

УДК (618.439:616-053.32) [470.23]

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ: УРОВНИ, ТЕНДЕНЦИИ, ПУТИ СНИЖЕНИЯ

А. Ю. Окунев

Областная детская клиническая больница, г. Санкт-Петербург

Среди показателей, отражающих не только уровень здоровья детского населения, но и качество оказания акушерско-гинекологической и педиатрической (неонатологической) помощи, важное место занимает перинатальная смертность [2]. Несмотря на тенденцию к ее снижению в течение последних лет, она все еще остается высокой по сравнению с развитыми странами. Это обусловлено целым рядом факторов, включая биологические особенности, социально-экономические условия жизни и связанные с ними особенности питания и поведения, уровень здоровья беременных женщин [1, 4, 7], а также состояние организации медицинской помощи [3, 5]. При наличии ряда общих закономерностей по всем приведенным выше аспектам имеются региональные особенности, требующие своего анализа, без чего невозможно научно обоснованное дифференцированное планирование системы мер, направленных на снижение уровня перинатальной смертности [6].

Учитывая это, нами были изучены основные характеристики перинатальной смертности в Ленинградской области, являющейся типичным для Северо-Западного федерального округа субъектом Российской Федерации. Анализ проводился на основании базы данных, сформированной в Ленинградской областной детской клинической больнице, и охватывал период с 1994 по 2003 год.

За данный период показатель перинатальной смертности в области был ниже общероссийского и снизился за десять лет с 14,7 до 8,1 ‰ (табл. 1). Это обусловлено преимущественно динамикой ранней неонатальной смертности.

В меньшей степени происходило снижение уровня мертворождаемости (табл. 2), который за все сравниваемые годы (кроме 2000) был также ниже, чем в РФ (табл. 3). Если в 1999 году в структуре мерт-

Таблица 1

Динамика уровня перинатальной смертности в Ленинградской области и РФ
(на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)

Год	РФ	Ленинградская область
1994	17,0	9,8
1995	15,8	12,4
1996	15,9	11,4
1997	15,8	10,9
1998	15,0	9,2
1999	14,2	11,3
2000	13,2	11,6
2001	12,8	9,4
2002	12,1	10,3
2003	11,2	8,1

В статье приводятся показатели перинатальной смертности в Ленинградской области в сопоставлении с общероссийскими показателями, анализируются такие ее компоненты, как мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность. Приводится динамика уровня недонашиваемости как важного фактора, влияющего на показатель перинатальной смертности в области, предлагаются мероприятия по снижению этого показателя.

Ключевые слова: перинатальная, интранатальная и ранняя неонатальная смертность, мертворождаемость, недонашиваемость.

Таблица 2

Динамика перинатальной смертности в Ленинградской области

Год	Перинатальная смертность	Показатель наглядности, %	Ранняя неонатальная смертность	Показатель наглядности, %	Мертворождаемость	Показатель наглядности, %
1994	9,8	66,7	3,8	57,8	6,0	79,8
1995	12,4	84,4	5,9	81,9	6,6	86,8
1996	11,4	77,6	3,9	54,2	7,5	93,9
1997	10,9	74,1	4,1	56,9	6,8	89,5
1998	9,2	62,6	2,8	38,9	6,5	89,5
1999	11,3	76,9	4,5	62,5	6,9	90,8
2000	11,6	78,9	3,8	52,8	7,8	102,6
2001	9,4	63,9	9,5	48,6	6,0	78,9
2002	10,3	70,1	1,9	26,4	5,7	75,0
2003	8,1	55,1	2,6	36,1	5,5	72,4

ворождаемости примерно равную долю составляли случаи антенатальной (56,7 %) и интранатальной (43,3 %) смерти, то в последующем отмечается явное преобладание первого компонента, на долю которого приходится (за сравниваемые годы) от 70,2 до 93,8 % случаев (табл. 3).

погибают в раннем или позднем неонатальном периодах, то у них с наибольшей частотой выявляются тяжелые неврологические нарушения, и они представляют группу наиболее высокого риска как по формированию ранней инвалидности, так и по смертности в постнеонатальном периоде.

Таким образом, в Ленинградской области на фоне снижающейся ранней неонатальной смертности удельный вес мертворождаемости остается значительным и превышает первый показатель. В соотношении этих

показателей становится очевидным нарастание доли второго, усугубляющееся в динамике: 1,1:1 в 1991 году против 2,1:1 в 2000-м.

В структуре причин мертворождаемости преобладают (66,2 %) болезни перинатального периода. Внутри

Таблица 3

Динамика структуры мертворождаемости в Ленинградской области

Год	Общее число мертворожденных	В том числе			
		антенатальная смерть		интранатальная смерть	
		абс. число	%	абс. число	%
1994	94	66	70,2	28	29,8
1995	85	68	80,0	17	20,0
1996	84	59	70,2	25	29,8
1997	80	75	93,8	5	6,3
1998	79	63	79,7	16	20,3
1999	74	55	74,3	19	25,7
2000	72	57	79,2	15	20,8
2001	74	62	83,8	12	16,2
2002	76	63	82,9	13	17,1
2003	75	56	74,7	19	25,3

Структура мертворождаемости изменилась после введения критериев ВОЗ по определению живого и мертворождения (приказ МЗ РФ № 318 от 04.12.92 г.). Новорожденных с крайне тяжелыми формами интранатальной асфиксии, которые ранее не подлежали реанимации, стали относить к живорожденным. То, что при этом не произошло увеличение показателя перинатальной смертности, можно объяснить высоким техническим оснащением родильных домов и реанимационных отделений, а также возросшим профессионализмом неонатологов и реаниматологов, которые научились выхаживать эту группу больных. В то же время следует подчеркнуть, что если новорожденные данной группы не

отмеченная до начала родов, на долю которой приходится 57,1 %. Далее с удельным весом 14,3 % следует гипоксия, отмеченная во время родов (т. е. суммарно на долю внутриутробной гипоксии приходится 71,4 %), 12,2 % случаев смерти связано со сдавливанием пуповины. По 4,1 % приходится на асфиксию в родах и внутричерепное не-травматическое кровоизлияние. Остальные причины встречались в единичных случаях.

Второе место в структуре мертворождаемости принадлежит врожденным anomalies, удельный вес которых составляет 18,9 %. Это преимущественно множественные anomalies развития, составляющие 42,9 % в структуре данного класса,

врожденные пороки сердца — 21 % и пороки развития нервной системы — 9,4 %. На осложнения беременности и родов (преждевременная отслойка плаценты) приходится 9,5 % причин смерти, на внешние причины — 4,1 %, на инфекционные болезни — 1,4 %.

Важно отметить, что проблема перинатальной смертности вообще и мертворождаемости в частности — это во многом проблема невынашиваемости. Так, среди недоношенных детей показатель мертворождаемости составил в 2000 году 65,7 % (а при массе тела 1 000–1 499 г — 262,3 %). При этом динамика уровня недоношиваемости (число родившихся недоношенными на 1 000 родившихся

живыми) неоднозначна. Если в 1985 году этот показатель в Ленинградской области составлял 57 ‰, в 1990 году он увеличился до 80 ‰ и до 1999 года держался на уровне 78–82 ‰. Лишь с 2000 года (до 2003 — по годам) наметилась некоторая тенденция к его снижению: 70,0, 67,0, 61,0 и 65,0 ‰. За весь указанный период данный показатель в области был выше, чем в среднем по России (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателя недонашиваемости в Ленинградской области

Год	Недонашиваемость (число родившихся недоношенными на 1 000 родившихся живыми)	
	РФ	Ленинградская область
1985	53,4	57,0
1990	54,5	80,0
1995	60,6	78,0
1996	61,2	80,0
1997	61,7	82,0
1998	61,1	79,0
1999	62,9	78,0
2000	59,2	70,0
2001	58,0	67,0
2002	57,6	61,0
2003	НД	65,0

Среди причин данного явления можно выделить высокую и нарастающую в динамике частоту экстрагенитальной патологии. Так, из общего числа родов более половины в 1990 году (54,5 %) и подавляющее большинство в 2003-м (90 %) пришлось на беременных с риском по экстрагенитальной патологии. Кроме того, увеличился удельный вес родов с осложнениями: 42 % в 1990 году против 62,3 % в 2003-м. О неблагополучии в состоянии здоровья беременных и рожаящих женщин свидетельствует и тот факт, что возросла частота кесаревых сечений: 6 % случаев в 1990 году против 14,2 % в 2003-м (из них соответственно 40,8 и 46,7 % — в плановом порядке).

Второй немаловажной причиной является практически не снижающаяся (несмотря на некоторые колебания показателя в динамике) частота аборт. Так, в 1996 году он составлял 50,8 на 1 000 женщин фертильного возраста, затем к 1999 году показатель снизился до 41,6 ‰ с последующим ростом до 58,0 ‰ в 2001-м. В 2003 году он составил 50 ‰, т. е. находился фактически на уровне 1996-го.

Проведенный анализ позволил разработать предложения, направленные на снижение показателя перинатальной смертности. Основные из них представлены ниже.

1. Совершенствование наблюдения беременных в женских консультациях, включая следующие мероприятия:

- постоянный мониторинг в группе беременных высокого риска по материнской и перинатальной смертности, в основе которой лежит автоматизированная программа угрозометрической оценки;

- своевременная диагностика и лечение урогенитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста;
- своевременная коррекция латентного и явного дефицита железа;
- использование фолиевой кислоты в качестве пищевой добавки для уменьшения риска рождения детей с пороками нервной трубки.

2. Совершенствование организационно-методической работы (начиная с фельдшерско-акушерских пунктов и заканчивая учреждениями областного уровня) по планированию семьи и профилактике абортов.

3. Переоснащение всех ЛПУ области современными аппаратами ультразвуковой диагностики с цветными доплерами, что позволит повысить уровень ультразвуковой диагностики врожденных пороков развития на ранних сроках гестации.

4. Внедрение современных перинатальных технологий в работу всех родовспомогательных учреждений области, расширение сети дневных стационаров в акушерстве и гинекологии.

5. Постоянная работа с администрациями муниципальных образований по вопросу социальной поддержки беременных и кормящих матерей (бесплатный проезд на консультацию и лечение в пределах области, организация дополнительного питания, бесплатная витаминизация и лечение анемии).

6. Обучение педиатров и акушеров методам оказания ургентной помощи новорожденным, совершенствование работы реанимационного консультативного центра, а также отделения реанимации и интенсивной терапии, увеличение объема медико-генетического консультирования и диспансеризации женщин с риском по врожденной и наследственной патологии, внедрение более перспективных методов пренатальной диагностики.

7. Увеличение федерального и регионального финансирования региональных комплексных программ охраны здоровья семьи (охрана материнства и детства, планирование семьи, питание и санитарное просвещение).

Только комплексный подход с участием всех заинтересованных структур (начиная с органов власти и заканчивая всеми учреждениями здравоохранения) позволит добиться значительного снижения уровня перинатальной смертности.

Список литературы

1. Волина С. Г. Факторы риска внутриутробной инфекции плода и новорожденного // Актуальные проблемы перинатологии / С. Г. Волина, Г. А. Козак : тезисы докладов науч.-практ. конф. — СПб., 1995. — С. 26–27.
2. Глиняная С. Ц. Перинатальная смертность (статистика, причины, факторы риска) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Ц. Глиняная. — М., 1994. — 26 с.
3. Каган А. В. Антенатальная диагностика хирургической патологии плода — общие принципы ведения беременности / А. В. Каган, Т. К. Немилова, Д. В. Воронин // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч. тр. / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. Вып. 8. — СПб., 2003. — С. 511–513.

4. Орел В. И. Медико-социальные аспекты социальной незащищенности при беременности и родах / В. И. Орел, И. Ю. Стволинский, И. В. Грандильевская и др. // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. Вып. 8. — СПб., 2003. — С. 550–555.

5. Цымбал Д. Е. Пути совершенствования экстренной медицинской помощи новорожденным Саратовской области / Д. Е. Цымбал, М. Ю. Свиначев // Детская больница. — 2005. — № 3 (21). — С. 3–7.

6. Шабалов Н. П. Неонатология. В 2 т. Т. 1. / Н. П. Шабалов. — СПб., 1997. — 250 с.

7. Ashnorth A. Effect of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children / A. Ashnorth // Eur. J. Clin. Nutr. — 1998. — Vol. 52 (suppl). — P. 34–42.

PERINATAL MORTALITY IN LENINGRAD REGION: LEVELS, TENDENCIES, WAYS OF ITS LOWERING

A. Yu. Okunev

Regional Children's Clinical Hospital, Saint-Petersburg

In the article, the indices of perinatal mortality in the Leningrad region in comparison with the All-Russian indices have been given, its components such as mortinatality, early neonatal mortality have been analyzed. The dynamics of the level of prematurity as an important factor affecting the index of perinatal mortality in the region has been shown, measures for lowering of the index have been proposed.

Key words: perinatal, intranatal and early neonatal mortality, mortinatality, prematurity.