

Реформы здравоохранения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

**Борисова М. В.¹, Еникеева Д. Р.¹, Фазлыева Э. А.², Елхова Е. А.³, Шарафутдинова Н. Х.¹, Мухамадеева О. Р.¹,
Шарафутдинова Л. А.⁴, Киньябулатов А. У.¹**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450008, г. Уфа;

²ООО «Центр медицинских технологий», 450078, г. Уфа;

³ГКУЗ РБ «Медицинский информационно-аналитический центр», 450057, г. Уфа;

⁴ООО «Клиника Фомина», 450078, г. Уфа

Охрана здоровья женщин репродуктивного возраста относится к приоритетным направлениям государственной политики. Немаловажную роль в охране репродуктивного здоровья женщин имеет совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. В Республике Башкортостан за период исследования (2017—2021) на 3,9% снизилась численность женщин фертильного возраста, что стало одной из причин снижения уровня рождаемости с 12,1 до 9,8‰. При этом уровень материнской смертности вырос в 8,9 раза (с 4,1 до 36,8 на 100 тыс. детей, родившихся живыми). Из 37 775 закончивших беременность женщин в 2021 г. 99,3% были осмотрены терапевтом, только 92,2% прошли такой осмотр до 12 нед беременности. При сроке беременности 11—14 нед было проведено ультразвуковое исследование плода с определением материнских сывороточных маркеров 91,3% беременных, при сроке беременности 19—21 нед — 94,4% беременных. Среди беременных несколько возросла частота заболеваний и патологических состояний, предшествовавших беременности или возникших во время нее: отмечен рост заболеваемости анемией, болезнями эндокринной системы, в том числе сахарным диабетом. Ухудшение отдельных показателей организации медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология» произошло в период эпидемии COVID-19. Внедрение трехуровневой системы организации медицинской помощи привело к значительному уменьшению больничных коек акушерско-гинекологического профиля.

Ключевые слова: женщины; диспансерное наблюдение; беременность; роды; младенческая и материнская смертность; заболеваемость.

Для цитирования: Борисова М. В., Еникеева Д. Р., Фазлыева Э. А., Елхова Е. А., Шарафутдинова Н. Х., Мухамадеева О. Р., Шарафутдинова Л. А., Киньябулатов А. У. Некоторые аспекты организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в Республике Башкортостан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(4):613—618. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-613-618>

Для корреспонденции: Борисова Марина Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: marina.borisova68@yandex.ru

**Borisova M. V.¹, Enikeeva D. R.¹, Fazlyeva E. A.², Elkhova E. A.³, Sharafutdinova N. H.¹, Mukhamadeeva O. R.¹,
Sharafutdinova L. A.⁴, Kinjabulov A. U.¹**

THE CERTAIN ASPECTS OF ORGANIZATION OF MEDICAL CARE OF WOMEN IN PERIOD OF PREGNANCY AND DELIVERY IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University” of Minzdrav of Russia, 450008, Ufa, Russia;

²The Society with Limited Liability “The Center of Medical Technologies”, 450078, Ufa, Russia;

³The State Public Institution of the Republic of Bashkortostan “The Medical Informational Analytical Center”, 450008, Ufa, Russia;

⁴The Society with Limited Liability “The Fomin Clinic”, 450078, Ufa, Russia

Health protection of women of reproductive age is a priority direction of state policy. In protection of reproductive health of women no small importance is played by development of organization of primary medical sanitary care and specialized medical care of women during pregnancy and delivery. The study was carried out in the Republic of Bashkortostan and covered period of 2017—2021. It was established that the number of women of fertility age decreased up to 3.9% that became one of causes of reduction of birth rate from 12.1‰ to 9.8‰ respectively. At that, the level of maternal mortality increased up to 8.9 times (from 4.1 to 36.8 per 100,000 born alive). In 2021, out of 37,775 women who completed their pregnancy, 99.3% were examined by therapist and only 92.2% passed such an examination prior to 12 weeks of their pregnancy. On the gestation period of 11—14 weeks, 91.3% of pregnant women were subjected to ultrasound examination of fetus with detection of maternal serum markers and 94.4% of pregnant women were examined at the 19—21 weeks of pregnancy. Among pregnant women, rate of diseases and pathological conditions that preceded or developed during pregnancy slightly increased. Increasing of morbidity of anemia, diseases of endocrine system, including diabetes mellitus, was noted. The deterioration of particular indicators of organization of medical care of women according to profile “obstetrics and gynecology” occurred during period of COVID-19 pandemic. The implementation of three-level system of organization of medical care resulted in significant reduction of number of obstetric and gynecological hospital beds.

Keywords: women; dispensary observation; pregnancy; delivery; infant and maternal mortality; morbidity.

For citation: Borisova M. V., Enikeeva D. R., Fazlyeva E. A., Elkhova E. A., Sharafutdinova N. H., Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinova L. A., Kinjabulov A. U. The certain aspects of organization of medical care of women in period of pregnan-

cy and delivery in the Republic of Bashkortostan. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(4):613–618 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-613-618>

For correspondence: Borisova M. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care Organization with the Course of Institute of Additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University”. e-mail: marina.borisova68@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 11.01.2023

Accepted 13.03.2023

Введение

К приоритетным направлениям государственной политики в области народонаселения относится улучшение состояния здоровья населения, стабилизация рождаемости и укрепление семейных отношений, что закреплено в концепции демографической политики Российской Федерации (РФ) до 2025 г., утвержденной Правительством РФ в 2021 г.

В настоящее время в РФ наблюдается снижение показателей рождаемости и увеличение показателей заболеваемости населения, в том числе женского, что обуславливает особое внимание к здоровью женщин фертильного возраста, являющихся репродуктивным потенциалом страны, здоровье которых является ее достоянием [1, 2].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов [3]. Основные исследования, направленные на оценку медико-социальных аспектов формирования репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, особенностей состояния их здоровья, причин ухудшения репродуктивного здоровья и разработку мероприятий по улучшению репродуктивного здоровья, отражены в современных исследованиях [4–7]. Несмотря на изученность проблемы, актуальность ее определяется государственными задачами усиления демографической политики, возрастанием в современных условиях превентивного направления в здравоохранении, особенно в акушерско-гинекологической службе. В настоящее время охрана репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста основана на дальнейшем развитии и совершенствовании профилактического направления в здравоохранении, а также приоритетном развитии первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов [8, 9].

Цель работы — оценить показатели первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в Республике Башкортостан.

Материалы и методы

Материалами исследования послужили официальные статистические материалы государственного казенного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Медицинский информационно-

аналитический центр» (ГКУЗ РБ МИАЦ) и отчеты женских консультаций и родильных домов (форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»). Характеристика организации первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов дана по результатам диспансерного наблюдения за беременными, состоянием их здоровья, по исходам беременности и родов. Также оценены показатели здоровья новорожденных, мертворождаемости в зависимости от срока беременности и массы ребенка при рождении в период 2017–2021 гг. Статистическая обработка материалов исследования и их анализ проведены с использованием абсолютных значений и относительных величин. Использованы коэффициенты достоверности (t , χ^2) и корреляционной зависимости (ρ).

Результаты исследования

Анализ демографических показателей свидетельствует, что за последние 5 лет численность женщин фертильного возраста и их удельный вес в общей численности населения республики снизились (табл. 1). Так, в 2021 г. численность населения Республики Башкортостан составила 4 013 800 человек, из них женского населения — 2 132 100. В составе женского населения доля женщин фертильного возраста составила 22,8%.

В настоящее время в Республике Башкортостан сложилась демографическая ситуация, характеризующаяся естественной убылью населения в сочетании с низкой рождаемостью [10, 11]. В динамике за 2017–2021 гг. естественная убыль населения РБ увеличилась в 22,7 раза (с $-0,3\%$ в 2017 г. до $-6,8\%$ в 2021 г.), уровень рождаемости снизился на 19% (с 12,1 до 9,8‰ соответственно).

Показателями, характеризующими как репродуктивное здоровье женщины, так уровень социально-экономического благополучия в регионе, являются младенческая и материнская смертность. Также эти показатели могут служить критерием оценки качества педиатрической службы и службы родовспоможения, деятельности здравоохранения в целом. За изучаемый период наблюдалась более благоприятная тенденция по показателю младенческой смертности, который снизился с 7‰ в 2017 г. до 5,6‰ в 2021 г. В то же время уровень материнской смертности вырос в 8,9 раза (с 4,1 случая до 36,8 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми). В 2021 г. 14 женщин умерли от причин, связанных с

Реформы здравоохранения

Таблица 1

Динамика основных демографических показателей Республики Башкортостан за 2017—2021 гг.

Показатель	Год				
	2017	2018	2019	2020	2021
Численность населения, тыс.	4067,0	4063,3	4051,0	4038,1	4013,8
Численность женского населения, тыс.	2161,8	2157,8	2151,6	2144,8	2132,1
Из них женщин фертильного возраста (15—49 лет), тыс.	954,4	944,5	934,2	926,0	917,0
Рождаемость, ‰	12,1	11,6	10,4	10,2	9,8
Общая смертность, ‰	12,4	12,4	12,1	14,9	16,6
Естественный прирост/убыль, ‰	−0,3	−0,8	−1,8	−4,7	−6,8
Младенческая смертность, ‰	7,0	5,2	6,0	5,7	5,6
Материнская смертность, ‰	4,1	8,5	7,2	17,0	36,8

беременностью, родами и послеродовым периодом, из которых в 9 случаях причиной материнской смертности был COVID-19. Увеличение материнской смертности в данный период от других причин можно связать со снижением уровня оказания медицинской помощи, связанной с эпидемиологической ситуацией (табл. 1).

В республике медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам оказывается Республиканским перинатальным центром, Республиканской клинической больницей, 8 межрайонными перинатальными центрами, 35 женскими консультациями, 2097 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). В целом в республике ее оказывает 71 медицинская организация, среди которых 40 (56,4%) относятся к медицинским организациям I уровня, 26 (36,6%) — к медицинским организациям II уровня и 5 (7%) — к медицинским организациям III уровня. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами за исследуемые годы была стабильной на уровне 4,6—4,5 на 10 тыс. женского населения. Более половины врачей (57,2—54,6%) имеют квалификационную категорию.

В 2021 г. для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в стационарах республики развернуты 620 коек патологии беременности (обеспеченность койками составила 6,8 на 10 тыс. женщин фертильного возраста), 673 койки для беременных и рожениц (обеспеченность койками — 7,3 на 10 тыс. женщин фертильного возраста) и 936 гинекологических коек (обеспеченность койками — 10,2 на 10 тыс. женского населения). Общее число акушерских и

гинекологических коек за 5 лет уменьшилось на 822 койки (26,9%).

Анализ показателей деятельности женских консультаций позволил установить, что в динамике возросла доля беременных, взятых на диспансерный учет в медицинской организации (до 12 нед беременности) с 92,1% в 2017 г. до 93,3% в 2021 г. (табл. 2).

Из 37 775 закончивших беременность женщин в 2021 г. 99,3% были осмотрены терапевтом, из них 92,2% осмотрены до 12 нед беременности. Были обследованы на сифилис в первой половине беременности 98,4% беременных, во второй половине беременности — 94,8%, на ВИЧ-инфекцию — 98,9% (выявлены 223 сероположительных), на гепатит В — 98,4% (115 сероположительных), на гепатит С — 98,4% (218 сероположительных). Для оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11—14 нед было проведено ультразвуковое исследование плода с определением материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) 91,3% беременных из 37 775 закончивших беременность в указанном году. При сроке беременности 11—14 нед в 497 случаях были выявлены хромосомные аномалии и в 214 (43,1%) случаях беременность была прервана. При сроке беременности 19—21 нед ультразвуковое обследование прошли 94,4% беременных, в 311 случаях выявлены хромосомные аномалии, в связи с чем в 141 случае (45,3%) беременность была прервана.

Согласно официальным статистическим данным, в 2017—2021 гг. в структуре исходов беременности в большинстве (92,1—91,2%) случаев были срочные роды, на долю преждевременных родов пришлось 4,1—4,7%, удельный вес аборт составил 3,8—4,1% (табл. 3). В 2020 и 2021 гг. по сравнению с предыдущими годами увеличилась доля преждевременных родов за счет заболеваемости беременными COVID-19. Увеличение доли преждевременных родов и абортов произошло еще в 2019 г., их доля стала значительно выше, чем в 2017 и 2018 гг.

Отмечается некоторый рост частоты заболеваний и патологических состояний, предшествовавших беременности или возникших во время беременности, с 1513,2 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность в 2017 г. до 1526,8 случая в 2021 г. При этом снизились частота угрозы преры-

Таблица 2

Сроки беременности при поступлении на диспансерное наблюдение в медицинской организации (из числа состоявших на учете) в Республике Башкортостан за 2017—2021 гг.

Срок беременности	Год									
	2017		2018		2019		2020		2021	
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%
Всего	48 580	100,0	43 944	100,0	41 004	100,0	40 108	100,0	37 956	100,0
До 12 нед	44 745	92,1	40 504	92,2	37 903	92,4	37 083	92,5	35 399	93,3
Более 12 нед	38 35	7,9	3440	7,8	3101	7,6	3025	7,5	2557	6,7

Таблица 3

Исходы беременности (из числа состоявших на учете)
в Республике Башкортостан за 2017—2021 гг.

Показатель	Год				
	2017	2018	2019	2020	2021
Закончили беременность всего, абс. ед.	48 168	44 570	39 795	39 678	37 775
В том числе:					
родами в срок, %	92,1	92,2	90,9	91,2	91,2
преждевременными родами, %	4,1	4,1	4,7	4,9	4,7
абортами, %	3,8	3,7	4,4	3,9	4,1

вания беременности (с 198,4 до 165,1 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность), частота патологических состояний плода (с 138,9 до 119,6 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность), но увеличилась частота болезней эндокринной системы (с 57,2 до 96,4 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность), сахарного диабета (с 5,7 до 15,5 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность).

Наибольшую долю в структуре заболеваний и патологических состояний, предшествовавших беременности или возникших во время нее, как в 2017 г., так и в 2021 г. заняли анемия (29,8 и 29,9% соответственно), угроза прерывания беременности (13,1 и 10,8% от всех случаев заболеваний). Сравнительный анализ структуры заболеваемости и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, за 2017 и 2021 гг. показал статистически значимые различия ($\chi^2=39,1$; $p<0,001$; табл. 4).

За период 2017—2021 гг. отмечено снижение частоты заболеваний, осложнивших роды, с 1171,7 случая на 1 тыс. женщин, закончивших беременность в 2017 г., до 1128,1 случая в 2021 г. Также сни-

Таблица 4

Уровень и структура заболеваемости и патологических состояний, предшествовавшие беременности или возникшие во время нее, в Республике Башкортостан за 2017—2021 гг. (на 1 тыс. женщин, закончивших беременность)

Заболевание и патологическое состояние	2017 г.		2021 г.	
	уровень, ‰	структура, %	уровень, ‰	структура, %
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	66,1	4,4	64,9	4,3
Преэклампсия средней тяжести	15,4	1,0	28,0	1,8
Преэклампсия тяжелая	1,5	0,1	1,8	0,1
Эклампсия во время беременности	0,2	—	0,1	—
Венозные осложнения	49,0	3,2	67,7	4,4
Болезни мочеполовой системы	131,1	8,7	132,8	8,7
Угроза прерывания беременности	198,4	13,1	165,1	10,8
Угроза преждевременных родов	134,0	8,9	129,3	8,5
Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации	4,0	0,3	2,6	0,2
Патологические состояния плода	138,9	9,2	119,6	7,8
Сахарный диабет	5,7	0,4	15,5	1,0
Анемия	450,7	29,8	456,4	29,9
Болезни эндокринной системы	57,2	3,8	96,4	6,3
Болезни системы кровообращения	99,3	6,6	97,9	6,4
Прочие	161,7	10,7	148,7	9,7
Всего...	1513,2	100,0	1526,8	100,0

Таблица 5

Уровень и структура заболеваний, осложнивших роды
в Республике Башкортостан, за 2017—2021 гг. (на 1 тыс. женщин, закончивших беременность)

Заболевание и патологическое состояние	2017 г.		2021 г.	
	уровень, ‰	структура, %	уровень, ‰	структура, %
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	67,5	5,8	50,7	4,5
Преэклампсия средней тяжести	45,9	3,9	42,3	3,8
Преэклампсия тяжелая	5,2	0,4	7,4	0,7
Эклампсия в родах и в послеродовом периоде	0,2	—	0,1	—
Сахарный диабет	5,6	0,5	20,3	1,8
Преждевременный разрыв плодных оболочек	170,7	14,6	166,2	14,7
Предлежание плаценты без кровотечения	2,1	0,2	4,5	0,4
Предлежание плаценты с кровотечением	1,3	0,1	1,4	0,1
Преждевременная отслойка плаценты	10,4	0,9	9,9	0,9
Нарушения родовой деятельности	87,4	7,5	57,0	5,1
В том числе слабость родовой деятельности	60,2	5,1	38,6	3,4
Стремительные роды	16,1	1,4	5,7	1,0
Дискоординация родовой деятельности	9,8	0,8	69,2	0,5
Роды, осложненные патологией пуповины	90,2	7,7	12,4	6,1
Затрудненные роды	19,0	1,6	—	1,1
Разрыв промежности III—IV степени	0,1	—	0,2	—
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	12,8	1,1	8,7	0,8
Инфекции мочеполовых путей	67,4	5,8	58,3	5,2
Венозные осложнения	19,9	1,7	30,3	2,7
Анемии	346,4	29,6	248,7	22,0
Болезни системы кровообращения	77,5	6,6	30,3	2,7
Прочие	55,4	4,7	254,1	22,5
Всего...	1171,7	100,0	1128,1	100,0

зилась частота нарушений родовой деятельности (с 87,4 случая до 57,0 случая на 1 тыс. женщин), в том числе слабость родовой деятельности (с 60,2 до 38,6 случая на 1 тыс. женщин), стремительных родов (с 6,1 до 5,7 случая на 1 тыс. женщин), однако увеличилась частота дискоординации родовой деятельности (с 9,8 до 69,2 случая на 1 тыс. женщин). Структура заболеваемости, осложнившей роды, за 2017 и 2021 гг. имела достоверные различия ($\chi^2=37,7$; $p<0,001$; табл. 5).

Масса тела плода при рождении является важным критерием жизнеспособности ребенка и определяется влиянием множества факторов. Характеристика родившихся детей по массе тела показала, что наиболее многочисленной была группа детей с массой тела при рождении 3000—3499 г (38,9% от всех детей, родившихся живыми), дети с массой тела 3500—3999 г составили 29,6%, 2500—2999 г — 16,4%, 500—999 г — 0,4% от всех родившихся живыми детей.

Показатели мертворождаемости, ранней неонатальной смертности и перинатальной смертности характеризуют уровень первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. В 2021 г. в РБ 299 детей родились мертвыми, что на

Реформы здравоохранения

Таблица 6

Мертворождаемость и перинатальная смертность (на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми), ранняя неонатальная смертность (на 1 тыс. детей, родившихся живыми) за 2017 и 2021 гг. в Республике Башкортостан

Масса тела при рождении, граммов	2017 г.			2021 г.		
	мертворождаемость, ‰	ранняя неонатальная смертность, ‰	перинатальная смертность, ‰	мертворождаемость, ‰	ранняя неонатальная смертность, ‰	перинатальная смертность, ‰
500—749	319,6	272,7	505,2	552,6	147,1	618,4
750—999	143,6	174,2	292,8	310,3	58,3	350,6
1000—1499	103,0	33,9	133,5	165,7	43,3	201,8
1500—1999	48,4	10,7	58,6	86,4	7,7	93,5
2000—2499	10,6	4,6	15,1	22,3	2,0	24,3
2500—2999	5,7	2,6	8,3	5,1	0,6	5,8
3000—3499	1,9	1,1	3,0	1,5	1,0	2,5
3500—3999	0,8	1,1	1,9	0,8	0,4	1,2
4000 и более	0,7	0,7	1,4	0,3	0,3	0,6
Всего...	5,4	2,9	8,3	7,8	1,5	9,3

Примечание. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между массой плода при рождении и мертворождаемостью — $\rho = -0,91$; $p < 0,001$; между массой плода при рождении и ранней неонатальной смертностью — $\rho = -0,81$; $p < 0,001$; между массой плода при рождении и перинатальной смертностью — $\rho = -0,93$; $p < 0,001$.

13% больше, чем в 2017 г. (в 2017 г. — 260 детей родились мертвыми). Уровень мертворождаемости составил 7,8 случая на 1 тыс. детей, родившихся живыми и мертвыми, против 5,4 случая в 2017 г. Уровни мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности снижались с увеличением массы тела ребенка при рождении. Между массой тела при рождении и уровнями этих трех показателей установлена обратная сильная статистически значимая корреляционная зависимость (табл. 6).

Обсуждение

Исследование показало, что на фоне снижения численности населения Республики Башкортостан с 4067,0 тыс. в 2017 г. до 4013,8 тыс. в 2021 г. произошло существенное снижение численности женщин фертильного возраста (с 954,4 тыс. в 2017 г. до 917,0 тыс. в 2021 г.), что стало основной причиной снижения рождаемости за данный период (с 12,1 до 9,8‰). Общая смертность населения возросла с 12,4 до 16,6‰, и естественная убыль населения составила в 2021 г. — 6,8‰. За этот же период произошли снижение младенческой смертности и рост материнской смертности. Неблагоприятные тенденции в динамике общей смертности, а также материнской смертности связаны прежде всего с эпидемией COVID-19, а увеличение материнской смертности в данный период от других причин можно связать со снижением уровня оказания медицинской помощи, связанной с эпидемиологической ситуацией. Так, среди беременных несколько возросла частота заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, отмечен рост заболеваемости анемией, болезнями эндокринной системы, в том числе сахарным диабе-

том. Доступность первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи женщинам определяется кадровыми и материальными ресурсами службы, и если обеспеченность врачами акушерами-гинекологами оставалась стабильной (на уровне 4,6—4,5 на 10 тыс. женского населения), то общее число акушерских и гинекологических коек за тот же период уменьшилось на 26,9% (с 3051 койки в 2017 г. до 2229 коек в 2021 г.), что является результатом перехода организации медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на трехуровневую систему.

В то же время повышение уровня оказания медицинской помощи женщинам из группы риска привело к снижению уровня заболеваемости, осложнившей роды, частоты нарушений родовой деятельности, в том числе снизилась слабость родовой деятельности, стремительных родов.

Заключение

На основании полученных данных, учитывая медико-социальную значимость проблемы сохранения репродуктивного здоровья женского населения, можно сделать вывод, что стабилизация демографических показателей, снижение младенческой и материнской смертности во многом зависят от доступности и качества медицинской помощи. Четкое выполнение порядка оказания медицинской помощи, маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями и беременных, особенно в регионах с большой долей сельского населения, разбросанностью территорий, приведут к улучшению показателей. Ухудшение многих показателей службы в связи с эпидемией COVID-19 не позволяет достоверно оценить эффективность реализуемых мероприятий по охране репродуктивного здоровья женщин. Необходимо проведение дальнейших исследований по данной проблеме с разработкой научно обоснованных мероприятий по улучшению показателей здоровья и здравоохранения.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Кабочкин А. А. Течение беременности и родов с учетом медицинской активности и диспансерного наблюдения женщин. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2014;22(3):93—7.
- Нацун Л. Н. Здоровье женщин репродуктивного возраста. *Society and Security Insights*. 2020;3(3):167—81. doi: 10.14258/ssi(2020)3-12
- Reproductive health. Режим доступа: <http://www.who.int>
- Турбина Ю. О., Полунина Н. В., Полунин В. С. Особенности здоровья женщин репродуктивного возраста. *Российский медицинский журнал*. 2019;25(4):199—201. doi: 10.18821/0869-2106-2019-25-4-199-201
- Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):247—52.
- Сергейко И. В. Медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;35(1). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/544/30/> (дата обращения 03.08.2022).

7. Полунина В. В., Мустафина Г. Т., Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Шарафутдинов М. А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4):438—42. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442
8. Растегаева И. Н. Пути совершенствования диспансеризации беременных женщин и родильниц. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(2):19—21.
9. Ходакова О. В., Дударева В. А. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):423—7. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-423-427
10. Виктор В. В., Шарафутдинов М. А., Мухамадеева О. Р., Павлова М. Ю., Шарафутдинова Н. Х., Галикеева А. Ш. Динамика демографических показателей в Республике Башкортостан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(4):581—6.
11. Шарафутдинова Н. Х., Мухамадеева О. Р., Еникеева Д. Р., Киньябулатов А. У., Шарафутдинов М. А., Павлова М. Ю. Показатели воспроизводства населения в Республике Башкортостан на современном этапе. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(2):11.
4. Turbina Yu. O., Polunina N. V., Polunin V. S. Health features of women of reproductive age. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2019;25(4):199—201. doi: 10.18821/0869-2106-2019-25-4-199-201 (in Russian).
5. Sadikov R. M., Bolshakova N. L. The female health: status, causes of deterioration, measures of improvement. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2022;30(2):247—52 (in Russian).
6. Sergeyko I. V. Medical and social factors affecting female reproductive health. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014;35(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/544/30/> (accessed 03.08.2022) (in Russian).
7. Polunina V. V., Mustafina G. T., Sharafutdinova N. H., Latypov A. B., Sharafutdinov M. A. The risk factors of health formation in urban and rural women. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(4):438—42. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442 (in Russian).
8. Rastegayeva I. N. The means of development of dispensarization of pregnant women and puerperants. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2013;(2):19—21 (in Russian).
9. Khodakova O. V., Dudareva V. A. The social hygienic evaluation of condition of system of maternity and childhood care at the regional level. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(3):423—7. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-423-427 (in Russian).
10. Viktorov V. V., Sharafutdinov M. A., Mukhamadeeva O. R., Pavlova M. Yu., Sharafutdinova N. Kh., Galikeeva A. Sh., et al. The dynamics of demographic indices in the Republic of Bashkortostan. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(4):581—6 (in Russian).
11. Sharafutdinova N. Kh., Mukhamadeeva O. R., Enikeeva D. R., Kinyabulatov A. U., Sharafutdinov M. A., Pavlova M. Yu. Indicators of population reproduction in the Republic of Bashkortostan at the present stage. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2021;67(2):11 (in Russian).

Поступила 11.01.2023
Принята в печать 13.03.2023

REFERENCES