

УДК 614.2:314

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00024

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.В. Ходакова, В.А. Дударева

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита

Введение. Служба охраны материнства и детства реализует мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья женского и детского населения. Наиболее значимыми критериями эффективности деятельности данной службы выступают показатели здоровья населения (медико-демографические, заболеваемости, инвалидности), а также показатели деятельности медицинских организаций, отражающие медико-социальную эффективность оказания медицинской помощи.

Цель исследования – оценка эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женскому и детскому населению на территории субъекта РФ (по материалам Забайкальского края).

Материал и методы. Социально-гигиеническая оценка показателей эффективности деятельности службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае проведена на основе комплексного анализа индикаторов, характеризующих акушерско-гинекологическую и педиатрическую службы: изучение ресурсной обеспеченности медицинских организаций, показателей здоровья детского и женского населения, уровня репродуктивных потерь, за период с 2012 по 2018 гг. Исследование проведено на основе материалов государственной статистической отчетности ГУЗ «МИАЦ» с применением пакета программ IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. В ходе собственного исследования, направленного на изучение показателей деятельности службы охраны материнства и детства Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг. установлено, что показатели ресурсной обеспеченности медицинских организаций ниже нормативных значений, что обуславливает ограничение доступности медицинской помощи населению. При оценке медико-социальной эффективности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женскому и детскому населению, выявлено увеличение уровня репродуктивных потерь, преимущественно за счет пренатальных и фето-инфантильных потерь.

Выводы. 1) высокий уровень репродуктивных потерь обуславливает снижение репродуктивного потенциала населения региона; 2) негативная оценка показателей здоровья женского и детского населения свидетельствует о низкой медицинской и профилактической активности и ограниченной доступности медицинской помощи; 3) недостаточная ресурсная обеспеченность службы охраны материнства и детства может повлечь нарушения порядков оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: служба охраны материнства и детства, репродуктивные потери, заболеваемость по обращаемости населения, ресурсная обеспеченность службы охраны материнства и детства.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE ACTIVITY OF THE SERVICE OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD AT THE LEVEL OF THE SUBJECT OF THE RUSSIAN FEDERATION

Khodakova O.V. , Dudareva V.A.

Chita State Medical Academy, Chita

Introduction. The Maternal and Child Welfare Service implements measures aimed at preserving and strengthening the health of the female and child population. The most significant performance criteria for this service are the indicators of public health (medical and demographic, morbidity, disability), as well as the performance of medical organizations that reflect the medical and social effectiveness of medical care.

The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of the activities of medical organizations that provide medical assistance to the female and child population in the territory of a constituent entity of the Russian Federation (based on materials from the Trans-Baikal Territory).

Material and methods. The socio-hygienic assessment of the performance indicators of the maternal and child health services in the Trans-Baikal Territory was carried out on the basis of a comprehensive analysis of indicators characterizing obstetric, gynecological and pediatric services: studying the resource supply of medical organizations, indicators of the health of children and women, the level of reproductive losses, over the period from 2012 to 2018. The study was conducted on the basis of materials of state statistical reporting of the MIAC State Institution using the IBM SPSS Statistics 22 software package.

Results. In the course of his own research aimed at studying the performance indicators of the maternal and child health services of the Trans-Baikal Territory for the period from 2012 to 2018. It has been established that the resource endowment indicators of medical organizations are below standard values, which leads to a limitation of the availability of medical care to the population. When assessing the medical and social effectiveness of healthcare institutions providing medical care to women and children, an increase in the level of reproductive losses was revealed, mainly due to prenatal and feto-infantile losses.

Findings: 1) a high level of reproductive losses leads to a decrease in the reproductive potential of the population of the region; 2) a negative assessment of the health indicators of the female and children's population indicates a low medical and preventive activity and the limited availability of medical care; 3) insufficient resource provision of the maternal and child health services may lead to violations of the procedures for the provision of medical care.

Key words: maternal and child health services, reproductive losses, morbidity according to population circulation, resource provision of maternal and child health services.

Введение. Сохранение здоровья женского и детского населения выступает первоочередной задачей демографической политики государства и является основой национальной безопасности страны [1]. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается нестабильная демографическая ситуация, характеризующаяся негативной тенденцией изменения показателей естественного движения населения, что в долгосрочной перспективе приведет к снижению репродуктивного и экономического потенциала [2, 3].

Служба охраны материнства и детства, как государственный социальный институт, реализует мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья женщины и ребенка [4,5]. Эффективность деятельности данной системы достигается путем соблюдения нормативно-правового регламента – порядков оказания и стандартов медицинской помощи [6,7], межведомственного и междисциплинарного взаимодействия структурных подразделений системы охраны материнства и детства [8].

Объективными критериями результативности работы службы охраны материнства и детства выступают показатели здоровья населения (медико-демографические, заболеваемости, инвалидности), а также показатели деятельности медицинских организаций, отражающие медико-социальную направленность и эффективность оказания медицинской помощи [9].

Для оценки медицинской и социальной эффективности службы охраны материнства и детства ВОЗ рекомендует рассматривать показатель репродуктивных потерь, который включает пренатальные и фето-инфантильные потери (ФИП) и отражает уровень доступности и качества предоставляемой медицинской помощи женскому населению [10, 11].

Таким образом, целью настоящего исследования явилась социально-гигиеническая оценка эффективности деятельности службы охраны материнства и детства на региональном уровне (по материалам Забайкальского края).

Материал и методы. Социально-гигиеническая оценка показателей деятельности службы охраны материнства и детства Забайкальского края проведена с применением контент-анализа и аналитических методов в два этапа.

На первом этапе проведен структурно-организационный анализ медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женскому и детскому населению за период с 2012 по 2018 гг., который включал оценку ресурсной обеспеченности службы и анализ эффективности деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по профилям «Акушерство и гинекология», «Педиатрия» и «Неонатология».

На втором этапе проанализированы показатели, характеризующие медико-социальную эффективность службы охраны материнства и детства за период с 2012 по 2018 гг.: показатели здоровья женского и детского населения, уровень репродуктивных потерь.

Репродуктивные потери в регионе представлены пренатальными (результат самопроизвольного и вынужденного (по медицинским и социальным показаниям)

прерывания беременности) и фетоинфантильными потерями, включающими мертворожденность и младенческую смертность [10]. Необходимо отметить, что ряд авторов в понятие «репродуктивные потери» включает показатель материнской смертности (Г.И. Бурдули, 1998 г.) и плодовые потери в результате всех прерываний беременностей, в том числе искусственные медицинские аборты и внематочную беременность (О.Г. Фролова и соавт., 1999 г.).

Медико-социальная оценка показателей деятельности службы охраны материнства и детства проведена с использованием материалов ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Забайкальского края, на основе форм федерального статистического наблюдения: формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»; формы №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»; формы №14 ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений»; формы №19 «Сведения о детях – инвалидах»; формы №30 «Сведения о медицинской организации»; формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за период 2012–2018 гг. Для обработки результатов исследования применен программный пакет IBM SPSS Statistics 22, в формате которого использовались непараметрические методы анализа – определение корреляционной зависимости (расчет коэффициента корреляции Пирсона).

Результаты. В системе регионального здравоохранения выстроена рациональная, логистически обоснованная, трехуровневая сеть медицинских организаций службы охраны материнства и детства, обеспечивающая преемственность и этапность оказания медицинской помощи соответствующим категориям населения. Учреждения I уровня оказания медицинской помощи в Забайкальском крае представлены: детским клиническим медицинским центром (включает 5 поликлинических подразделений, общеполитическое подразделение, реабилитационное подразделение «Феникс», детское стоматологическое подразделение), клиническим медицинским центром (включает 6 поликлинических подразделений, консультативно-политическое подразделение), центральными районными больницами, в структуре которых имеются акушерско-гинекологические, педиатрические и подростковые отделения, женскими консультациями, фельдшерско-акушерскими пунктами, учреждения II уровня – городским родильным домом, учреждения

III уровня – краевой детской клинической больницей, краевым перинатальным центром, краевой и городской клиническими больницами.

Порядок организации оказания медицинской помощи регламентирован законодательно по видам и профилям медицинской помощи. В соответствии с действующей нормативно-правовой базой медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в учреждениях трех типов групп (в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения): 1 группа – акушерские стационары, в которых не предусмотрено круглосуточное пребывание врача - акушера-гинеколога (низкая степень риска); 2 группа – акушерские стационары (родильные дома), имеющие в структуре ПИТ для женщин и ПРИТ для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры (средняя степень риска); 3 группа – акушерские стационары, имеющие в составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами. Медицинская помощь педиатрического профиля оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе специализированной; специализированной, в том числе ВМП в соответствующих условиях и формах в учреждениях здравоохранения трех уровней (кабинете врача педиатра-участкового, в детской поликлинике, в консультативно-диагностическом центре, в педиатрическом отделении (больнице)).

Доступность и качество предоставляемой медицинской помощи во многом обусловлены ресурсными составляющими службы охраны материнства и детства.

При оценке кадровых ресурсов трехуровневой системы оказания медицинской помощи женскому и детскому населению в регионе за период с 2012 по 2018 гг. отмечается отрицательная тенденция изменения показателей. Обеспеченность врачами – акушерами-гинекологами сократилась с 5,8 до 4,2 на 10 000 женского населения (темп убыли -27,6%), обеспеченность врачами – педиатрами снизилась с 20,2 до 14,2 на 10 000 детского населения (темп убыли -29,7%), обеспеченность врачами – терапевтами подростковыми снизилась с 1,23 до 0,8 на 10 000 детского населения в возрасте 15-17 лет (темп убыли -35%) (рис.1). Наибольший дефицит кадров отмечается в сельской местности.

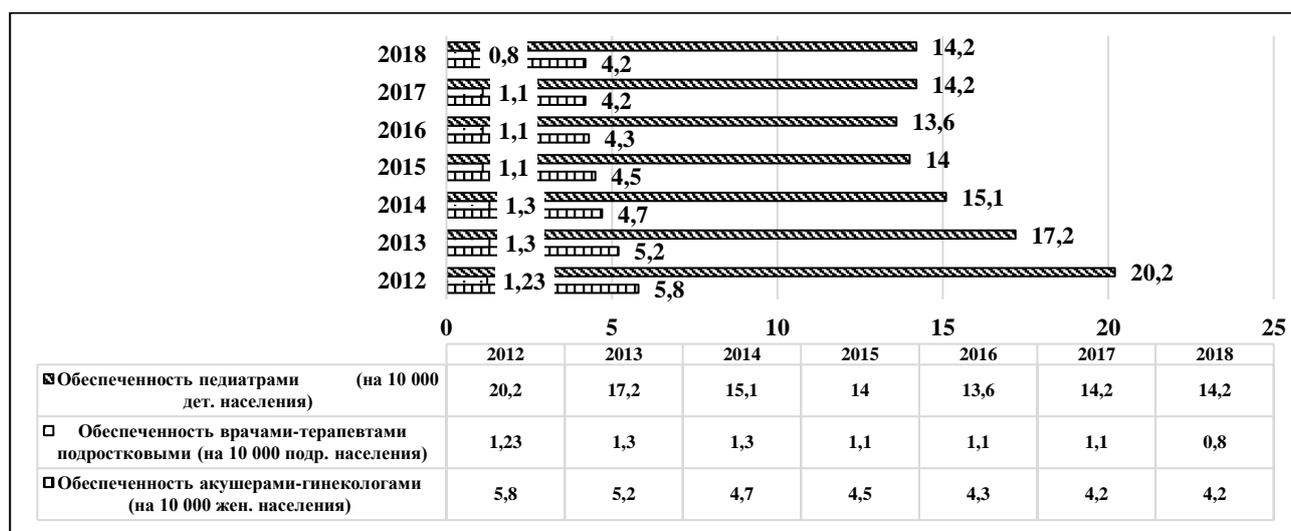


Рисунок 1. Оценка кадровых ресурсов службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. (на 10 000 населения)

Негативная динамика изменения кадровых ресурсов влечет за собой снижение эффективности работы подразделений службы охраны материнства и детства за счет ограничения доступности как первичной медико-санитарной, так и специализированной медицинской помощи детскому и женскому населению, что отражается на показателях здоровья населения. Данный факт подтверждает достоверно значимая корреляционная зависимость между обеспеченностью детского населения врачами – педиатрами и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ($r=+0,769$, $p<0,0172$) и уровнем обеспеченности детского населения врачами-терапевтами подростковыми и общей заболеваемостью детей в возрасте от 15 до 17 лет ($r=+0,582$, $p <0,0153$).

Анализ медицинских организаций службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг., позволил выявить сокращение учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: число акушерско-гинекологических кабинетов снизилось на 24,3%, педиатрических – на 7,2%. Представленные изменения происходят преимущественно в сельской местности и могут выступать дополнительным фактором, ограничивающим доступность медицинской помощи для населения.

Оценка объемов оказания первичной медико-санитарной помощи населению за анализируемый период позволила установить, что число посещений на 1 жителя в год сократилось с 8,7 до 7,6 (темп убыли -12,6%), из них посещения с профилактической целью 7,2 до 3,2 посещения на 1 застрахованное лицо (темп убыли -50,0%), число обращений по

заболеванию снизилось с 2,8 до 2,1 на 1 жителя в год, в сравнении с нормативными показателями, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 08.12.2017 N 1492 (ред. от 21.04.2018) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» выше на 6,6% (3,0 посещения с профилактической целью на 1 жителя в год) и ниже 4,5% (2,2 обращения по заболеванию на 1 жителя в год) соответственно. Данная тенденция свидетельствует о снижении медицинской активности населения, что отражается на уровне заболеваемости населения по обращаемости и характеризует доступность ПМСП.

При анализе показателей, характеризующих уровень оказания специализированной помощи за исследуемый период, отмечено снижение обеспеченности детского населения педиатрическими койками с 36,5 до 26,9 на 10 000 детского населения (темпы убыли -26,3%) и эффективности деятельности коечного фонда педиатрического профиля. В отчетный период среднегодовая занятость койки сократилась с 323,2 до 310 дней (темпы убыли -4,1%), в сравнении с общероссийским показателем выше на 3,4% (в 2018 г. - 299,8 дн.), средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,4 до 11,1 дней (темпы убыли -2,7%), в сравнении с аналогичным показателем по России выше на 20,6% (в 2018 г. - 9,2 дн.), оборот койки снизился с 28,4 до 27,9 (темпы убыли -1,8%), что ниже общероссийского на 12,8% (в 2018 г. - 32). Представленные показатели отличны от значений общероссийских коэффициентов, что может свидетельствовать о недостаточной эффективности оказания специализированной медицинской помощи детям в регионе.

Необходимо отметить, что уровень обеспеченности женского населения акушерско-гинекологическими койками за период с 2012 по 2018 гг. также сократился с 27,2 до 20,1 на 10 000 женского населения (темпы убыли -26,1%). При изучении показателей эффективности использования коечного фонда акушерско-гинекологического профиля по основным отделениям, установлено: среднегодовая занятость койки для беременных и рожениц сократилась с 393 до 263,8 дней (темпы убыли -32,8%), средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц снизилась с 7,7 до 6,6 дней (темпы убыли -14,3%), оборот койки для беременных и рожениц снизился с 51,0 до 39,9 (темпы убыли -21,7%); среднегодовая занятость койки патологии беременности сократилась с 299 до 285,8 дней (темпы убыли -4,4%), средняя длительность пребывания на койке патологии беременности снизилась с 10,5 до 9,2 дней (темпы убыли -12,4%), оборот койки патологии беременности увеличился с 28,5 до 31,1 (темпы прироста +9,1%); среднегодовая занятость гинекологической

койки сократилась с 305,4 до 278,6 дней (темп убыли -8,7%), средняя длительность пребывания на гинекологической койке снизилась с 8,1 до 7,6 дней (темп убыли -6,2%), оборот гинекологической койки снизился с 37,7 до 36,6 (темп убыли -2,9%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения эффективности мероприятий, направленных на улучшение доступности специализированной медицинской помощи женскому населению.

При оценке объемов оказания специализированной медицинской помощи населению за исследуемый период установлено, что число случаев госпитализации на 1 жителя в год увеличилось на 13,5% (с 0,2 до 0,227 случая госпитализации на 1 жителя в год), в сравнении с общероссийским нормативным показателем выше на 31,9% (в РФ в 2018 г. 0,172 на 1 застрахованное лицо). Представленные данные свидетельствуют о низкой результативности работы первичного звена.

В сложившейся ситуации снижения обеспеченности населения специализированными круглосуточными койками, закономерным мероприятием должно было бы явиться увеличение объемов использования стационарозамещающих технологий, однако, в регионе за изучаемый период наблюдается снижение числа коек дневного стационара педиатрического профиля на 19,5% (с 211 до 170). Структура коечного фонда дневного стационара за исследуемый период изменилась: в 2012-2014 гг. наибольшим удельным весом представлены койки дневного стационара больничных учреждений (81,9%), 15,2% – койки дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), 2,9% - стационаром на дому; в 2015-2018 гг. отмечено отсутствие реализации возможностей стационара на дому и равномерное распределение коек дневного стационара больничных учреждений (50%) и коек дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) (50%). При оценке динамики использования коечного фонда дневного стационара установлено, что количество пролеченных детей на койках дневного стационара больничных учреждений сократился на 47,7%, на койках дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) увеличился на 34%. В структуре использования коек дневного стационара больничных учреждений с 2012 по 2014 гг. на первом месте – болезни органов дыхания (45,6%), на втором – болезни органов пищеварения (12,1%), на третьем – отдельные состояния перинатального периода (7,1%); с 2015 по 2018 гг. на первом месте – болезни органов дыхания (40,7%), на второе место вышли болезни нервной системы (20,9%), на третьем – отдельные состояния перинатального периода (7,6%). Структура реализации коек

дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) за 2012-2018 гг. не изменилась и представлена: первое место – болезни органов дыхания – 36,6%, на втором – болезни нервной системы (30,3%), на третьем месте психические расстройства (12,6%). Полученные результаты могут быть обусловлены нерациональным распределением нагрузки по видам медицинской помощи – увеличение объемов специализированной медицинской помощи, отсутствие приоритета развития стационарозамещающих технологий, как направления первичной медико-санитарной помощи.

Представленные результаты ресурсной обеспеченности службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае за пятилетний период отражают проблемы доступности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи для женского и детского населения и требуют координированных и рациональных организационно-управленческих решений, а также межведомственного и междисциплинарного участия служб системы охраны материнства и детства.

Доступность медицинской помощи, как одного из важнейших компонентов медико-социальной эффективности, также характеризуют показатели профилактической и медицинской активности населения, а также, в целом, состояние здоровья населения.

При изучении уровня реализации профилактического направления деятельности медицинских организаций, в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи женщинам и детям за период 2012-2018 гг. выявлено: снижение показателя удельного веса осмотренных детей в возрасте от 0 до 14 лет с 96,7% до 92,2% (темп убыли -4,7%), в сравнении с общероссийским показателем ниже на 2,2%; удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женскую консультацию до 12 недель беременности незначительно увеличился с 80,3% до 83,2% (темп роста +3,6%), в сравнении с общероссийским – ниже на 4,9%. Представленная динамика изменения показателей может указывать на низкую обращаемость населения в медицинские организации (недостаточную профилактическую активность), а также ограниченную доступность медицинской помощи, оказываемой на уровне первичного звена.

При изучении уровня заболеваемости по обращаемости в медицинские организации детского населения в регионе за период с 2012 по 2018 гг. выявлена негативная динамика. Так, при анализе первичной и общей заболеваемости детского населения отмечается снижение представленных критериев. Уровень первичной заболеваемости новорожденных сократился с 459,2‰ до 299,9‰ (темп убыли -34,7%), общей заболеваемости с 700,9‰ до

529,8‰ (темпы убывания -24,5%). Уровень первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет снизился со 173 597,8 на 100 000 детского населения до 171918,5 на 100 000 детского населения (темпы убывания -0,7%), общей заболеваемости с 221 186,1 на 100 000 детского населения до 211906,8 на 100 000 детского населения (темпы убывания -4,2%). Необходимо отметить, что негативная динамика изменения показателей заболеваемости по обращаемости в медицинские организации складывается и среди женского населения. Заболеваемость сальпингитами и офоритами снизилась с 1343,4 до 1064,7 на 100 000 женского населения (темпы убывания -20,7%), заболеваемость женским бесплодием – с 584,8 до 540,7 на 100 000 женщин фертильного возраста (темпы убывания -7,6%). Полученные результаты отражают снижение уровня обращаемости населения в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детскому и женскому населению, что подтверждает динамика изменения объема посещений на 1 застрахованного в год.

Проблемы доступности первичного звена определены во многом нарушениями отдельных компонентов порядков оказания медицинской помощи, в части соблюдения этапов, сроков, правил оказания медицинской помощи, а также кадровой обеспеченности.

При анализе инвалидности детского населения (от 0 до 17 лет) выявлено увеличение на 2,2% со 178,1 в 2012 г. до 182,1 в 2018 г. Поло-возрастная структура детей с впервые в жизни установленной инвалидностью за изучаемый период не изменяется и представлена: первое место – дети в возрасте от 10 до 14 лет (35,1%), второе место – дети в возрасте 5-9 лет (28,0%), третье место – дети 15-17 лет (21,7%), четвертое место – дети до 4-х лет (15,2%). В структуре причин детской инвалидности на первом месте – психические расстройства, на втором – болезни нервной системы, на третьем – врожденные аномалии развития. Результаты оценки детской инвалидности свидетельствуют о негативной характеристике состояния здоровья детского населения.

Для объективной оценки медицинской и социальной эффективности службы охраны материнства и детства ВОЗ рекомендует анализировать уровень репродуктивных потерь.

При анализе фето-инфантильных потерь (ФИП) в Забайкальском крае за период 2012-2018 гг. выявлена негативная динамика изменения показателя, характеризующаяся увеличением уровня ФИП на 16,5% (с 13,9‰ в 2012 г. до 16,2‰ в 2018 г.). Показатель плодово-младенческих потерь позволяет совокупно оценить информацию о возрастной и причинной структурах смертности детей, а также определить качество и результативность мер медико-социальной профилактики в системе охраны здоровья матери и ребенка. Данный

показатель важно оценивать в соотношении с коэффициентом младенческой смертности (рис. 2).



Рисунок 2. Динамика изменения показателей фето-инфантильных потерь и младенческой смертности в Забайкальском крае за период 2012-2018 гг. (%)

Структура фето-инфантильных потерь за изучаемый период не претерпела значительных изменений и представлена: 1 место – мертворожденные дети; 2 место – умершие в постнеонатальный период; 3 место – умершие в ранний неонатальный период; 4 место – умершие в поздний неонатальный период. Среди всех потерь жизнеспособных детей в регионе преобладает мертворожденность (рис. 3). Высокие значения данного критерия указывают на недостаточную эффективность антенатальной профилактики и качество медицинской помощи детям в антенатальном и интранатальном периодах в учреждениях I и II уровнях службы охраны здоровья матери и ребенка.

Детальный анализ младенческой смертности в регионе за исследуемый период иллюстрирует нестабильную динамику изменения показателя, максимальное значение которого приходится на 2013 г. – 8,6‰ (темп прироста +16,2%), в период с 2014 по 2018 гг. наблюдается снижение показателя на 10,2% (в 2018 г. – 7,1‰). Данный коэффициент выше общероссийского на 26,8% (в 2017 г. – 5,6‰). Снижение младенческой смертности в регионе достигнуто как за счет сокращения ее неонатального компонента, так и за счет постнеонатального. Оптимальное соотношение показателей неонатальной и постнеонатальной смертности должно составлять 65-70% и 35-30% соответственно, однако, в Забайкальском крае до 50% смертей детей на первом году жизни приходится на постнеонатальный период. Данное обстоятельство определяет перспективу дальнейшего снижения младенческой смертности за счет управляемых причин неонатального компонента и обуславливает

необходимость принятия организационно-управленческих решений в отношении трудноуправляемых факторов постнеонатальной смертности.

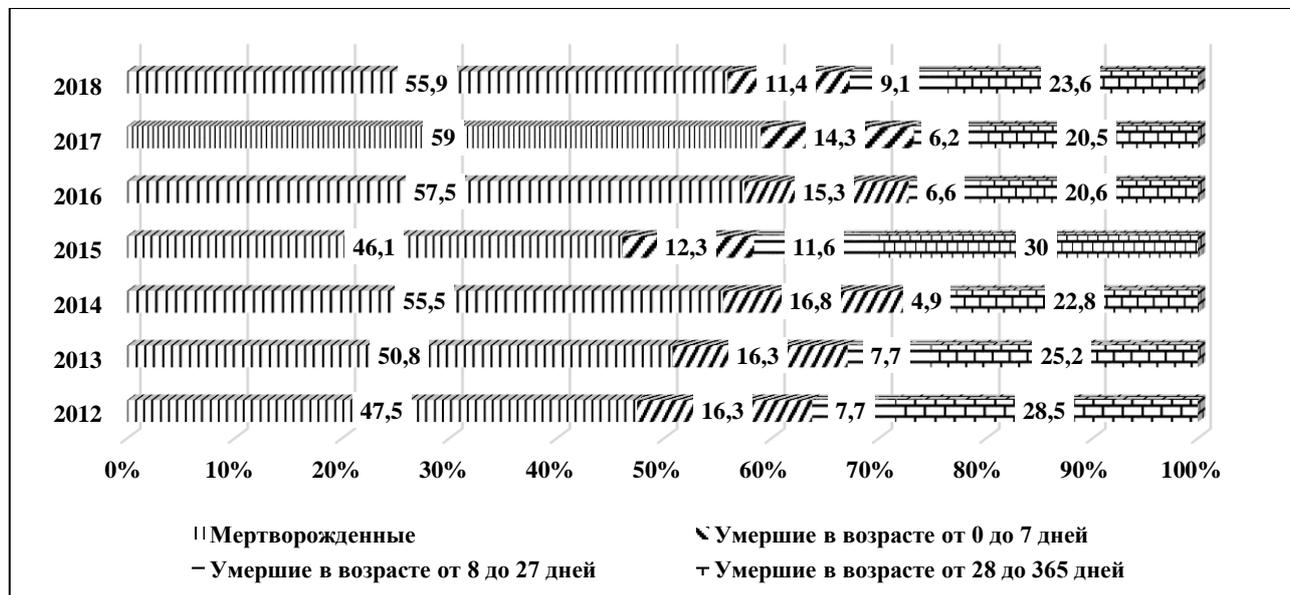


Рисунок 3. Структура фето-инфантильных потерь в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. (%)

В структуре младенческой смертности за изучаемый период преобладает смертность недоношенных и глубоко недоношенных детей – 61,8%, относительно детей, родившихся в срок – 38,2%. Высокие показатели преждевременного родоразрешения беременных свидетельствуют о недостаточной доступности и дефектах оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «Акушерство и гинекология», неэффективной пренатальной диагностике, нарушениях преемственности и этапности оказания медицинской помощи женскому населению. Основные причины младенческой смертности не претерпели значительных изменений и представлены: 1 место – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, 2 место – врожденные аномалии (пороки) развития, 3 место – болезни органов дыхания, 4 место – травмы, отравления, несчастные случаи и последствия внешних причин. Важно отметить, что наибольший удельный вес приходится на долю детей первого года жизни, которые погибают в учреждениях службы охраны материнства и детства (78,4%), среди которых в медицинских организациях I уровня (ЦРБ) – 13%, II и III уровня (краевые родильные дома, перинатальные центры) – 87%, что обусловлено, как правило, тяжестью патологии детей.

При оценке уровня компонентов, составляющих младенческую смертность, выявлена нестабильная динамика их изменения, в связи с чем проведено выравнивание динамического

ряда методом расчета скользящей средней. Уровень неонатальной смертности за период с 2012 по 2018 гг. снизился с 3,3‰ до 2,7‰ (темп убыли -18,2%). В структуре неонатальной смертности наибольший удельный вес приходится на ранний неонатальный период – 70%, - от заболеваний перинатального периода, преимущественно за счет респираторных нарушений (респираторного дистресс-синдрома, асфиксии, врожденной пневмонии), нетравматических внутрижелудочковых кровоизлияний, гемолитической болезни новорожденных, в 30% случаев новорожденные погибают в поздний неонатальный период. В динамике показатель ранней неонатальной смертности имеет тенденцию к снижению – с 2,2‰ до 1,8‰ (темп убыли -18,2%). Показатель поздней неонатальной смертности за изучаемый период увеличился с 1,1‰ до 1,5‰ (темп роста +36,4%). Полученные показатели неонатальной смертности выступают резервом, за счет которого необходимо продолжать снижать младенческую смертность.

Оценка поснеонатального компонента отражает негативные изменения показателя: удельный вес детей, умерших в возрасте от 28 до 365 дней в структуре младенческой смертности составляет до 48%. В динамике показатель увеличивается на 10,0% (с 4,0‰ в 2012 г. до 4,4‰ в 2018 г.). В структуре причин 1 место занимает смертность от несчастных случаев, последствий внешних причин, синдрома внезапной смерти, 2 место – от перинатальных причин, 3 место – прочие заболевания и внутриутробные аномалии развития. Необходимо отметить, что 66% детей умирают в период от 1 до 3 месяцев, 19% – от 4 до 6 месяцев, 13% – в возрасте 7-9 месяцев, 2% – 10-12 месяцев. Постнеонатальный период характеризуется преобладанием в структуре смертности сложноуправляемых факторов, зависящих от уровня социально-экономического благополучия семьи, ее материального достатка, уровня правовой культуры законных представителей ребенка. Наряду с отрицательными социально-экономическими причинами, немаловажную роль имеют такие факторы, как: ограниченная доступность первичной медико-санитарной помощи детскому населению, недостаточная эффективность медико-социальной помощи семьям, а также нарушения междисциплинарного и межведомственного взаимодействия структурных подразделений службы охраны материнства и детства, что требует привлечения административных ресурсов в принятии организационно-управленческих решений.

Для объективной характеристики репродуктивных потерь в Забайкальском крае рассмотрены показатели пренатальных потерь и искусственных абортов, уровень изменения которых в динамике позволил оценить эффективность мероприятий,

направленных на сохранение репродуктивного здоровья населения. Необходимо отметить, что за исследуемый период в регионе отмечается высокая распространенность аборт. Так, в 2012 г. уровень абортов составил 34,8 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2018 г. – 23,6 на 1000 женщин фертильного возраста, несмотря на то, что в динамике показатель снижается на 32,2%, он остается выше общероссийского на 31,8% (в РФ в 2017 г. – 17,9 на 1000 женщин фертильного возраста). В структуре абортов преобладают искусственные аборты (61,2%), на долю самопроизвольных приходится 22,2%, по медицинским показаниям – 2,0%, криминальные аборты – 0,1%, неуточненные – 3,2%. Представленная структура за изучаемый период не изменяется. Большинство случаев прерывания беременности происходит в период до 12 недель гестации – 94,2%, на сроке 12-21 неделя – 5,8%. Удельный вес первобеременных в структуре абортов составляет 1,1%. Представленные данные свидетельствуют о наличии проблемных зон как в регионе, так и в службе охраны материнства и детства. Высокая распространенность искусственных абортов, как правило, является отражением социально-экономической напряженности и материально-бытовой неудовлетворенности населения. Высокие значения самопроизвольных абортов негативно характеризуют как репродуктивное здоровье женского населения, так и деятельность службы охраны материнства и детства, в части доступности и качества оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «Акушерство и гинекология».

При оценке материнской смертности, как важнейшего индикатора, отражающего доступность, своевременность и качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи, выявлена отрицательная динамика. За период с 2012 по 2018 гг. показатель увеличился на 32,1% с 5,6 на 100 000 родившихся живыми до 7,4 на 100 000 родившихся живыми. В структуре материнской смертности ведущими причинами выступили: в 25% случаев – кровотечения, в 25% – гнойно-септические осложнения, в 25% – преэклампсия; в 25% – экстрагенитальная патология. Отрицательная динамика материнской смертности может свидетельствовать о наличии медико-организационных проблем в системе родовспоможения региона, обусловленные как эндогенными факторами (состояние здоровья женщины, наличие экстрагенитальной патологии), так и экзогенными причинами (дефекты оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»).

Представленные результаты оценки уровня репродуктивных потерь в Забайкальском крае имеют негативную тенденцию изменения, что обусловлено наличием как управляемых, так и неуправляемых причин и требуют необходимости организационно-управленческих

решений, направленных на повышение уровня жизни населения, увеличения уровня доступности и качества медицинской помощи женскому и детскому населению.

Обсуждение. Служба охраны материнства и детства, реализуя приоритетные направления развития системы здравоохранения, должна обеспечивать условия для оказания качественной, безопасной и доступной медицинской помощи женскому и детскому населению. Эффективность деятельности медицинских организаций, обслуживающих данные контингенты населения, обусловлена уровнем ресурсной обеспеченности и организационно-управленческими механизмами. Наличие проблемных зон в системе определяет негативную тенденцию изменения показателей здоровья женского и детского населения. Социально-гигиеническая характеристика показателей деятельности службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае позволила представить объективную оценку состояния акушерско-гинекологической и педиатрической служб, обозначить проблемы медицинского обслуживания женского и детского населения во взаимосвязи с показателями здоровья населения и медико-демографической ситуацией в регионе. Представленная характеристика ресурсной обеспеченности службы охраны материнства и детства в регионе отражает проблемы доступности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи для женского и детского населения и требует координированных и рациональных организационно-управленческих решений, а также межведомственного и междисциплинарного участия служб системы охраны материнства и детства.

Заключение. Комплексный социально-гигиенический анализ показателей эффективности деятельности службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. позволил дать оценку реализуемым направлениям работы и определить проблемные зоны:

- высокий уровень репродуктивных потерь в регионе в долгосрочной перспективе ограничит репродуктивный потенциал населения;
- снижение уровня обращаемости населения в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детскому и женскому населению, свидетельствует об ограниченной доступности ПМСП;
- недостаточная ресурсная обеспеченность и эффективность деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб отражают проблемы организации медицинской помощи женскому и детскому населению, что обуславливает необходимость

совершенствования организационно-управленческих механизмов в системе охраны материнства и детства.

Список литературы

1. Губанова Г.Ш., Максина Т.П. Отражение проблем защиты материнства и детства в российском законодательстве. Сборники конференции НИЦ Социосфера. 2011; 38: 58-63.
2. Ткаченко А. Демографическая ситуация и национальная экономика России в первом десятилетии XXI века. Власть. 2012; 10: 4–9.
3. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здравоохранение Российской Федерации. 2009; 3: 10-13.
4. Баранов А.А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям. Российский педиатрический журнал. 2013; 3: 4-6.
5. Баранов А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению. Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (2): 5-10.
6. Комбарова Е.В. Конституционные основы правового положения несовершеннолетних в РФ. Право. Законодательство. Личность. 2012; 1 (8): 16-21.
7. Байбарина Е.Н. Экспертная оценка качества медицинской помощи как методика перинатального аудита. Проблемы управления здравоохранением. 2011; 1: 22-28.
8. Замиралова Т.А. Охрана материнства и детства как аспект социальной политики. Успехи современной науки. 2017; 3: 12-14.
9. Жданова Л.А. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы. Вестник Ивановской медицинской академии. 2016; 3: 5-13.
10. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России. Социальные аспекты здоровья населения. 2011; 22 (6): 1-8.
11. Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации живорождения. Москва: Изд-во ПедиатрЪ; 2016.

References

1. Gubanova G.SH., Maksina T.P. Reflection of problems of protection of motherhood and childhood in the Russian legislation. *Sborniki konferentsii NITS Sotsiosfera*. 2011; 38: 58-63. (in Russian)
2. Tkachenko A. The demographic situation and the national economy of Russia in the first decade of the 21st century. *Vlast'*. 2012; 10: 4–9. (in Russian)
3. Gerasimenko N.F. Over-mortality of population is the main demographic problem of Russia in the context of European health trends. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2009; 3: 10-13. (in Russian)
4. Baranov A.A. The state, problems and prospects of the organization of medical and social care for children. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013;3: 4-6. (in Russian)
5. Baranov A.A. Multi-level system of medical care for children. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2014; 13 (2): 5-10. (in Russian)
6. Kombarova E.V. Constitutional bases of the legal status of minors in the Russian Federation. *Pravo. Zakonodatel'stvo. Lichnost'*. 2012; 1 (8): 16-21. (in Russian)
7. Baybarina E.N. Expert evaluation of the quality of care as a method of perinatal audit. *Problemy upravleniya zdravookhraneniym*. 2011; 1: 22-28. (in Russian)
8. Zamiralova T.A. Protection of motherhood and childhood as an aspect of social policy. *Uspekhi sovremennoy nauki*. 2017; 3: 12-14. (in Russian)
9. ZHDanova L.A. Scientific research in the field of health of children in various microsocial conditions: history and prospects. *Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii*. 2016; 3: 5-13. (in Russian)
10. Starodubov V.I., Sukhanova L.P., Sychenkov YU.G. Reproductive loss as a medical and social problem of the demographic development of Russia. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2011; 22 (6): 1-8. (in Russian)
11. Al'bitskiy V.YU., Terletskaya R.N. Infant mortality in the Russian Federation in the context of new requirements for the registration of live births. [Mladencheskaya smertnost' v Rossiyskoy Federatsii v usloviyakh novykh trebovaniy k registratsii zhivorozhdeniya]. Moscow: *Izd-vo Pediatr'*; 2016. (in Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Acknowledgments. The study did not have sponsorship

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests

Сведения об авторах

Ходакова Ольга Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 672000, г. Чита, ул. Горького, д.39а, e-mail: hodakova.ov@mail.ru; SPIN-код: 2314-6974, ORCID 0000-0001-8288-939X

Дударева Виктория Андреевна - ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 672000, г. Чита, ул. Горького, д.39а, e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru; SPIN-код: 4000-2792, ORCID 0000-0002-1891-0606

Information about authors

Khodakova Olga Vladimirovna - MD, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care and Health Economics of the Chita State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, 672000, Chita, st. Gorky, d.39a, Russia, e-mail: hodakova.ov@mail.ru; SPIN Code: 2314-6974, ORCID 0000-0001-8288-939X

Dudareva Viktoriya Andreevna - Assistant of the Department of Public Health and Health Care and Health Economics of the Chita State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, 672000, Chita, st. Gorky, d.39a, Russia, e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru; SPIN Code: 4000-2792, ORCID 0000-0002-1891-0606

Статья получена: 14.10.2019 г.
Принята в печать: 24.01.2020 г.