

УДК 618.3–036.88: 616–084

## К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ И ПУТЯХ ИХ СНИЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА И ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Е.В. Каращук<sup>1</sup>, В.Л. Стрельцова<sup>2</sup><sup>1</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),<sup>2</sup> Владивостокский родильный дом № 4 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 38)

**Ключевые слова:** перинатальные потери, экстрагенитальная патология, операция кесарева сечения, ретроспективный анализ.

### THE QUESTION OF THE PERINATAL MORBIDITY AND MORTALITY AND WAYS OF ITS REDUCTION IN A HOSPITAL OBSTETRIC AND ANTENATAL CLINIC

E.V. Karashchuk<sup>1</sup>, V.L. Streltsova<sup>2</sup><sup>1</sup> Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation), <sup>2</sup> Vladivostok Maternity Hospital No. 4 (38 Aleutskaya St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

**Background.** Of the general problem of mortality of its social significance stands the problem of perinatal mortality. The concept of health-care development of Russia until 2020 provides for the reduction of infant mortality to 7.5 per 1,000 live births (by 20 % incomparing to 2007).

**Methods.** On the basis of the VMH No 4 been provided retrospective analysis of annual reports of providing medical care to pregnant women, new mothers and lying-in woman for 2011–2013. During this period, perinatal mortality was registered in 44 cases. Also analyzed cards of dispensary observation of pregnant woman reports of histological study of retained products, medical certificate of perinatal death.

**Results.** In all cases of perinatal death in mothers been registered one or another extragenital pathology. Of the total number of stillbirths 20 girls and 24 – boys. Antenatal death was noted in 92.4 %, intrapartum death – in 7.5 % of cases. The total rate of stillbirths during the first pregnancy was equal to 28.2 %. Most of intrauterine foetal demise (49 %) happened at 26–27 weeks of gestation.

**Conclusions.** In order to reduce perinatal morbidity and mortality it is recommended early (before pregnancy) recognition of extragenital pathology, its qualified treatment and individual preparatory courses for pregnancy in women of this category. Also necessary early diagnosis of pregnancy complications such as gestosis, threatened miscarriage and placental insufficiency with early referral of pregnant patients to the hospital.

**Keywords:** *mortinatality, extragenital pathology, cesarean section, retrospective analysis.*

Pacific Medical Journal, 2015, No. 1, p. 74–76.

Современная концепция ведения беременности и родов имеет выраженный перинатальный акцент, т.е. направлена не только на обеспечение безопасного материнства, но и на рождение здорового ребенка [2, 4, 7]. Перинатальная заболеваемость и смертность – главные показатели, характеризующие состояние акушерской науки и практики. При этом, несмотря на рост частоты кесарева сечения, перинатальная заболеваемость и смертность снижаются довольно медленно [7, 8]. В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должно стать сохранение и укрепление здоровья населения на основе

формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. В соответствии с этим выработаны основные цели концепции развития здравоохранения до 2020 г. [1, 3, 5, 6]:

- прекращение с 2011 г. убыли населения России и доведение его численности до 145 млн человек к 2020 г.;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 10 ‰ (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);
- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20 % по отношению к 2007 г.);
- снижение показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7 % по отношению к 2007 г.).

Из общей проблемы смертности населения своей социальной значимостью выделяется проблема перинатальной смертности. По определению ВОЗ, перинатальным считается период с 22 недель беременности (при массе плода 500 г и более и длине плода 25 см и более) до 7 дня (168 часов) после рождения. Однако в России до 2012 г. этот период учитывался с 28 недель беременности (при массе плода 1000 г и более и длине плода 35 см и более). Термин «перинатальная смертность» («смертность вокруг родов») подчеркивает единство этиологии и патогенетических механизмов, которые в зависимости от целого ряда обстоятельств могут привести к гибели плода еще в период внутриутробной жизни (антенатально), в момент родов (интранатально) или в течение первых 7 дней после родов (постнатально).

**Материал и методы.** На базе ВРД № 4 проведен ретроспективный анализ годовых отчетов по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 2011–2013 гг. (учетная форма № 32) и сплошное ретроспективное исследование историй родов с антенатальной и с интранатальной гибелью плода (учетная форма № 096/у). За этот период перинатальная смертность зарегистрирована в 44 случаях – средний возраст женщин 26,6±2,1 года. Также анализировались карты диспансерного наблюдения за беременной, заключения по гистологическим исследованиям последов, медицинские свидетельства о перинатальной смерти. Полученные данные обрабатывались методами описательной статистики.

**Результаты исследования.** Во всех случаях перинатальной смерти у матерей была зарегистрирована та или иная экстрагенитальная патология. Заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и молочной железы встречались у 25–50 % пациенток. Преобладала патология воспалительного генеза: хронический тонзиллит, частые острые респираторные вирусные заболевания, риниты, бронхиты, а также пиелонефрит, цистит, гастрит, холецистит, колит и туберкулез.

Из общего числа случаев мертворождения 20 пришлось на девочек и 24 – на мальчиков. Антенатальная гибель плода отмечена в 92,4 %, интранатальная гибель – в 7,5 % наблюдений. Частота первой беременности, завершившейся мертворождением, была достоверно выше среди плодов женского пола – 33,1 % (среди плодов мужского пола – 23,6 %). Суммарный показатель мертворождений при первой беременности был равен 28,2 %. По данным ряда авторов, у 35–40 % женщин, гестационный период у которых завершился мертворождениями, настоящая беременность была первой [4]. Наибольшую ценность в прогнозировании преждевременных родов, которые в структуре перинатальной смертности составляют более 90 %, представляет отягощенный акушерский анамнез, что делает затруднительным выявление факторов риска у нерожавших женщин.

Достоверно чаще мертворождениями завершались беременности при массе плодов менее 1000 г (52,5 %), чем при массе плодов более 1000 г (28,7 %). Анализ антенатальных потерь в зависимости от массы плодов показал два пика, которые соответствовали 500 и 900 г. Количество мертворождений при массе плодов 500 г составило 15,1 %, а при массе плодов 900 г – 18,7 %. Достоверно чаще среди мертворожденных массой 500 г встречались плоды женского (9,4 %), чем мужского (5,6 %) пола. В то же время при массе 2500 и 3000 г чаще регистрировались мертворожденные мужского пола – 3,3 % (женского пола – 1,4 %).

Больше всего внутриутробных потерь пришлось на срок гестации 26–27 недель. То есть достоверно чаще внутриутробные потери происходили на 22–27-й неделях беременности (23 случая) с пиком на 26–27-й неделях. С увеличением срока гестации внутриутробные потери вплоть до 37-й недели демонстрировали тенденцию к снижению, а затем снова возрастали на 38-й неделе почти в два раза (рис.). Мертворождения плодами женского пола достоверно чаще происходили на 22–25-й, а мужского пола – на 38–40-й неделях беременности. В сроке гестации 26–37 недель достоверной разницы по половому признаку здесь зарегистрировано не было.

У женщин, гестационный период и роды у которых завершились перинатальной смертью, частота преждевременного разрыва плодных оболочек составила 74 %. Частота внутриутробной гипоксии плода соответствовала 63,4 %, плацентарной недостаточности – 63,6 %. Аномалии родовой деятельности были

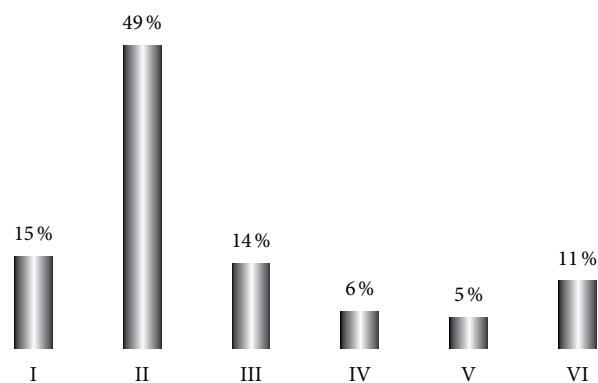


Рис. Структура мертворождений в соответствии со сроками гестации:

I – 22–25 недель, II – 26–27 недель, III – 28–31 неделя, IV – 32–34 недели, V – 35–37 недель, VI – 38–40 недель.

зарегистрированы в 22,9 % случаев. Частота тазовых предлежаний и многоплодной беременности составила 2,6 и 0,7 %, соответственно.

Как известно, расширение показаний к кесаревому сечению привело к снижению числа детей, имеющих тяжелую церебральную патологию [7]. На собственном материале частота этих вмешательств составила 26,9 %. Показаниями для кесарева сечения были тяжелые формы гестоза, предлежание плаценты, синдром задержки внутриутробного развития плода III степени, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода.

**Обсуждение полученных данных.** Результаты исследования подтверждают данные о том, что преждевременные роды, приводящие к появлению на свет недоношенного ребенка, являются одной из наиболее серьезных самостоятельных причин перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости, а также последующих нарушений состояния ребенка [4, 5]. Поэтому проблема преждевременных родов представляет чрезвычайную важность как для здравоохранения в целом, так и для клинической практики.

Анализ медицинской документации помог выявить следующие факторы риска перинатальной смерти: неблагоприятный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, осложнения при беременности и в родах. Кроме этого, отмечено увеличение числа случаев абдоминального родоразрешения, которое остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению, что связано с ежегодным увеличением количества женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, а также с расширением показаний к кесаревому сечению и преждевременным родам в связи с переходом на новые критерии живорождения.

Для снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности рекомендуется своевременное (до беременности) выявление экстрагенитальной патологии, квалифицированное ее лечение и индивидуальная подготовка к беременности данной категории женщин, а также ведение беременности у этой группы пациенток совместно с профильными специалистами. Необходимы выявление и оценка факторов риска перинатальной патологии, связанных с заболеваниями,

передающимися половым путем. Также необходима ранняя диагностика таких осложнений беременности, как гестоз (особенно стертых и атипичных форм), угроза прерывания и плацентарная недостаточность со своевременным направлением этих беременных в стационар. Для женщин с экстрагенитальной патологией и осложнениями беременности показаны комплексная терапия с применением новых методик, рациональное ведение родов, своевременная диагностика и коррекция аномалий родовой деятельности, а также соразмерное оперативное родоразрешение в интересах плода.

Важными моментами данной проблемы, помимо рационального ведения беременности и родов, являются наличие условий для последующего выхаживания новорожденных, что диктует необходимость оснащения родильных стационаров высокого риска и отделений новорожденных современной дыхательной аппаратурой, сурфактантом и подготовки высококвалифицированных врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, реаниматологов, хирургов и среднего медицинского персонала.

#### Литература

1. Аковбян В.А. Урогенитальная хламидийная инфекция: 25 лет спустя // Гинекология. 2013. Т. 6, № 2. С. 52–57.
2. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / под ред. К.В. Орехова. М.: Медпрактика, 2012. 252 с.
3. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. М.: МЕД-пресс, 2010. 160 с.
4. Луканская Е.Н. Параметры кислотно-основного состава и концентрации глюкозы крови в сосудах пуповины при хронической гипоксии плода после оперативного родоразрешения

- // Тихоокеанский медицинский журнал. 2014. № 4. С. 67–71.
5. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод: руководство для врачей. М.: Медицина, 2009. 448 с.
  6. Недоношенные дети в детстве и отрочестве: медико-психосоциальные исследования / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.Я. Волгина, В.Д. Менделевич. М.: Информпресс-94, 2011. 178 с.
  7. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность: клинико-диагностические аспекты. М.: Медицина, 2010. 127 с.
  8. Цинзерлинг А.В., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. СПб.: Элби СПб, 2002. 352 с.

Поступила в редакцию 27.01.2015.

#### К вопросу о перинатальной заболеваемости и смертности и путях их снижения в условиях акушерского стационара и женской консультации

Е.В. Карашук<sup>1</sup>, В.Л. Стрельцова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), <sup>2</sup> Владивостокский родильный дом № 4 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 38)

**Резюме.** На базе ВРД № 4 проведен ретроспективный анализ годовых отчетов по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 2011–2013 гг. За этот период перинатальная смертность зарегистрирована в 44 случаях. Во всех из них у матерей была установлена та или иная экстрагенитальная патология. Антенатальная гибель отмечена в 92,4%, интранатальная гибель – в 7,5% наблюдений. Больше всего внутриутробных потерь (49%) произошло на 26–27-й неделях гестации. Для снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности рекомендуется своевременное (до беременности) выявление экстрагенитальной патологии, квалифицированное ее лечение и индивидуальная подготовка к беременности данной категории женщин.

**Ключевые слова:** перинатальные потери, экстрагенитальная патология, операция кесарева сечения, ретроспективный анализ.

УДК 614.2(571.63)

## ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

В.Н. Рассказова<sup>1</sup>, И.П. Шевченко<sup>1</sup>, В.О. Вавилова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

<sup>2</sup> Медицинский центр Дальневосточного федерального университета (690022, г. Владивосток, кампус ДВФУ, корп. 25)

**Ключевые слова:** медицинские организации, федеральный бюджет, региональный бюджет, обязательное медицинское страхование.

#### THE ORGANIZATION OF PROVIDING HIGH-TECH MEDICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION OF PRIMORYE TERRITORY

V.N. Rasskazova<sup>1</sup>, I.P. Shevchenko<sup>1</sup>, V.O. Vavilova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation), <sup>2</sup> Far Eastern Federal University Medical Center (FEFU campus, Building No. 25 Vladivostok 690022 Russian Federation)

**Summary.** A study to improve the organization of system of high-tech medical assistance (HIMA) in the Primorye Territory. The evaluation of the HIMA in health care organizations of the region. Been given the recommendations for the development of a complex of measures aimed to increase the amount and improving the re-

sults of providing high-tech medical care for diseases of the surgical type, as well as the routing of patients for the rehabilitation after the delivery of HIMA in medical organizations located in the Primorsky Territory, independently of its organizational and legal forms, departmental and territorial subordination.

**Keywords:** medical organizations, federal budget, regional budget, compulsory health insurance.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 1, p. 76–79.

Одним из основных направлений развития российского здравоохранения в ближайшей и среднесрочной перспективе остается формирование экономически эффективной и высокотехнологичной его модели для достижения надлежащего качества медицинской помощи, повышения эффективности работы медицинских