

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 15, №4

2016



УДК 618.4:312.1(470.332)

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РОЖДАЕМОСТИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЗА 2012-2015 гг. В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

© Алимova И.Л.¹, Каландия М.Р.¹, Стунжас О.С.², Горбатюк И.Б.³

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²Департамент Смоленской области по здравоохранению, Россия, 214018, Смоленск, ул. Ленина, 1

³ОГБУЗ «Перинатальный центр», Россия, 214019, Смоленск, ул. Кирова, 47

Резюме: целью исследования явился анализ динамики показателей рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов за 2012-2015 гг. в Смоленской области. Изучены официальные статистические данные формы №32 и А05, первичная документация (карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных). Установлено, что показатели рождаемости (10,5-10,8‰) в регионе остаются на стабильном уровне. Количество преждевременных родов и рождения детей с экстремально низкой массой тела в динамике за 4 года снизились. Основное количество недоношенных детей (64,1-68,9%) родилось в учреждениях III уровня оказания медицинской помощи новорожденным. Показатель перинатальной смертности снизился в основном за счет снижения ранней неонатальной смертности (в 1,86 раза). Доля мертворождаемости в структуре перинатальных потерь остается стабильно высокой и колеблется на уровне 60,4-64,7%. В структуре причин смерти доношенных детей доминируют врожденные аномалии и бактериальный сепсис новорожденного, а у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела на первом месте стоят внутрижелудочковые кровоизлияния, далее следуют сепсис и дыхательные расстройства. Выживаемость детей с экстремально низкой массой тела увеличилась с 59% до 82,3%. Заключение: необходимо продолжить на региональном уровне медико-организационные мероприятия, направленные на предупреждение перинатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: новорожденные, экстремально низкая масса тела при рождении, выживаемость, смертность

ANALYSIS OF FERTILITY, PRETERM BIRTH AND PERINATAL OUTCOMES IN 2012-2015 IN THE SMOLENSK REGION

Alimova I.L.¹, Kalandia M.R.¹, Stunzhas O.S.², Gorbatyuk I.B.³

¹Smolensk state medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²Department of Health of Smolensk region, Russia, 214018, Smolensk, Lenin St., 1

³Perinatal Center, Russia, 214019, Smolensk, Kirov St., 47

Summary: the aim of the study was to analyze the dynamics of fertility, preterm birth and perinatal outcomes for the 2012-2015 in the Smolensk region. We studied the official statistic N32 and A05 forms, the primary documentation (pregnancy maps, birth histories, histories of newborns). We established that fertility (10.5-10.8‰) in the region remains at a stable level. The number of premature births and children born with extremely low birth weight in the dynamics decreased within the last 4 years. The greatest amount of preterm infants (64.1-68.9%) was born in Level III institutions providing medical care for newborns. Perinatal mortality has decreased mainly due to the reduction of early neonatal mortality. The proportion of stillbirths in the structure of perinatal losses remains high and hovers around 60.4-64.7%. In the structure of the causes of deaths of term infants congenital abnormalities and bacterial sepsis of newborns dominate. The main cause of death of premature infants with extremely low birth weight is intraventricular hemorrhage, followed by sepsis, and respiratory disorders. The survival rate of children with extremely low body weight has increased from 59.0% to 82.3%. Thus, it is necessary to continue the regional medical and organizational measures aimed at the prevention of perinatal morbidity and mortality.

Key words: newborns, very low birth weight and extremely low birth weight, survival, mortality

Введение

В последние годы в нашей стране произошел существенный прогресс в области перинатальной медицины: создана региональная модель трехуровневой перинатальной помощи, снизилась смертность детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, наметилась тенденция к повышению качества здоровья недоношенных детей [1]. Вместе с тем оценка и совершенствование эффективности помощи новорожденным детям на региональном уровне продолжают оставаться актуальными задачами, прежде всего, для обоснованной разработки и планирования комплекса мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребенка.

Целью исследования явился анализ динамики показателей рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов за 2012-2015 гг. в Смоленской области.

Методика

Изучены официальные статистические данные за 2012- 2015 гг. формы №32 Федеральной службы государственной статистики «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» родовспомогательных учреждений Смоленской области и формы А-05 Росстата, относящихся к мертворождению и ранней неонатальной смертности. Проведен выборочный анализ первичной документации (карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных) ОГБУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска. Для анализа показателей рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов в качестве стартового был определен 2012 г., т.к. с 1 апреля 2012 г. Российская Федерация перешла на принятые международным сообществом критерии определения живорождения [7].

Результаты исследования и их обсуждение

За последние 4 года в Смоленской области показатели рождаемости остаются на стабильном уровне, хотя и ниже среднероссийского, и отражают общие тенденции рождаемости, характерные для демографической ситуации России (рис. 1) [3]. Однако следует учитывать по-прежнему высокую смертность и отрицательный естественный прирост населения, наблюдаемый в Смоленской области до настоящего времени.

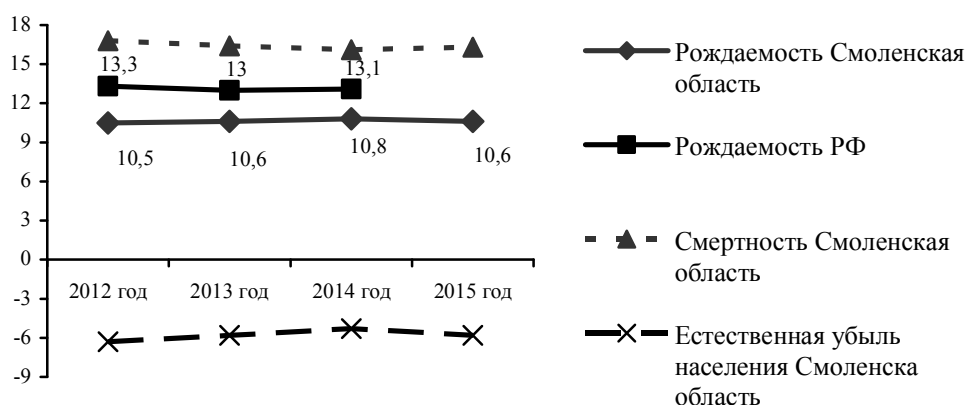


Рис. 1. Демографические показатели (на 1 000 населения)

Процент преждевременных родов в Смоленской области в динамике за 4 года снизился и составил в 2015 г. 4,56%, приближаясь к показателю преждевременных родов в целом по России (рис. 2). Среди родившихся недоношенных детей большую часть составили новорожденные с гестационным возрастом от 32-й до 37-й недели и массой тела от 1500 до 2499 г. (рис. 3). Вместе с тем, объектом особенно пристального внимания являются дети, родившиеся недоношенными с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), поскольку они составляют группу высокого риска по смертности, заболеваемости и формированию инвалидности [2, 8]. В Смоленской области новорожденные с ЭНМТ составляют стабильно менее 0,5% всех живорожденных, в динамике по

годам их количество уменьшается, составляя соответственно 0,57%; 0,42%; 0,41% и 0,33%. Среди недоношенных количество детей с ЭНМТ не превышает 10%, оставаясь стабильным на протяжении последних 3-х лет (7,45%; 7,65% и 7,40%). Подобные данные приводятся в публикациях по другим регионам России [5, 6].

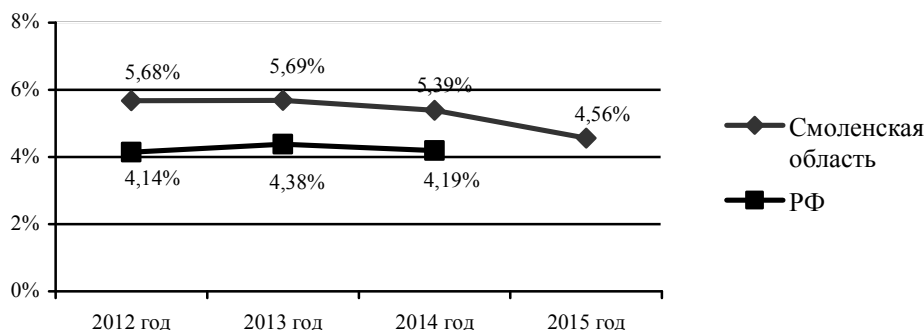


Рис. 2. Показатели преждевременных родов (%)

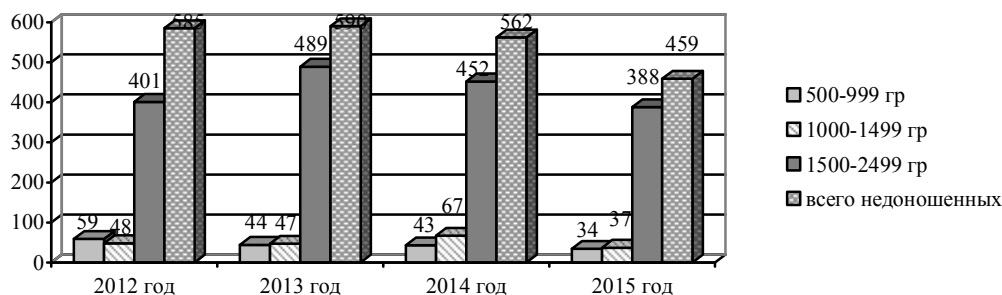


Рис. 3. Динамика числа родившихся недоношенных детей в Смоленской области

Основное количество недоношенных детей (64,1-68,9%) родилось в учреждениях III уровня оказания медицинской помощи новорожденным, к которым на территории Смоленской области относятся ОГБУЗ «Перинатальный центр» и ОГБУЗ «Клиническая больница №1, перинатальный центр», имеющие в своем составе отделения реанимации и интенсивной терапии (рис. 4).

В 2015 г. из 34 новорожденных с ЭНМТ 33 родились в ОГБУЗ «Перинатальный центр», имеющим наибольший опыт выхаживания данного контингента детей. Анализ состояния системы оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи свидетельствует о том, что в субъектах Российской Федерации с низким уровнем младенческой смертности большинство преждевременных родов (до 90%) происходит в акушерских стационарах III уровня [1].

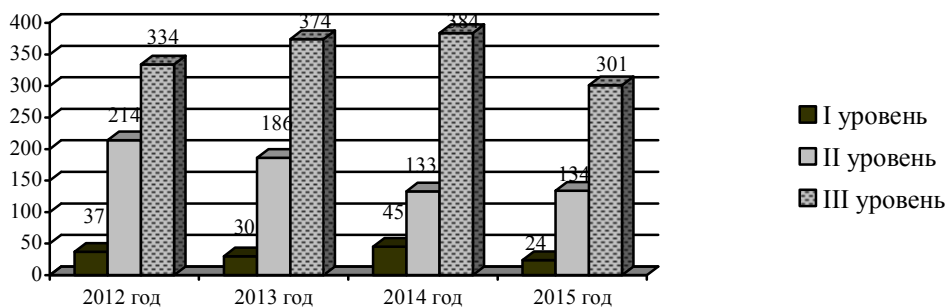


Рис. 4. Распределение недоношенных детей по уровням учреждений родовспоможения на территории Смоленской области

Наиболее важным показателем перинатального здоровья является уровень и структура перинатальной смертности, которая в то же время характеризует качество акушерской и неонатальной помощи [4]. В 2012 г. перинатальная смертность в Смоленской области составила 14,06‰ и в 1,5 раза превысила среднероссийский показатель (рис. 5). Высокие показатели перинатальной смертности в 2012 г. в сравнении с 2011 г., когда показатель перинатальной смертности составил 7,2‰, связаны, в первую очередь, с переходом на новые критерии регистрации живорождения и мертворождения, предусматривающие статистический учет детей, родившихся с массой тела от 500 до 1000 г. с первой минуты жизни. В 2014 г. анализируемые показатели по Смоленской области снизились и практически не отличались от среднероссийских. Следует отметить, что показатель перинатальной смертности снизился в основном за счет снижения ранней неонатальной смертности (в 1,86 раза), что также обусловило положительную динамику и младенческой смертности в области (с 9,6 до 7,7‰ за те же годы). При снижении мертворождаемости (в 1,37 раза) доля её в структуре перинатальных потерь остается стабильно высокой и колеблется в Смоленской области на уровне 60,4%-64,7%, что также характерно в целом и по РФ. Таким образом, в настоящее время одной из задач перинатальной медицины региона является снижение мертворождаемости за счет совершенствования деятельности акушерской службы.

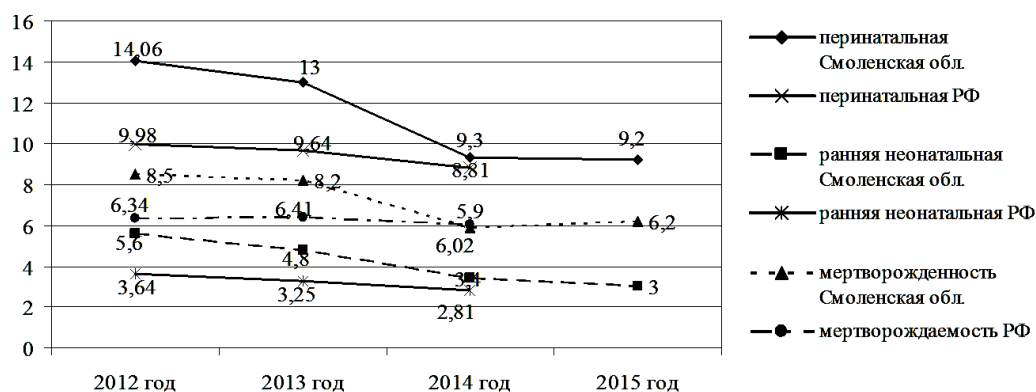


Рис.5. Показатели и структура перинатальной смертности

В структуре неонатальной смертности ранняя неонатальная смертность доминирует и составляет по анализируемым годам от 71,7% до 68,8%, примерно в одинаковом соотношении как у доношенных, так и у недоношенных детей, которые обоснованно преобладают среди умерших (68,3-59,0%).

Сравнительный анализ причин смерти как доношенных, так и недоношенных новорожденных в родовспомогательных учреждениях выявил различия структуры показателей в Смоленской области и в целом по России. Согласно приведенным данным в таблице 1, в РФ среди причин смерти доношенных детей преобладают врожденные аномалии, на втором месте – респираторные расстройства, в основном за счет врожденной пневмонии, на третьем – внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении, затем следуют инфекционные заболевания, специфичные для перинатального периода, включая бактериальный сепсис новорожденного. В Смоленской области среди доношенных детей по данным 2014 г. на первое место в структуре причин смерти также вышли врожденные пороки развития, среди которых пороки развития желудочно-кишечного тракта наблюдались в 3 случаях, сердечно-сосудистой системы – 2, почек – 1, также у 1 новорожденного был выявлен синдром Эдвардса и у 1 – множественные аномалии развития. Все пороки развития были не совместимы с жизнью. Прерывание по медицинским показаниям не проведено в более ранние сроки, т.к. в 2-х случаях они были диагностированы только на III скрининге, а в остальных случаях только после рождения ребенка, что указывает на необходимость более эффективного выявления аномалий развития плода на ранних сроках беременности. Следует отметить, что целенаправленное развитие в области комплекса мероприятий по пренатальной диагностике с проведением при наличии показаний перинатальных консилиумов и элиминации плодов, имеющих несовместимые с жизнью аномалии, способствовали снижению смертности от врожденных аномалий развития среди родившихся доношенными в 2015 г. более чем в 2 раза (0,31). Второе место в структуре причин смерти доношенных детей занимает бактериальный сепсис новорожденного, данный показатель превысил аналогичный по России в 10 раз. Определенную роль в развитии неонатального сепсиса играют инфекционные заболевания матери, а также воспалительные поражения плаценты. Вместе с тем,

необходим глубокий всесторонний анализ каждого случая смерти новорожденного от бактериального сепсиса для выяснения причин развития, отработки технологий взаимодействия между лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими перинатальную медицинскую помощь на региональном уровне, и оценки возможностей снижения перинатальных потерь от данного заболевания.

Таблица 1. Смертность доношенных новорожденных в родовспомогательных учреждениях по причинам смерти (показатели 2014 г.)

Показатели на 1 000 родившихся живыми	РФ	Смоленская область
Всего	0,83	1,31
Врожденные аномалии	0,25	0,81
Респираторные нарушения	0,23	0,10
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	0,13	-
Инфекционные заболевания, специфичные для перинатального периода, из них:	0,11	0,30
бактериальный сепсис новорожденного	0,03	0,30

Сведения о выживаемости и состоянии здоровья детей с ЭНМТ в значительной мере позволяют оценить эффективность усилий, прилагаемых медицинскими работниками по выхаживанию данной категории детей [1, 6].

Согласно данным официальной статистики, в РФ среди причин смерти детей первой недели жизни, родившихся с массой тела 500-999 г., преобладают дыхательные расстройства, на втором месте – внутрижелудочковые кровоизлияния, на третьем - инфекционные заболевания, специфичные для перинатального периода, включая бактериальный сепсис новорожденного, затем следуют внутриутробная гипоксия, асфиксия при рождении и врожденные аномалии, деформации, хромосомные нарушения (табл. 2).

Таблица 2. Заболеваемость и смертность новорожденных в возрасте 0-6 дней, родившихся с массой тела 500-999 г. (показатели 2014 г.)

Показатели на 1 000 родившихся живыми	РФ	Смоленская область
Дыхательные расстройства	77,7	23,2
Внутрижелудочковые кровоизлияния	39,8	139,5
Инфекционные заболевания, специфичные для перинатального периода, из них:	36,6	93,0
бактериальный сепсис новорожденного	11,7	93,0
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	27,2	-
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	10,1	-

В структуре ранней неонатальной смертности в Смоленской области у недоношенных детей с ЭНМТ на первом месте стоят внутрижелудочковые кровоизлияния, на втором - сепсис, третьи занимают дыхательные расстройства. В 2014 г. не наблюдалось случаев смерти детей с ЭНМТ от внутриутробной гипоксии, асфиксии при рождении, а также от врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений. За анализируемые 4 года структура ранней неонатальной смертности среди недоношенных детей с ЭНМТ принципиально не изменилась, хотя следует отметить значительное снижение смертности от дыхательных расстройств. Вместе с тем высокая частота внутрижелудочковых кровоизлияний диктует необходимость дальнейшего совершенствования первичной реанимационной помощи новорожденным с ЭНМТ, методов респираторной поддержки, инфузионной терапии, а также оснащения отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных современным оборудованием, позволяющим проводить адекватную и эффективную терапию. Вопрос также как у доношенных новорожденных вызывает частота бактериального сепсиса, как основной причины ранней неонатальной смертности. В данной ситуации необходимо проведение тщательного и подробного анализа всех наблюдений ранней неонатальной смертности от бактериального сепсиса новорожденных с ЭНМТ на основе клинических данных и результатов патологоанатомических аутопсий.

В целом благодаря использованию современных высокотехнологичных методов, совместным усилиям акушеров, реаниматологов, неонатологов смертность новорожденных с ЭНМТ уменьшилась, соответственно увеличился и процент выживаемости данного контингента детей (рис. 6).

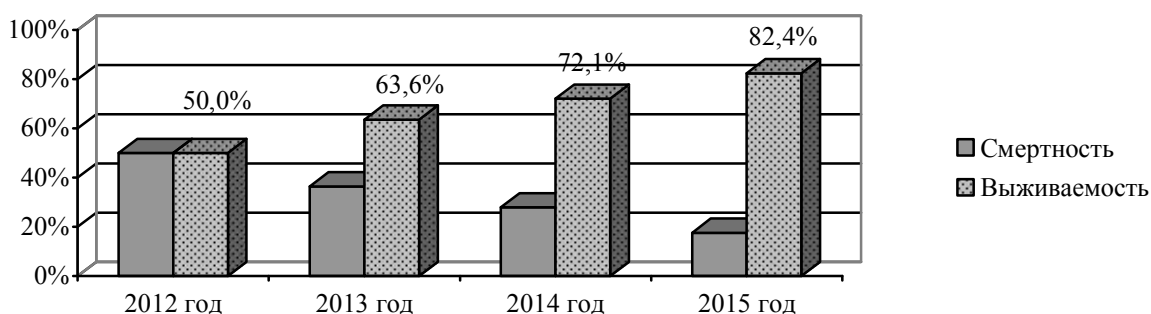


Рис.6. Динамика выживаемости детей с экстремально низкой массой тела при рождении в Смоленской области

Заключение

Таким образом, результаты проведенного анализа рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов свидетельствуют, что в Смоленской области улучшилось качество оказания помощи на этапе ведения беременности и родов, помощи новорожденным в раннем неонатальном периоде, повысился уровень выхаживания детей с экстремально низкой массой тела при рождении. Для дальнейшего повышения эффективности медико-организационных мероприятий, направленных на предупреждение перинатальной заболеваемости и смертности необходимо улучшение качества пренатальной диагностики врожденных аномалий развития, предупреждение внутриутробной инфекции, невынашивания беременности и дефектов оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям.

Литература

1. Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н. Перинатальная медицина: от теории к практике. Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – Т.58, №5. – С. 4-7
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т.23, №1. – С. 35-41
3. Демографический ежегодник России. 2015: Стат. сб. Росстат. – М., 2015. – 263 с.
4. Неонатология. Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – 749 с.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Сборник. – М., 2015. – 167 с.
6. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22-27 недель / Под ред. Д.О. Иванова, Д.Н. Суркова. – СПб: Информнавигатор, 2013– 131 с.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
8. Сухих Г.Т., Байбарина Е.Н., Шувалова М.П., Письменская Т.В. Российские тенденции снижения перинатальных потерь с учетом перехода на международные критерии рождения детей. Акушерство и гинекология. – 2013. – №2. – С. 79-85.

Информация об авторах

Алимова Ирина Леонидовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: iri-alimova@yandex.ru

Каландия Мака Резоевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: maka.kalandia@mail.ru

Стунжас Ольга Сергеевна – кандидат медицинских наук, начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Департамента Смоленской области по здравоохранению. E-mail: stunzhas@rambler.ru

Горбатюк Инга Борисовна – врач неонатолог ОГБУЗ «Перинатальный центр», аспирант кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: pando4kakiss@yandex.ru