Митковская Е.В. Основные причины и риск материнской смертности в мире // Наука и современность-2011: сб. материалов X Международной научно-практической конференции: в 2-х частях. Часть 1 / Под общ.ред. С.С. Чернова. – Новосибирск: Издательство НГТУ, 2011.– С.153-157.

2. Галина Т.В., Митковская Е.В., Златовратская Т.В. Материнская смертность – проблема современности // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2011. – № 6. – С.353-359.

3. Митковская Е.В. Резервы снижения перинатальных потерь в Северо-Западном регионе России // Материалы I Международного Конгресса по перинатальной медицине, посвященного 85-летию академика РАМН В.А. Таболина, и VI Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины. – М., 2011.–С. 113-114.

4. Галина Т.В., Митковская Е.В. Мониторинг материнских потерь // Научно-практический журнал «Общественное здоровье и здравоохранение». – 2011. – №3. – С. 27-31.

5. Митковская Е.В., Галина Т.В., Опарин И.С., Ермолова Н.П., Голикова Т.П., Златовратская Т.В., Старцева Н.М., Лукаев А.А. Аборт как метод регулирования рождаемости // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 5. – С.510-515.

6. Митковская Е.В., Костин И.Н. Региональные особенности акушерско-гинекологической помощи в России // «European Applied Sciences». – 2014. – №3. – С.34-37.

АННОТАЦИЯ

Митковская Елена Валериевна

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

В работе представлены особенности организации акушерско-гинекологической помощи в регионах РФ. Изучена зависимость уровня КМС от географо-демографических, экономических и медико-организационных факторов в регионах. Определены основные детерминанты, ассоциированные с уровнем МС. Определена сила влияния демографо-экономических и медико-организационных факторов на уровень МС, оценены клинико-анамнестические риски МС. Установлены клинические особенности беременности и родов, обуславливающие МС в различных регионах, и обоснованы организационно-методические мероприятия по предотвращению МС в территориях в зависимости от ее уровня.

ABSTRACT

Mitkovskaya Elena Valerievna

REGIONAL PECULIARITIES OF OBSTETRIC CARE IN RUSSIA

The study presents peculiarities of the organization of obstetric care in regions of the Russian Federation. The dependence of the maternal mortality rate and geographical, demographic, economic, medical, organizational factors in the regions was analyzed. The main determinants associated with maternal mortality rate were defined. The power of influence of the organizational, demographic and economic factors on the maternal mortality rate was determined. The clinical and anamnestic risks of the maternal mortality was evaluated. The clinical features of pregnancy and childbirth, forming maternal mortality in different regions, were identified. The complex of priority measures to reduce maternal mortality in the regions was developed and implemented.