

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

О.В. Шарпова, И.Г. Низамов, В.И. Кулаков

Министерство здравоохранения (министр — доц. О.В. Шарпова) Чувашской Республики, кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранением (зав. — проф. И.Г. Низамов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (директор — акад. РАМН В.И. Кулаков) Российской академии медицинских наук, г. Москва

Перинатальная смертность (ПС) является одним из основных показателей, характеризующих социально-экономическое развитие общества, санитарное состояние среды обитания человека, в весьма концентрированном виде отражает уровень образования и культуры, качество и доступность медицинской помощи, распределение социальных и материальных благ в обществе, климато-географические различия, национальные традиции и обычаи, возрастно-половой состав населения и т.д. [1—3].

Отсутствие существенных положительных тенденций в динамике ПС как по России в целом, так и в Чувашской республике, а также использование отечественным здравоохранением и статистикой в настоящее время критериев мертворожденности ВОЗ вызвали значительное число научных исследований в области перинатологии [4, 5]. С учетом значительных колебаний уровня ПС по регионам России можно предположить, что успех в этой области во многом будет зависеть от умения адекватно оценивать региональные особенности [5, 6]. Отсюда весьма актуальны изучение особенностей динамики, частоты и структуры причин ПС в конкретных условиях Чувашской республики, а также повышение качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Целью настоящего исследования являлось углубленное многомерное исследование медико-социальных причин ПС в Чувашской республике.

Методом “слепой выборки” ретроспективно проанализировано 1196 карт со случаями ПС с 1986 по 1996 г. Контрольной группой служили 434 случая

рождения живых детей. Были изучены первичные документы (обменные карты женских консультаций, историй родов и развития новорожденных) по всем случаям ПС в 21 административном районе республики и 4 родильных домах г. Чебоксары.

Для математической обработки полученных результатов нами использовались методы построения матриц показателей-признаков изучаемого процесса в соответствии с перинатальной картой (процент встречаемости), вычисления матриц коэффициентов парных корреляций между признаками, оценки статистической достоверности исследуемой выборки по критерию Стьюдента, регрессионного анализа.

ПС в целом по Чувашской республике за последние 10 лет (1986—1996 г.) колебалась от 13,3 до 18,3 на 1000 родившихся (в среднем $15,4 \pm 1,4$). Наиболее высокой и в то же время относительно стабильной она была в городах республики (17,8): в Чебоксарах — 19,1, в Алатыре — 24,4, в Новочебоксарске — 15,4, в Шумерле — 15,4, в Канаше — 14,9. По районам республики ПС в среднем за 10 лет составила 14,4. На протяжении этого времени относительно высокой она была зарегистрирована в Алатырском (18,0), Вурнарском (18,7), Красночетайском (20,4) районах, прогрессивно увеличиваясь в Батыревском районе (с 8,9 до 20,2) и прогрессивно снижаясь в Цивильском (с 17,3 до 2,7).

Среди всех перинатальных потерь по республике за 10 лет 26% случаев произошло в городах республики и 74% — в районах. Антенатальная гибель плода наблюдалась в 27,8% случаев (в городах — 34,9%, в селах — 25,2%), интранаталь-

ная — в 29,3% (в городах — 23,1%, в селах — 31,6%), ранняя неонатальная — 22,6% (в городах — 24,1%, в селах — 22,0%).

С 1986 по 1996 г. показатель ante- и интранатальной смертности в целом по республике существенно не изменился.

Среди перинатальных потерь при срочных родах преобладали ante- и интранатальные потери (30,6% и 36,8% соответственно, всего 67,4%), а при преждевременных родах — интранатальные и потери в первые сутки жизни (24,5% и 35,4% соответственно, всего 67,2%).

Основными причинами ПС, по данным патологоанатомических вскрытий, являлись асфиксия плода (32%), врожденные пороки развития (16%), родовая травма (12,7%) и внутриутробное инфицирование (11%).

Средний возраст рожениц в обследованной группе составлял $26,2 \pm 4,3$ года, причем у женщин со срочными родами — $26,9 \pm 3,2$ года, с преждевременными — $24,6 \pm 3,6$ года. Старше по возрасту оказались женщины из сельской местности — $26,5 \pm 4,5$ года (из города — $25,2 \pm 4,3$ года).

У 56,7% женщин выявлены профессиональные вредности, особенно у жительниц сельской местности по сравнению с горожанками (соответственно у 58,6% и 48,9%). В 1986 г. профессиональные вредности были зарегистрированы у 62,1% женщин, в 1994 г. — у 42,3%. В структуре отраслей с профессиональными вредностями в целом выделялись химическое производство (22,3%), текстильная промышленность (13,2%), животноводство (28,4%) и сельское хозяйство в связи с использованием ядохимикатов (14,7%), при этом в городе — химическое производство (43,9%) и текстильная промышленность (18,2%), а в сельской местности — животноводство (34,5%), сельское хозяйство (14,5%) и химическое производство (17,1%). У женщин со срочными и преждевременными родами достоверных различий в структуре профессиональных вредностей не выявлено.

За 10 лет структура профессиональной вредности в целом изменилась. Если в 1986 г. каждый вид встречался с одинаковой частотой (химическое производство — 11,34%, текстильная про-

мышленность — 11,3%, животноводство и растениеводство — по 19—20%), то к 1996 г. лидировали животноводство (57,1%), растениеводство (28,7%) и текстильная промышленность (14,2%).

Обращал на себя внимание тот факт, что во время беременности женщин не переводили на более легкую работу, — 91,3% беременных, нуждавшихся в более легких условиях труда, остались без внимания. В течение 10 лет это число женщин было одинаково значительным как при срочных (90,0%), так и при преждевременных (93,5%) родах, несколько выше в селе (92,7%), чем в городе (86,1%).

Среди факторов социального неблагополучия преобладал низкий материальный уровень жизни (63,8%). Достоверные изменения за 11 лет произошли в структуре факторов социального неблагополучия. Если в 1986 г. низкий материальный уровень был отмечен у 30% женщин, то в 1996 г. — у 87,5%. В 1986 г. неполные и многодетные семьи, а также незарегистрированные браки встречались одинаково часто (в целом 20—23%), в 1996 г. их стало значительно меньше (не более 13%).

При анализе перинатальных карт было установлено, что 73,5% женщин не имели в анамнезе заболеваний. Среди 26,5% женщин, у которых они были, преобладали лица, перенесшие в прошлом инфекционные и паразитарные болезни (19,8%), болезни мочеполовой системы (18,3%), органов дыхания (14,9%) и пищеварения (3,1%), анемия (5,5%), а также их сочетания.

Обращала на себя внимание высокая частота кровотечений (у 10,9%) в связи с отслойкой и предлежанием плаценты при предыдущих беременностях.

64,5% женщин при данной беременности регулярно наблюдались в женской консультации, 42,9% из них были взяты на учет до 12 нед, 43,1% — в сроки от 12 до 23 нед беременности. 19 (2,4%) беременных не были на учете. В городах состояли на учете регулярно 75,9% женщин, в селах — лишь 60,1%. При беременности до 12 нед в городах на учет были взяты 56,8% женщин, в селах — только 37,1%, в сроки 12—23 нед — соответственно 31,2% и 48,3%. Нерегулярно наблюдались в женской консультации женщины, у которых про-

изошли преждевременные роды (47,9%). В этой же группе была высока частота поздней постановки женщин на учет (в 40,8% случаев в сроки 12—32 нед и в 8,4% — в сроки свыше 23 нед). 3,7% женщин вообще не состояли на учете.

У 12,4% женщин обследованной группы имела место угроза невынашивания (в 16,9% случаев в городах и в 10,7% — в селах; в 19,5% случаев при преждевременных родах и в 10,5% — при срочных). Пиелонефрит был зарегистрирован у 3,9% женщин (у 7,8% в городах и у 2,5% в селах), нефропатия — у 1,8% (у 1,2% в городах и у 2% — в селах). У 70,3% женщин наблюдался дефицит массы тела, у 8% — ее превышение. У женщин с дефицитом массы тела преждевременные роды происходили чаще — у 85,4% (срочные — у 49,1%).

При оценке факторов риска внутриутробной гипоксии плода [4] оказалось, что лишь у 21,7% женщин был низкий риск ее развития, а почти у половины — высокий (36,6%) и крайне высокий (10,9%). Перед родами число беременных с низким риском ее развития уменьшилось в 2 раза (11,9%), а с крайне высоким, наоборот, увеличилось в 2 раза.

Среди городских женщин беременные с низким риском развития внутриутробной гипоксии составляли 16,2%, со средним — 36,5%. В то же время среди сельских жительниц данные показатели были ниже (23,4% и 28,9%), а женщин с крайне высоким риском наблюдалось значительно больше — 12,1% (в городах — 7,4%). Перед родами число женщин с низким риском уменьшилось до 11,4% в городах и до 12,1% в селах, однако с крайне высоким риском увеличилось почти вдвое в городах (12,2%) и более чем вдвое в селах (25,6%). Таким образом, перед родами у 57,6% женщин в городах и у 62,8% женщин в селах был высокий и крайне высокий риск развития внутриутробной гипоксии плода.

Существенных различий в оценке факторов риска между группами женщин со срочными и преждевременными родами выявлено не было. У 55,9% женщин со срочными и у 54,5% с преждевременными родами был низкий и средний риск развития внутриутробной гипоксии плода. К родам произошло перераспределение по группам высокого и крайне высокого риска: 54,5% — при срочных и 56,1% — при преждев-

ременных родах. Перед родами этот показатель уменьшился почти в 3 раза (3,6%), а число женщин с крайне высоким риском увеличилось с 9,5 до 33,7%.

Существенных различий в структуре оценки факторов риска развития внутриутробной гипоксии за 10 лет не обнаружено.

Итак, основными предрасполагающими факторами ПС являются высокая заболеваемость женщин в анамнезе и при беременности инфекционными и воспалительными заболеваниями, низкий социально-экономический и материально-бытовой уровень жизни, отсутствие должной оценки факторов риска ПС врачами женских консультаций, а следовательно, неадекватная профилактика ПС во время беременности и отсутствие прегравидарного консультирования женщин. Можно предложить следующие пути снижения ПС: это всесторонняя оценка факторов риска, наблюдение женщин с высоким риском развития ПС специалистами перинатального центра или врачами специализированного приема, диагностика инфекционной патологии, выявление скрытых форм, лечение и профилактика осложнений, организация прегравидарного консультирования женщин, особенно при повышенном риске ПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. Фетоинфантильные потери. — Казань, 1997.
2. Баранов А.А., Барашичев Ю.И.//Акуш. и гин. — 1990. — № 5. — С. 3—8.
3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). — М., 1997.
4. Глиняная С.В. Перинатальная смертность (статистика, причины, факторы риска): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Москва, 1994.
5. Buchmann E.J., Crofton Briggs I.G., McIntyre J.A.// S.Afr. Med. J. — 1992. — Vol. 81. — P. 419—421.
6. Xiaocheng J.//Early Hum. Dev. — 1992. — Vol. 29. — P. 203—206.

Поступила 03.07.98.

BASIC CAUSES OF PERINATAL MORTALITY AT THE REGIONAL LEVEL

O.V. Sharapova, I.G. Nizamov, V.I. Kulakova

Summary

On the basis of complex multidimensional study of perinatal mortality causes in Chuvash Republic during 1986—1996 the authors revealed and quantitatively measured the factors causing perinatal mortality. The work is performed on the basis of 1196 cases of perinatal mortality which are collected all over the Chuvash Republic. The adequate directions of the given mortality type prevention are suggested.