

оцениваемые препараты – экономически доступными для пациентов.

Аюбова Т. К-Г.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Главный врач МБУЗ «Центральная районная поликлиника»
Абазинского муниципального района Карачаево-Черкесской
Республики

Резюме. Перинатальная смертность (ПС), включающая в себя мертворождаемость и потери на первой неделе жизни, является показателем, прежде всего характеризующим уровень здоровья беременных женщин и характер организации медицинской помощи женщинам и новорожденным. Объективная информация об уровне и структуре причин ПС и ее динамике является основой для разработки стратегических программ по улучшению пренатальной помощи женщинам и новорожденным.

Ключевые слова: перинатальная смертность, помощь женщинам, пренатальный период.

Ayubova T.

THE ANALYSIS OF DYNAMICS OF PERINATAL MORTALITY IN EARLY TWENTY-FIRST CENTURY

"Central district hospital" Abaza municipal district of the Karachay-Cherkess Republic, Russian Federation

Abstract. Perinatal mortality (PS), which includes stillbirths and loss in the first week of life, an indicator, primarily characterizes the level of health of pregnant women and the nature of the organization of medical care for women and newborns. Objective information about the level and the structure of the causes of SS and its dynamics is the basis for

developing strategic programs to improve prenatal care to women and newborns.

Key words: perinatal mortality, assistance to women, the prenatal period.

Все происходящие изменения в стране, не смогли не сказаться на показателях перинатальной смертности. У детей, родившихся с самым маленьким весом (500-749 г) коэффициент перинатальной смертности снизился на 210 пунктов промилле. Снижение произошло за счет мертворождаемости (-327 пунктов за 2011-2012 г.). Ранняя неонатальная смертность же выросла на 117 пунктов. Для весовой группы 750-999 г зафиксировано снижение перинатальной смертности (-260 пунктов) и опять за счет мертворождаемости (-256 пунктов). Соответственно зафиксировано и небольшое снижение ранней неонатальной смертности (-4 пункта). А вот в весовой группе с ОНМТ (1000-1499 г), которую изменения определения живорождения формально не затронули, перинатальная смертность немного выросла (на 24 пункта). И опять эти изменения произошли за счет мертворождаемости (+25 пунктов). Все зафиксированные изменения в перинатальной смертности не могут быть объяснены только введением новых критериев живорождения и мертворождения.

Анализ проанализированных отчётных данных показал, что в 2000-е годы самые высокие показатели ПС в целом по России отмечались в 2000-х годах, до 2003 г. наблюдалась стабилизация, а затем наметилось устойчивое годовое снижение их до 15,8 в 2007 г. Самые низкие показатели наблюдаются в Ленинградской (10,9‰) и Самарской (11,0‰) Владимирской (11,1‰) областях, самые высокие - (выше 20‰) - в Курской, Ростовской, Магаданской областях, Республике Тыва, Еврейской АО и Чукотском АО. Среди мальчиков показатели ПС в среднем выше, чем среди девочек, на 20-30%. Так, в 2006 г. в целом по России ПС у мальчиков равнялось

17,7‰, у девочек - 14,0‰, в Смоленской области различия были минимальными - 16,7 и 16,2‰ соответственно, в Орловской обл. - максимальными - 17,7 и 9,5‰. Следует отметить, что в некоторых территориях смертность девочек выше, чем смертность мальчиков (Кировская, Сахалинская, Амурская, Камчатская области, Республики Калмыкия и Мордовия) [1,2].

Уровень перинатальной смертности в родовспомогательном учреждении косвенно свидетельствует о качестве оказываемой медицинской (акушерской и неонатологической) помощи. Однако при оценке уровня ПС необходимо учитывать специализацию отдельных учреждений, определяющую различие контингентов беременных, поступающих на родоразрешение (с преждевременными родами, беременных и рожениц, больных сахарным диабетом, с сердечно-сосудистой патологией).

Особое значение имеет анализ компонентов перинатальной смертности: мертворождаемости (смерть наступила до родов или в родах) и ранней неонатальной смертности (РНС) (смерть наступила в течение 168 часов после рождения ребенка). Эти показатели дают возможность сравнить уровни мертворождаемости, ранней неонатальной и ПС на разных административных территориях и оценить качество помощи как беременной, так и новорожденному.

Так, при анализе статистики ПС по ряду территорий за 2000-2007 годы видно, что внедрение современных методов слежения за состоянием плода позволило значительно снизить уровень перинатальных потерь в Мурманской, Ленинградской, Владимирской, Пермской областях, г. Санкт-Петербурге, Республиках Чувашия и Башкорстан). В то же время в других регионах ПС повысилась (в Псковской, Калужской, Курской, Магаданской, Сахалинской областях). Для оценки уровня оказания акушерской, реанимационной и интенсивной

помощи новорожденным важное значение имеет структурное соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности среди всех перинатальных потерь [3,4].

Глубокий анализ структуры мертворождаемости среди доношенных и недоношенных детей, их динамика позволяют определять влияние здоровья матери на состояние новорожденного и показатель мертворождаемости в антенатальном периоде, отражая не только здоровье беременной, но и качество пренатальной помощи.

Многочисленными научными исследованиями доказано, что состояние здоровья женщины-матери, неблагоприятное протекание беременности и родов оказывает неблагоприятное воздействие на состояние новорожденных.

Таблица 1.

Заболееваемость новорожденных детей (число заболевших и родившихся больными) на 10000 родившихся живыми

Годы наблюдения	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Общая заболеваемость	178,5	171,2	75,1	73,5	86,4	88,7
Болезни органов дыхания	24,0	23,5	4,6	4,5	4,1	4,0
Внутричерепная родовая травма	87,4	73,9	34,5	34,9	48,1	47,5
Врожденные пороки	278,5	296,4	18,2	18,0	18,5	18,6
Инфекционные и паразитарные	12,1	11,3	3,0	2,7	3,1	3,3
Симптомы, признаки и отклонения от	5,5	5,6	4,4	4,3	4,1	4,1

Осложнения беременности, как правило, приводят к осложненным родам и соответственно к увеличению доли больного потомства. Неблагополучие в состоянии здоровья матерей обуславливает высокую долю рождения больных и заболевших новорожденных. За анализируемый период патология новорожденных возросла в 1,9 раза и в 2007 году составила 468 на 1000 живорожденных (таблица 1). При этом следует обратить внимание на максимальные темпы нарастания дыхательных расстройств у доношенных детей, что свидетельствует об их морфофункциональной незрелости, как следствие неблагоприятного фона здоровья матерей и осложнений беременности. Особо заслуживают внимания высокие темпы годового нарастания среди потомства случаев гипоксии, инфекции, замедления роста и недостаточности питания, врожденных аномалий [5].

Таким образом, большинство из перечисленных нозологии являются управляемыми и социально обусловленными. Так, замедление роста и нарушения питания, морфофункциональная незрелость плодов и новорожденных коррелируют с нарастанием анемии и хронических заболеваний у беременных и родильниц. Наиболее управляемыми с медицинской точки зрения являются врожденные аномалии. С одной стороны, рост их может быть сопряжен с неблагоприятной экологической и производственной агрессией, с другой, - это одна из наиболее благоприятных патологий в плане дородовой диагностики. Следовательно, своевременное оздоровление женщин и подготовка подрастающего поколения к реализации репродуктивной функции, наряду с улучшением качества лечебно-диагностической помощи, могут способствовать улучшению показателей здоровья женщин и их потомства.

Литература:

1. Андреев Е.М., Е.А. Кваша (2013). Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги // Демоскоп-Weekly. №541-542. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php> (дата обращения: 15.04.2014).
2. Демографический ежегодник России, 2013. Стат. сб. М.: Росстат. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B13_16/Main.htm (дата обращения: 15.04.2014).
3. Euro-Peristat (2013). European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Euro-Peristat. URL:http://anrdpn.vjf.cnrs.fr/sites/default/files/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf (дата обращения: 15.04.2014).
4. WHO (2014a). European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. <http://data.euro.who.int/hfadb/> (дата обращения: 15.04.2014).
5. WHO (2014b). WHO Mortality Data base. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html> (дата обращения: 15.04.2014)

Т. К-Г. Аюбова

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

«Центральная районная поликлиника» Абазинского муниципального района Карачаево-Черкесской Республики

THE COURSE OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH MISCARRIAGE AND THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC INTERVENTIONS

T. Ayubova

"Central district hospital" Abaza municipal district of the Karachay-Cherkess Republic, Russian Federation