

# ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР И ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ – КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (МУЗ «КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» Г. СУРГУТА ХМАО – ЮГРЫ)

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ  
МУНИЦИПАЛЬНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Лариса Дмитриевна  
Белоцерковцева



Прошло более двух столетий после удивительно-го предвидения М.В. Ломоносова, остающегося актуальным для россиян и сегодня. Демографическую ситуацию в России, сложившуюся на рубеже XX и XXI веков, можно оценить как критическую. В первую очередь это связано с отрицательным приростом населения при низкой рождаемости и высокой общей смертности.

Охрана репродуктивного здоровья должна обеспечиваться на протяжении всей жизни каждого человека. Это означает необходимость вовлечения самого населения в заботу о собственном здоровье с учетом культурных, социальных и экономических условий жизни. Но для воплощения в жизнь концепции всеобъемлющей помощи в области охраны репродуктивного здоровья требуется участие не только самого населения, но и государственных структур. Иными словами, с позиций сегодняшнего дня, репродуктивное здоровье должно рассматриваться как социальная проблема.

Современная демографическая ситуация в России, изменившиеся социально-экономические условия, требуют совершенствования помощи женщинам во время беременности и в родах и их новорожденным детям с целью предотвращения случаев материнской и младенческой смертности, а также снижения заболеваемости новорожденных, профилактики инвалидности с детства.

В связи с разработкой и внедрением Правительством Российской Федерации мероприятий приори-

тетного национального проекта «Здоровье» появились условия для реорганизации акушерской и перинатальной службы с созданием перинатальных центров как головных региональных учреждений в области перинатологии, которые располагают инфраструктурой, необходимой для поддержания современного уровня перинатальной помощи на соответствующей территории. В современных условиях большинство перинатальных центров в Российской Федерации не отвечают третьему, а некоторые и второму уровню медицинской помощи матерям и новорожденным детям.

В соответствии с концепцией перинатального центра, изложенной в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 декабря 2004 года №308, перинатальный центр – это лечебно-профилактическое учреждение для оказания квалифицированной, высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской стационарной помощи в области акушерства и гинекологии, неонатологии, а также амбулаторной консультативно-диагностической и медико-реабилитационной помощи женщинам и детям раннего возраста.

В связи с концепцией перинатальных центров необходима активная помощь государства для приведения в соответствие структуры и функции существующих перинатальных центров вышеуказанным требованиям.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, в состав которого входят административные территории город Surgut и Surgutskiy район, расположен в центральной части Западно-Сибирской равнины и занимает площадь 534,8 тыс. кв. км. В Югре проживает в основном молодой состав населения, что является одним из факторов, влияющих на демографические показатели. Медико-демографическую ситуацию в г. Сургуте на протяжении последних лет можно охарактеризовать как благополучную. Отмечено дальнейшее улучшение демографических показателей: рост рождаемости с 13,4 в 2002 году до 14,7 в 2006 году с темпом прироста за последние 5 лет на 9,7%. Улучшение демографической ситуации в городе в том числе связано и с повышением доступности меди-

Таблица 1

## ФАКТИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В МУЗ «КПЦ» Г. СУРГУТА

	2004	2005	2006	Динамика	
				2004–2005	2005–2006
Всего, тыс. рублей	234014	250053	349554,6	49	40
На 1 жителя в год	4,3	4,1	7,6	77	85
<i>в том числе</i>					
– из бюджета, тыс. рублей	150906 (64,5%)	150588 (60,2%)	203839,9 (58,3%)	35	35
– из средств ОМС, тыс. рублей	71728 (30,6%)	75914 (30,3%)	89423,7 (25,6%)	25	18
– из платных услуг, тыс. рублей	11380 (4,9%)	23551 (9,4%)	30928,6 (8,8%)	172	31
– из приоритетного национального проекта	–	–	25362,4 (7,3%)	–	–

цинской помощи и повышением ее качества, мероприятиями, направленными на планирование семьи с целью сохранения репродуктивного здоровья и рождения желанных детей.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Клинический перинатальный центр» г. Сургута ХМАО – Югры – специализированное учреждение охраны материнства и детства, оказывающее первичную медико-санитарную помощь, специализированную и высокотехнологичную медицинскую амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь населению города Сургута и Сургутского района; обеспечивает население административной территории, на которой проживает 400,764 тыс. человек, в том числе 203,070 тыс. женщин, в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания.

Структура перинатального центра представлена:

- женской консультацией с консультативно-диагностическим блоком;
- акушерским стационаром, имеющим в своем составе: родильное отделение с индивидуальными родильными залами (11) и операционными (2); отделение анестезиологии и реанимации на 12 коек; акушерское физиологическое послеродовое отделение на 80 коек; акушерское наблюдательное отделение на 40 коек, включая изолятор с блоком для ВИЧ-инфицированных; отделение гравитационной хирургии крови на 3 койки; отделение для новорожденных детей на 120 коек; гинекологическое отделение на 40 коек; акушерское отделение патологии беременности на 80 коек; отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных на 6 коек;
- клиничко-диагностическим блоком, имеющим в своем составе: клиничко-диагностическую лабораторию и лабораторию клинической микробиологии; отделение пренатальной диагностики;
- отделом медико-экономической экспертизы и статистики, имеющим в своем составе: органи-

зационно-методический отдел и отдел экспертизы качества медицинской помощи и стандартизации; – административно-хозяйственной частью со вспомогательными службами.

Женская консультация в своем составе имеет два отделения: отделение участковой службы и отделение специализированной медицинской помощи. На базе женской консультации успешно функционирует маммологическая служба, имеется лаборатория клинической эмбриологии, осуществляющая помощь с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий.

В типовом родильном доме располагаются: реанимационно-анестезиологическое отделение, акушерское родильное отделение, акушерское физиологическое отделение, акушерское наблюдательное отделение, неонатологическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденного, гинекологическое отделение, лабораторно-диагностическое отделение и отделение перинатальной диагностики. Отделения родильного дома компьютеризированы и объединены с локальной амбулаторно-поликлинической компьютерной сетью «КПЦ». С 2006 года в работу отделений родильного дома внедрены и отработаны электронные версии ведения истории родов, истории новорожденных, медицинской карты стационарного больного и другой медицинской документации. С 2006 года все отделения Центра оборудованы камерами видеонаблюдения для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Отделение реанимации и интенсивной терапии укомплектовано современной аппаратурой. Длительная респираторная поддержка проводится с использованием сервоventилятора ИВЛ «Puritan 760 Series» фирмы Nellcor puritan Bennett. Данный аппарат ИВЛ обеспечивает множество режимов вентиляции, позволяет полностью управлять параметрами вентиляции, имеет встроенную систему тревог. Совместное применение капнографа и сервоventилятора позволяет проводить безопасную длительную вентиляцию легких.



Таблица 2

**УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ШТАТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
МУЗ «КПЦ» ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ**

	2004	2005	2006	Динамика 2004–2005 годов, %
Всего по ЛПУ	63%	66%	68%	+ 5%
Врачебными кадрами	55%	56%	57,5%	+2,5%
Кадрами средних медицинских работников	62%	65%	66,6%	+4,6%
Коэффициент совместительства				
– врачей	1,8	1,8	1,7	- 0,1%
– средних медицинских работников	1,6	1,5	1,5	- 0,1%

В отделении гравитационной хирургии крови проводятся экстракорпоральные методы детоксикации и эфферентные методы (АУФОК, лечебный плазмаферез, аутоплазмодонорство, гемофильтрация, гемосорбция, интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов). Отделение оснащено современной аппаратурой.

Акушерские отделения имеют звание и работают по принципам ВОЗ ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». В акушерские родильные отделения с конца 2006 года начато внедрение протоколов международного проекта «Мать и дитя» по ведению беременности, родов и послеродового периода (пилотный проект на территории 16 регионов России при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития РФ).

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных укомплектовано в 2006 году современной аппаратурой для реанимации и интенсивной терапии: инкубаторами для интенсивной терапии, трансформируемыми в открытую реанимационную систему «Giraffe Omnibed», прикроватными мониторами пациента, прикроватными пульсоксиметрами-капнографами «CAPNOSTREAM 20», аппаратами ИВЛ 4-го поколения с потоковым триггером и с графическим монитором механики дыхания, аппаратами ИВЛ неонатальными, аппаратами для осцилляторной ИВЛ «Sensor Medics 3100A», оборудованием для терапии оксидом азота: «SensorNOx», системой краниоцеребральной гипотермии «Olympic Medical», цифровым электроэнцефалографическим монитором «NicoletOne brain Monitor ICU», мониторами транскутанного контроля  $pO_2$  и  $pCO_2$  – ТСМ4, переносной ультразвуковой установкой LOGIQ Book XR. В отделении используются современные технологии: раннее (до первого механического вдоха) введение сурфактанта, «традиционная» ИВЛ респираторами 4-го поколения, высокочастотная осцилляторная ИВЛ, терапия оксидом азота, неинвазивная ИВЛ, неинвазивный мониторинг парциального напряжения кислорода и углекислого газа в плазме крови, УЗ методы обследования новорожденных, капнометрия и капнография, ЭЭГ-мониторинг, ин-

вазивный мониторинг АД при тяжелых расстройствах гемодинамики, краниоцеребральная гипотермия.

Гинекологическое отделение укомплектовано современным лапароскопическим и гистероскопическим оборудованием, аппаратом для внутриматочной лазерной абляции эндометрия «Sharplan». В отделении имеется специально оборудованная операционная с аппаратами для толстоигольной биопсии и пункции кистозных образований молочной железы («Маммотест», «Маммотом»). В отделении в 2007 году продолжается работа по внедрению новых видов оперативных вмешательств при патологии тазового дна, продолжается совершенствование оперативных вмешательств при гинекологической патологии с использованием эндоскопической аппаратуры: лапароскопической гистерэктомии с влагалищной поддержкой, влагалищной гистерэктомии, пластических операциях на влагалище и промежности, операциях по хирургии тазового дна с использованием синтетических материалов (проленовой сетки), операциях TVT, TOT. В 2006 году в работу отделения внедрены система «Prolift» для реконструкции тазового дна. Продолжено активное внедрение биполярной гистерорезектоскопии «Versapoint», нового вида энергии (аппарат Лигашу) при выполнении хирургических вмешательств. Проводятся оперативные вмешательства при доброкачественных образованиях молочной железы.

В отделении пренатальной диагностики имеется современная ультразвуковая аппаратура, в том числе УЗИ аппарат экспертного класса «Voluson» с двухмерным и трехмерным изображением, с комплектом датчиков для ЦДК. В работу отделения внедрена и продолжает совершенствоваться расширенная программа антенатальной диагностики состояния плода (расширенная доплерометрия плодового кровотока, БФП). В отделении ведет прием медицинский генетик.

Перинатальный центр г. Сургута является базой кафедры акушерства и гинекологии Сургутского государственного университета и совместно с сотрудниками кафедры оказывает организационно-методическую помощь специалистам ЛПУ I и II уровня административной тер-



Таблица 3

**ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА РОДОВ, ПРОШЕДШИХ ПО МУЗ «КПЦ»  
Г. СУРГУТА ЗА ПЕРИОД 2002–2006 ГОДОВ**

	2002	2003	2004	2005	2006	Динамика с 2002	По ХМАО, за 2005
Количество родов	5227	5704	5767	5740	5710	+9,2%	19918

Таблица 4

**ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В МУЗ «КПЦ»  
В ДИНАМИКЕ ЗА 2002–2006 ГОДЫ**

	2002	2003	2004	2005	2006	По ХМАО за 2005
Материнская смертность на 100 000 родившихся живыми		– 17,4 (1 сл.)*		– 34,7 (2 сл.)*	–	30,0 (6 сл.)

\*По 1 случаю материнской смертности в 2003, 2005 годах – у гражданок иностранных государств, не зарегистрированных в г. Сургуте и Сургутском районе.

Таблица 5

**ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО Г. СУРГУТУ,  
ПО ДАННЫМ МУЗ «КПЦ» НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ И МЕРТВЫМИ**

	2004	2005	2006	По ХМАО за 2005
Перинатальная смертность	6,0‰	6,3‰	8,1‰	5,9
Мертворождаемость	3,9‰	3,6‰	3,2‰	–
Ранняя неонатальная смертность	2,0‰	2,6‰	6,5‰	–

ритории, занимается формированием единых стандартов оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи, проводит клинико-экспертную работу по оценке и контролю качества медицинской помощи.

В клиническом перинатальном центре активно функционируют:

- врачебная комиссия по экспертизе случаев перинатальной смертности;
- врачебная комиссия по разбору сложных клинических случаев;
- пренатальный консилиум;
- ультразвуковой консилиум;
- маммологический консилиум;
- специализированные приемы по отбору больных на оперативное лечение в отделения МУЗ «КПЦ».

Сотрудники перинатального центра участвуют в реализации приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения: «Родовый сертификат», «Дополнительная диспансеризация граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях», «Дополнительная оплата амбулаторно-поликлинической по-

мощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы ОМС ХМАО – Югры».

Реализация всего комплекса мероприятий по оказанию качественной первичной и специализированной помощи, приоритетных национальных проектов стала возможной при финансовой поддержке всех уровней консолидированного бюджета, росте числа квалифицированных кадров, интеграции практической медицины с наукой, внедрении опыта работы ведущих клиник России, тесном сотрудничестве практических врачей с кафедрой акушерства и гинекологии СурГУ.

В 2006 году произошло изменение структуры доходов и расходов учреждения:

- средства бюджета снизились на 1,9% по сравнению с 2005 годом, но по-прежнему составляют большую долю – 58,3%;
- средства ОМС снизились на 4,7%, составляют 25,6%;
- платные услуги снизились на 0,6%, составляют 8,8%;
- средства ПНП составляют 7,3%.



За последние 3 года коэффициент текучести кадров снизился с 27,4 до 14,1% в 2006 году. Весь медицинский персонал среднего и высшего звена проходит усовершенствование каждые 5 лет, квалификационные категории в 2006 году имеют 58,3% врачебного персонала и 56,3% медицинских работников со средним медицинским образованием. За последние 3 года в структуре уровня квалификации кадров на 18,6% вырос удельный вес работников, имеющих высшую квалификационную категорию.

В 2006 году 30 работников учреждения награждены государственными наградами, ведомственными наградами Минздравсоцразвития России, наградами автономного округа и других ведомств. Один работник отмечен почетным знаком «Отличник здравоохранения».

С позиций современного перинатального акушерства для профилактики перинатальной и младенческой смертности, снижения заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни в нашем учреждении используются современные технологии:

- подготовка семейных пар к беременности (партнерские роды – важно присутствие близкого человека при рождении ребенка);
- соблюдение стандартов пренатальной диагностики со смещением сроков ультразвукового обследования до 12, 22 и 32 недель беременности;
- соблюдение алгоритма обследования на пренатальные инфекции с проведением профилактики внутриутробной инфекции в группах риска;
- разработка алгоритма ведения беременной женщины в условиях акушерско-терапевтско-педиатрического комплекса;
- активная пропаганда здорового образа жизни с сохранением репродуктивного здоровья и проведение мероприятий по профилактике абортов с предпочтением ВМК гормональной контрацепции;
- совершенствование и активное внедрение стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий;
- рациональное ведение родов, предусматривающее эффективное вмешательство в тех случаях, когда есть реальная угроза здоровью и жизни, и невмешательство в физиологически протекающие роды;
- ранний и неограниченный контакт матери и новорожденного на всех этапах, осуществление контакта «кожа – к коже» прямо в родильном зале;
- грудное вскармливание и работа по принципам «Больница, доброжелательная к ребенку»;
- отказ от лечебных и диагностических методик, необходимость которых сомнительна;
- применение партограммы;
- адекватная антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома;
- правильный выбор тактики ведения осложненных родов, основанный на методах доказательной медицины;
- применение щадящего акушерского пособия в родах;

- применение методов эфферентной терапии и разработка протоколов ведения при критических состояниях в акушерской практике;
- своевременность и качество оказания экстренной медицинской помощи новорожденному, особенно – эффективная первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале в первые минуты жизни;
- применение методов профилактики внутрибольничных инфекций, основанных на научных доказательствах;
- стандартизация лечебно-диагностических мероприятий, единый подход и преемственность в работе, создание и внедрение единых протоколов ведения, доступность и обмен достоверной информацией;
- проведение перинатального аудита;
- расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая участие в диспансеризации детей, максимальный охват новорожденных обследованием на наследственные заболевания;
- внедрение телекоммуникационных технологий;
- разработка системы контроля за качеством помощи женщине и новорожденному;
- постоянное повышение квалификации кадров, развитие последипломного образования.

Одной из важнейших задач, стоящих перед медицинским персоналом, является обеспечение благоприятного исхода родов для матери и плода – рождение здорового ребенка при сохранении здоровья матери. Ранняя постановка женщины на учет по беременности, определение группы высокого риска у беременной, качественное оказание медицинской помощи данному контингенту беременных позволяют избежать неблагоприятного исхода родов.

При высоком уровне числа женщин, поступивших под наблюдение женских консультаций города Сургута (в 2006 году – 4630), удельный вес вставших на учет в сроке до 12 недель беременности за последние три года возрос на 27,8% и составил 88,3%. Своевременная ранняя постановка на учет позволила полностью выполнить стандарты диспансеризации по беременности, своевременно провести пренатальную диагностику ВПР. В связи с проводимыми мероприятиями показатель заболеваемости беременных снизился с 19351,0 в 2004 году до 14306,6 на 10000 закончивших беременность в 2006 году, однако он остается выше показателей заболеваемости в Российской Федерации. В структуре заболеваемости беременных на первом месте стоят анемии (29,4%), на втором – гестозы (24,1%), на третьем – заболевания мочеполовой системы (23,5%). На уровень заболеваемости беременных, конечно же, влияют условия жизни в неблагоприятных климатических условиях, приравненных к условиям Крайнего Севера, с низким качеством пищевых продуктов, с недостаточным уровнем витаминов, при наличии йодной эндемии и т.д., которые являются факторами, способствующими развитию высокого уровня заболеваемости и осложнений беременности.



ти на нашей территории. Эти негативные условия могут являться и причиной повышенного уровня спорадической и наследственной патологии плода и новорожденного, которые могут повлиять на его заболеваемость, смертность и качество жизни.

С момента издания приказа МЗ РФ от 10.09.1998 года №268 «О мониторинге врожденных пороков развития» было установлено, что уровень врожденных пороков развития (ВПР) на территории округа соответствует показателю 17,45 на 1000 новорожденных. В динамике за 3 года по ХМАО – Югре отмечается увеличение количества ВПР за счет пороков сердечно-сосудистой системы в 2,9 раза. В структуре ВПР на 1-м месте стоят пороки сердечно-сосудистой системы (ВПС) (популяционная частота – 6,03‰), на 2-м месте – пороки костно-мышечной системы (популяционная частота – 2,29‰), на 3-м – прочие пороки (популяционная частота – 2,05‰). Становится понятной необходимость широкого охвата и качественного проведения пренатальной диагностики во время беременности.

В женских консультациях активно проводятся мероприятия по пренатальной диагностике врожденных пороков развития. Из состоявших на учете в женской консультации по беременности 99,2% женщин было охвачено ультразвуковым обследованием 1-го уровня, патология выявлена у 6,5% женщин; биохимический скрининг проведен 85% беременных, патология выявлена у 33,1% женщин, генетиком консультировано 27% беременных, пренатальное кариотипирование проведено 2,3% женщин. Беременности прерваны по поводу аномалий развития у плода у 27 женщин (0,67% от общего числа закончивших беременность).

В лечебно-профилактических учреждениях города активно проводится пропаганда здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья, профилактики аборт. Результатом проводимых мероприятий явилось снижение показателя абортов на 25,6% (с 42,6 в 2004 году до 31,7 на 1000 женщин фертильного возраста в 2006 году).

В 2006 году на 100 родившихся детей в городе приходилось 70,3 аборта, в 2004 году – 93,3 аборта.

Женские консультации города Сургута проводят работу по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний женской половой сферы. В структуре онкологических заболеваний в женской популяции города с впервые установленным в жизни диагнозом злокачественные новообразования молочной железы составляют 16,7%, шейки матки – 4,6%, яичников – 3,3%, тела матки – 3,0%. С впервые установленным диагнозом злокачественное новообразование 1 и 2-я стадия заболевания выявлена: при заболевании молочной железы у 69% пациенток; при заболевании шейки матки – у 78%; при заболевании тела матки – у 100%; при заболевании яичников – у 40%.

Повышение доступности помощи беременным (разукрупнение акушерско-гинекологических участков, рост укомплектованности первичного звена врачами-акушерами-гинекологами и акушерками), увеличение раннего охвата беременных медицинской помощью повлияли не только на показатель заболеваемости бе-

ременных, но и на заболеваемость и осложнения в родах и послеродовом периоде.

На протяжении последних 5 лет количество родов в МУЗ «КПЦ» превышает уровень 5000 и сохраняет стабильно высоким.

Материнская и перинатальная смертность – один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений.

В 2006 году случаев материнской смертности на территории зарегистрировано не было. За последние 5 лет не было случаев материнской смертности от управляемых причин.

Одной из причин снижения материнской смертности от кровотечений в дородовом и послеродовом периоде, гестозов тяжелой степени, гнойно-септических осложнений с развитием синдрома полиорганной недостаточности была разработка и внедрение алгоритмов ведения пациенток при критических состояниях в акушерстве с использованием эфферентных методов лечения при адекватной трансфузионной поддержке. В 2006 году отделением гравитационной хирургии крови заготовлено 53400 мл аутоплазмы, при аппаратной интраоперационной реинфузии аутокрови заготовлено и перелито 43500 мл аутоэритроцитов. Использование новейших технологий и медицинской техники способствует также сокращению введения компонентов донорской крови, предотвращению развития пострасфузионных осложнений, что в совокупности улучшает качество оказания стационарной помощи беременным, роженицам и новорожденным.

За последние 5 лет количество нормальных родов увеличилось на 8% и составило в 2006 году 28,3%.

За последние 3 года отмечено снижение уровня преждевременных родов на 15,6% – до 2,7% в 2006 году, запоздалых родов на 23% – 7,0% в 2006 году, что, по-видимому, связано с повышением ответственности женщин за собственную беременность и увеличением удельного веса женщин, рано явившихся на учет по беременности.

За счет внедрения новых технологий ведения родов заболеваемость женщин в родах и послеродовом периоде также имеет тенденцию к снижению. За последние 3 года данный показатель снизился на 21,8% с 18250,5 в 2004 году до 14278,5 на 10000 закончивших беременность родами в 2006 году.

За последние 3 года на 11,7% увеличилось количество родов у ВИЧ-инфицированных. В 2006 году 88,2% беременных с ВИЧ-инфекцией получили химиопрофилактику во время беременности и 100% в родах.

В предыдущем году путем операции кесарева сечения в Клиническом перинатальном центре родоразрешено 24,2% женщин. Рост данного показателя за последние годы связан с концентрацией женщин высокой группы риска, поступающих на родоразрешение в Клинический перинатальный центр. Это пациентки с рубцом на матке, крупными размерами плода (16%), с анатомически узкими тазами (коренное население – ханты и манси), с перенесенной беременностью, ВИЧ-инфицированные, с высоким уровнем вирусной нагрузки, женщины с сочетанием серьезной акушерской, гинекологической (бесплодие, ЭКО) и соматической патологии.



Показатель перинатальной смертности по г. Сургуту в 2006 году с учетом всех зарегистрированных в ЗАГСе составил 8,1%, в том числе мертворождаемость – 3,2%, ранняя неонатальная смертность – 6,5%. В структуре мертворождаемости антенатальная гибель плода составила 72,1%. На показатель перинатальной и младенческой смертности на территории заметно влияет высокая миграция населения. В 2006 году показатель перинатальной смертности по городу без учета иногородних женщин составил 6,5% (в 2005 году – 6,3%).

Структура перинатальной смертности не отличается от таковой в Российской Федерации: первое место занимает внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, на втором месте – инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, на третьем – врожденные anomalies развития. В структуре врожденных пороков развития, явившихся причиной ранней неонатальной смертности, врожденные пороки сердца занимают ведущие позиции (75%). Показатель перинатальной смертности от ВПС составил в 2006 году 1,6%. Высокий показатель перинатальной смертности от ВПС в г. Сургуте связан с несвоевременным выявлением ВПС на этапе пренатальной диагностики и низким уровнем кардиохирургической помощи новорожденным на административной территории.

В структуре заболеваемости новорожденных: первое место составляет внутриутробная гипоксия и ас-

фиксия в родах, второе – неонатальная желтуха, на третьем месте – замедление роста и недостаточность питания, на четвертом месте – инфекции, специфичные для перинатального периода.

В 2006 году начаты мероприятия по совершенствованию работы отделения ОРИТН в составе МУЗ «КПЦ». Финансирование запланировано в рамках пролонгированной программы «Безопасное материнство». Городской Думой г. Сургута для реализации данной программы выделены финансовые ресурсы в объеме 36 млн. рублей.

Таким образом, внедрение в систему акушерско-гинекологической и неонатологической служб новых организационных технологий – перинатальных центров – при достаточном уровне финансирования направлено на повышение структурной эффективности здравоохранения в части оказания помощи матери и ребенку. Создание перинатальных центров в регионах должно проводиться в комплексе медико-организационных мероприятий, направленных на реорганизацию акушерско-гинекологической и неонатальной помощи на административной территории в целом. Данные мероприятия совместно с увеличением уровня социальных гарантий государства позволят повысить рождаемость, снизить материнскую и младенческую заболеваемость и смертность до уровня высокоразвитых экономических стран.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ  
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО КЛИНИКО-  
ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ МУЗ «КПЦ»,  
ГЛАВНОГО АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА КОМИТЕТА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ  
ГОРОДА СУРГУТА  
А.Э. Каспаровой