

Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?

ЧАСТЬ 1



■ **Агапова Ю.В.**

Акушерка, руководитель специализированной секции «Акушерское дело» РАМС, руководитель СПб регионального отделения РАМС, заведующий кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства с курсом сестринского дела и клинической акушерской практики Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева

Данная тема настолько объемна и многогранна, что вместить ее в одну журнальную статью не представляется возможным (прим. автора)

«... для сохранения и укрепления репродуктивного потенциала страны необходимо три главных условия: здоровье, прежде всего репродуктивной сферы, социальное благополучие и должное качество службы родовспоможения, обеспечивающей женщине нормальное течение беременности и безопасное родоразрешение...»

акад. РАМН д.м.н. Стародубов В.И., д.м.н. Суханова Л.П.

«Репродуктивные проблемы демографического развития России» (2012)

На первый взгляд – ну какая связь может быть между демографической ситуацией в стране и тем, что и как на своем рабочем месте делает акушерка?

Однако эпиграф к статье наводит на первые мысли – связь должна быть,

THE LANCET

June, 2014

www.thelancet.com

Midwifery

An Executive Summary for *The Lancet's* Series



“Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries”

раз речь идет о репродуктивном здоровье и безопасном родоразрешении.

Начнем с самого начала. Что такое «демография»? «Демография» производное двух греческих слов: demos – народ и grapho – изображать, писать, то есть это наука, описывающая население (различные совокупности людей, объединенные регионом проживания). Это наука, в сферу интересов которой входит множество направлений. Один из разделов демографии –

медицинская демография – изучает вопросы, характеризующие естественное движение населения: рождаемость, смертность, естественный прирост. Эти цифры дополняют показателями плодовитости, перинатальной и материнской смертности, а также младенческой смертности. Как вы видите, уточняющие показатели, учитываемые при оценке демографической ситуации, являются также и показателями качества и уровня организации

акушерско-гинекологической помощи.

7 мая 2018 года Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным был подписан Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». В данном документе правительству, среди прочих задач, вменялось достичь увеличения суммарного коэффициента рождаемости до 1,7.

Этот коэффициент характеризует уровень рождаемости в целом и входит в число показателей, ежегодно рассчитываемых по данным текущей статистики. Эти цифры показывают, сколько в среднем родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (т.е. от 15 до 50 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычисляется показатель.

Для воспроизводства населения, при котором численность от поколения к поколению не меняется, суммарный коэффициент должен быть равен 2,1. Если коэффициент ниже и, тем более, существенно ниже рубежа 2,1, то замещения поколений происходить не будет и численность населения от поколения к поколению будет сокращаться. На рисунке 1 представлены показатели суммарного коэффициента рождаемости за 2015–2019 годы в сравнении с необходимым уровнем.

Как вы видите, коэффициент за последние годы не достигает значений, необходимых для воспроизводства населения в стране. К сожалению, проблема низкой рождаемости относится



Рис. 1.

к числу основных, острейших демографических проблем. При такой демографической ситуации многократно возрастает социальная ценность каждой беременности, каждых родов.

Давайте вернемся к более привычному для специалистов, работающих в системе оказания акушерской помощи, показателю – поговорим о материнской смертности и о том, какие факторы на нее влияют?

Наиболее низкий уровень материнской смертности (1–2 на 100 тыс. живорожденных) отмечается в таких странах, как Канада, Бельгия, Дания, Швейцария, Швеция, Израиль. В ОАЭ, Омане, Катаре, Йемене этот показатель составляет 4–12 на 100 тыс. живорожденных. В России показатель материнской смертности в 2019 году составил 9,0 на 100 тыс. живорожденных. Несмотря на то, что в последние годы в Российской Федерации отмечается постоянное снижение числа материнских смертей, данный показатель остается достаточно высоким для Европейского региона и большинства развитых стран мира (статистические данные представлены в табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей материнской смертности в России, 2015–2019 гг.

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019
Материнская смертность (на 100 000 живорожденных)	10,1	10,0	8,8	9,1	9,0
Материнская смертность (всего человек)	196	188	149	146	136

По данным Росстата в структуре материнской смертности в России в 2019 году (среди управляемых причин) отмечают: от акушерской эмболии погибли 18 женщин; от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты – 9 женщин; от кровотечений в родах и послеродовом периоде – 6. Также к управляемым причинам относят материнскую смертность от сепсиса во время родов и в послеродо-

вом периоде – в 2019 году по этой причине погибли 8 женщин. В пятерку лидеров в структуре материнской смертности входит также гибель женщин от разрыва матки до начала родов и во время родов – 5 женщин.

Одним из основных факторов риска возникновения всех перечисленных выше причин смертей является наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., 2015; Радзинский В.Е., 2017).

На сегодняшний день в мире отмечается устойчивая тенденция роста проводимых операций. В своей монографии «Акушерская агрессия» д.м.н., профессор Виктор Евсеевич Радзинский писал: «...Каждую минуту в мире происходит 50 операций кесарева сечения...». Например, частота операций в Болгарии, Дании, Норвегии составляет менее 15% от общего числа родов, а в Чили, Мексике, Таиланде, Бразилии более 30%. В России частота кесаревых сечений значительно отличается в зависимости от региона и составляет, например, в Москве 26,3%, в Санкт-Петербурге 24,3% (от 2% до 30% и более), в Ивановской области 35,6%, в Севастополе 18,1%, в Ярославской области 12,6%, в Республике Ингушетия 17,9% (Радзинский В.Е., 2017; Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., 2015; Савельев Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., 2015).

Проведение операции кесарева сечения, как вы знаете, сопряжено с некоторым числом возможных осложнений как во время операции, так и после нее. К интраоперационным осложнениям относят ранения близлежащих органов, септические и тромбэмболические состояния. Риск возникновения осложнений при операции кесарева сечения также возникает в связи с оказываемым анестезиологическим пособием.

Например, послеоперационный сепсис в России в 2019 году занимает в структуре материнской смерти, как было сказано ранее, 4 место (Росстат (таб. демо 24–2), Радзинский В.Е., 2017). В послеоперационном периоде частота развития сепсиса и перитонита в 5 раз выше, чем после родов через естественные родовые пути. Последующие же (после предыдущего кесарева сечения) беременности и роды

могут осложняться предлежанием или вращением плаценты, разрывом матки во время беременности или родов. В большинстве случаев беременности с рубцом на матке заканчиваются повторным оперативным родоразрешением, что увеличивает риски возникновения осложнений. Так система родовспоможения попадает в замкнутый круг: чем больше мы оперируем, тем выше риски и тем больше операций.

Таким образом, широкая распространенность операции кесарева сечения, возможность возникновения осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, высокая степень рисков в течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке, снижение репродуктивного потенциала у прооперированной женщины придают данной проблеме социальный окрас. Социализация проблемы происходит не только за счет дополнительной финансовой нагрузки на систему оказания акушерско-гинекологической помощи, но и за счет снижения репродуктивного потенциала женщины с рубцом на матке.

При чем же здесь именно акушерка?

В 2014 году в журнале The Lancet вышла серия статей, посвященных роли

акушерок в оказании качественной акушерской помощи, снижении материнской и младенческой смертности, а также снижении числа необоснованных медицинских вмешательств в течение беременности, родов и послеродового периода (The Lancet. Том 384, Выпуск 9948, П1129–1145, 20 сентября 2014 г. Акушерство

и качественная помощь: результаты новой научно обоснованной системы помощи матерям и новорожденным). Например, исследования, проведенные в Бразилии и Китае, доказали, что укрепление роли акушерок в структуре акушерской помощи способствует снижению ненужных вмешательств, заболеваемости и смертности матерей и новорожденных (Sandall J., Devane D., Soltani N., 2010; Lu X., 2012; Pan A., Cheung N.F., 2011). В акушерском отделении в Китае отмечали значительное сокращение числа проводимых кесаревых сечений и других медицинских вмешательств (Чунг Н.Ф., Мандер Р., Ван Х., Чжу Дж., 2009), что подтолкнуло правительство Китая к увеличению числа отделений, работающих под руководством акушерок.

Приведенные в статьях исследования позволили доказать и убедительно продемонстрировать, что обученные

акушерки, владеющие базовыми и специализированными навыками, регулярно укрепляющие и/или повышающие свои профессиональные компетенции, максимально включенные в командную работу родовспомогательных учреждений, оказывают выраженное положительное влияние на перинатальный результат и удовлетворенность женщин в процессе оказания акушерско-гинекологической помощи, т.е. на повышение качества медицинской помощи (Sandall J., Soltani N., Devane D., 2013).

Конечно, не только количество родов путем операции кесарева сечения имеет долгосрочный медицинский и социальный эффект. Это может быть и перинеальное травмирование, это и использование неэффективных (не разрешенных) методов – например, прием Кристеллера. Сюда же можно отнести и отказ от использования эффективных практик и коммуникаций при оказании акушерской помощи. Об этом и многом другом мы поговорим на страницах «Вестника» в следующей раз.

Какой след («медицинский» и «человеческий») в жизни женщины и новорожденного мы оставим, как она будет вспоминать время, проведенное в стенах родовспомогательного учреждения, придет ли она к нам еще раз – вот вопросы, которые мы должны задавать себе, оказывая акушерскую помощь. Ведь, как оказалось, «в руках акушерки – будущее» – не только конкретной женщины и ребенка, но и страны.

Какой след («медицинский» и «человеческий») в жизни женщины и новорожденного мы оставим, как она будет вспоминать время, проведенное в стенах родовспомогательного учреждения, придет ли она к нам еще раз – вот вопросы, которые мы должны задавать себе, оказывая акушерскую помощь.

