

УДК 616-053.31:618.3-06

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ С ПОЗИЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА

¹Сувернева А.А., ¹Мамиев О.Б., ²Шрамкова И.А., ¹Баймуханова Г.Н.

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России»,
Астрахань, e-mail: agma@astranet.ru

²ГБУЗ Астраханской области «Клинический родильный дом», Астрахань,
e-mail: shramkova.krd@yandex.ru

Представлены результаты анализа динамики и основных тенденций ранней неонатальной смертности в г. Астрахани и Астраханской области за 2001-2011 г, определены материнские факторы риска ранних неонатальных потерь. По городу и области отмечается снижение ранней неонатальной смертности, при этом выявлено увеличение доли доношенных детей среди умерших в раннем неонатальном периоде. Наиболее значимыми материнскими факторами раннего неонатального риска являются: низкий социальный статус пациенток, их юный возраст, раннее начало половой жизни, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, гестозы (преэклампсия) различной степени тяжести, хроническая фетоплацентарная недостаточность и наличие генитальной инфекции с последующим внутриутробным инфицированием плода.

Ключевые слова: ранняя неонатальная смертность, преэклампсия, плацентарная недостаточность, внутриутробное инфицирование плода.

VIEW ON THE PROBLEM OF EARLY NEONATAL MORTALITY FROM THE POSITION OF THE MATERNAL ORGANISM

¹Suverneva A.A., ¹Mamiev O.B., ²Shramkova I.A., ¹Baymukhanova G.N.

¹Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan, e-mail: agma@astranet.ru.

²Clinical maternity hospital, Astrakhan, e-mail: shramkova.krd@yandex.ru

We present the results of analysis of the dynamics and main tendencies of early neonatal mortality in the Astrakhan city and Astrakhan region for 2001-2011. The city and the region early neonatal mortality decreased. Our studies show an increase the share of full-term babies who died in the early neonatal period. We identified maternal risk factors of early neonatal losses. The most important risk factors of early neonatal losses were recognized, such as the low social status of patients, their young age, early sexual debut, complicated obstetric and gynecological anamnesis, polyhydramnios, threat of pregnancy interruption, preeclampsia of varying severity, chronic placental insufficiency and the presence of genital infection, followed by intrauterine infection of the fetus.

Keywords: early neonatal mortality, preeclampsia, placental insufficiency, intrauterine infection.

Введение

Ранняя неонатальная смертность (РНС) – значимая составляющая младенческой и перинатальной смертности и важный показатель качества акушерской и неонатальной помощи. В 2009 г. доля её в структуре перинатальной смертности (ПС) по Российской Федерации (РФ) составила 39,4%, а по федеральным округам – от 27,9% в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) до 52,2% в Южном федеральном округе (ЮФО). Анализ данных общероссийской и региональной статистики за 2001-2011 гг. свидетельствует об устойчивом снижении РНС как по стране в целом (с 6,2% до 2,7%), так и по федеральным округам [1,2,4]. Однако, темпы снижения данного показателя разные и наименьший уровень снижения (на 11,1 %) отмечается в ЮФО, при снижении на 46,5% в СЗФО. Кроме того, на территориях с разным уровнем РНС имеются различия в причинах смерти как со стороны матери, так и плода [3,4]. Тем не менее, следует отметить, что на всей территории РФ первое ранговое место в структу-

ре причин ранней неонатальной смерти со стороны плода принадлежит респираторным нарушениям. В связи с этим изучение материнских причин ранних неонатальных потерь является наиболее значимым. Так, на территориях с низким уровнем данного показателя ведущими материнскими причинами являются осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек (Тамбовская область, Сахалинская область, Республика Коми) и экстрагенитальная патология (Санкт-Петербург, Чувашская республика, Республика Коми), а на территориях с высоким уровнем – заболевания матери, не связанные с настоящей беременностью и осложнения беременности, в частности поздний гестоз (Чеченская Республика) [4]. По данным других авторов, в структуре материнских причин ранних неонатальных потерь в РФ с 2005 г. первое ранговое место занимает рубрика «причина не установлена», составившая в 2010г. 31,4% (87,1 на 100 тыс. родившихся живыми при общем показателе 276,6), опередив традиционные причины гибели ребенка – «осложнения бе-

ременности» (21,6%) и «состояния, не связанные с беременностью» (22,2%) [5]. В связи со сложившейся ситуацией наиболее перспективным способом решения проблемы ранних неонатальных потерь становится исследование материнских факторов риска вышеуказанной патологии.

Цель исследования – изучить динамику и основные тенденции ранней неонатальной смертности в г. Астрахани и Астраханской области за 2001-2011 гг., определить материнские факторы риска ранних неонатальных потерь.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ годовых отчётов сведений о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам ГБУЗ АО КРД за 2001-2011 гг. (уч. форма №32), сплошное ретроспективное исследование 63 историй родов (уч. форма № 096/у) с ранней неонатальной смертью ребёнка (1 группа), 63 историй развития новорожденных (уч. форма № 097/у), умерших в раннем неонатальном периоде, 63 заключений гистологических исследований последов (№ 014/у), 63 медицинских свидетельств о перинатальной смерти (уч. форма №106-2/у-08), ретроспективное исследование 50 историй родов (уч. форма № 096/у) пациенток с благоприятным исходом родов для плода, рождением живого ребёнка с оценкой не менее чем на 8/8 баллов по шкале Апгар и последующим удовлетворительным состоянием новорожденного (2 группа – сравнения) и 50 заключений гистологических исследований последов (№ 014/у) в данной группе.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что за 11 лет ранняя неонатальная смертность снизилась в г. Астрахани в 8 раз (с 9,3‰ в 2001г. до 1,1‰ в 2011г.), а по области – в 2,7 раза (с 7,6‰ в 2001г. до 2,8‰ в 2011г.). Однако, в 3 раза увеличилась доля доношенных среди детей, умерших в раннем неонатальном периоде (62% в 2011г.).

Проведённый анализ свидетельствует о том, что при сопоставимости исследуемых групп по возрасту (средний возраст пациенток в 1-й группе – 23,4±0,67, во 2-й – 24,2±0,4), в обеих группах большинство женщин находилось в активном репродуктивном возрасте (20-29 лет). Однако, в 1-й группе достаточно высоким оказался процент пациенток в возрасте от 15 до 19 лет (19%), в то время как во 2-й группе их было 2% ($p < 0,05$). Кроме того, в 1-й группе 11% обследуемых находилось в возрасте 35-44 лет, а во 2-й группе пациенток старше 34 лет не оказалось. Статистически достоверным является различие групп по социальному статусу. Социально не занятых женщин в 1-й группе больше (50%), чем во 2-й (34%) ($p < 0,05$). Также в 1-й группе пациенток с низким уровнем образования (среднее

школьное) (47%) и его отсутствием (3%) достоверно больше, чем во второй (24%) ($p < 0,05$). В 1-й группе статистически достоверно чаще встречались женщины, не состоявшие в официально зарегистрированном браке (38% против 20%) ($p < 0,05$). В обеих группах 1/3 пациенток не находились на диспансерном наблюдении по беременности. Курящих среди обследованных из 1-й группы было 16%, употребляющих наркотики и алкоголь не выявлено. У 2-й группы женщин вредные привычки отсутствовали. Достоверным является различие сравниваемых групп по акушерско-гинекологическому анамнезу: 73% пациенток в 1-й группе начали половую жизнь до 18 лет, во второй группе таковых – 42%; женщин с двумя и более искусственными абортными и самопроизвольными выкидышами в анамнезе в первой группе больше, чем во второй (44% против 20% и 24% против 6%, соответственно) ($p < 0,001$). При анализе экстрагенитальной патологии статистически достоверное различие между группами было выявлено только в случае анемии (80% против 48%, в том числе с анемией 2-3 ст. – 23% против 6%) ($p < 0,01$). Статистически достоверно чаще в 1-й группе беременность осложнилась преэклампсией различной степени тяжести (54% против 10%), угрозой прерывания беременности (65% против 20%), многоводием (37% против 4%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (73% против 6%) ($p < 0,001$). Более чем в 50% наблюдений в 1-й группе имели место воспалительные заболевания гениталий: кольпит (у 49% пациенток), хронический аднексит (у 35% пациенток), бактериальный вагиноз (у 19% пациенток). В то время как в группе сравнения вышеуказанная патология встречалась значительно реже: воспалительные заболевания гениталий (16%), кольпит (16%), хронический аднексит (6%), а бактериальный вагиноз не был выявлен ($p < 0,001$). В 59% случаев ранних неонатальных потерь имело место внутриутробное инфицирование плода, тогда как в группе сравнения ни одного факта инфицирования плода зарегистрировано не было.

При гистологическом исследовании последов первой и второй групп циркуляторно-дистрофические и воспалительные процессы (базальный децидуит, продуктивный виллузит, фибринозно-десквамативный интервиллузит и плацентарный хорионит) статистически достоверно чаще наблюдались в первой группе ($p < 0,01$). Однако, в обеих группах циркуляторно-дистрофические изменения в последе преобладали над воспалительными.

Анализ причин смерти со стороны плода показал, что ведущая причина ранней неонатальной смерти – дыхательная недостаточность (76%), развившаяся на фоне врожденной пневмонии (45%), болезни гиалиновых мембран (11%) и их сочетания (20%). В 18% наблюдений причиной смерти послужила асфиксия новорожденных. Врожденные пороки развития составили 4%, родовая травма – 2%.

Выводы

1. Как видно из приведённых данных по г. Астрахани и Астраханской области, они существенно не отличаются от общероссийских. Снижение показателей РНС во многом произошло благодаря совершенствованию неонатологической службы. Однако, 3-кратное увеличение доли доношенных среди детей, умерших в раннем неонатальном периоде, высокий процент внутриутробных инфекций препятствуют росту темпов снижения ранних неонатальных потерь в нашем регионе.

2. Наиболее значимыми материнскими факторами раннего неонатального риска являются: низкий социальный статус пациентов, их юный возраст и связанное с этим раннее начало половой жизни, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (два и более искусственных аборта, самопроизвольные выкидыши), анемия, гестозы (преэклампсия) различной степени тяжести, угроза прерывания беременности, многоводие, хроническая фетоплацентарная недостаточность и генитальная инфекция.

При этом весомый вклад в развитие исследуемой патологии внесли отягощённый акушерско-гинекологический анамнез и осложнения беременности с выраженным воспалительным акцентом.

3. Дополнительное изучение причин ранней неонатальной смерти со стороны плода укрепило повсеместную лидирующую позицию респираторных нарушений, ещё раз подчеркнув правильность выбранного направления решения проблемы.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России 2010. Федеральная служба государственной статистики. – М., 2010. – С.201-214, 516.

2. Кулаков В.Н., Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение, Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». – 2004. – №3. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0241/analit02.php> (дата обращения: 24.01.2013).

3. Фролова О.Г., Гудимова В.В., Саламадина Г.Е., Юсупова А.Н. Региональные аспекты перинатальной смертности // Акушерство и гинекология. – 2010. – №5. – С.84-87.

4. Паленая И.И., Цымлякова Л.М., Фролова О.Г., Шувалова М.П. Региональные аспекты ранней неонатальной смертности // Акушерство и гинекология. – 2011. – №3. – С.52-56.

5. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2011 (22). – №6. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru/> (дата обращения: 25.01.2013).