

2. Давиденко В.И., Деряпа Н.Р., Дарьяни С.А. // Адаптация к экстремальным геофизическим факторам и профилактика метеотропных реакций. – Новосибирск, 1989. – С. 25.

3. Деряпа Н.Р. // Региональные особенности здоровья жителей Заполярья. – Новосибирск, 1983. – С. 6–11.

4. Попова Е.К., Иванов К.И., Аронов Д.М. // Профилактика неинфекционных заболеваний как один из приоритетов сохранения здоровья. – Якутск, 2000. – С. 32–33.

5. Поликарпов Л.С. // Научные труды АМН СССР. Сибирское отделение / под ред. Деряпа Н.Р. – Новосибирск, 1981. – С. 65–68.

6. Флоря В.Г. // Кардиология. – 1997. – № 5. – С. 63–70.

7. Хаснулин В.И., Шургая А.М., Хаснулина А.В. и др. // Вестник межрегиональной ассоциации здравоохранения Сибири. – Новосибирск, 1998. – С. 8–15.

8. Шляхто Е.В., Конради А.О., Захаров Д.В. и др. // Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 49–55.

9. Ganau A., Devereux R.B., Roman M.J.

et al. // J Am Coll Cardiol. – 1992. – Vol 19. – P. 1550–1558.

10. Kannel W.B. // Cardiology. – 1992. – Vol. 81. – P. 291–298.

11. Koren M.J., Devereux R.B., Casale P.N., et al. // Ann Intern Med. – 1991. – Vol. 114. – P. 345–352.

12. Levy D., Garrison R.J., Savage D.D. et al. // N Engl J Med. – 1990. – Vol. – 322. – P. 1561–1566.

13. Verdecchia P., Borgioni C. et al. // Am J Hypertens. – 2003. – Vol. 16, Pt. 1. – P. 895–899.

УДК 618.439 : 616 - 036.88/- 053.31
(571.61) : 311.175

Л.З. Гостева, Л.Г. Манаков

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ НА ТЕРРИТОРИИ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

В последние годы большое внимание стало уделяться изучению рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения показателя фетоинфантильных потерь (ФИП), объединяющего мертворождаемость и младенческую смертность. Целью работы явилось определение динамики и структуры показателя фетоинфантильных потерь на территории Амурской области. В процессе работы был проведен анализ 727 случаев смерти плодов с массой тела 1000 г и более и детей, умерших в возрасте до 1 года, за 2002 – 2006 гг.

In recent years much attention has been paid to the study of the indices of fetoinfantile losses (FIL) including abortions and infantile deaths, recommended by World Health Organization. The aim and purpose of our research is to establish the dynamics and structure of fetoinfantile losses in the Amur Region. In the course of our research we analyzed 727 cases of fetus deaths whose weight was 1000 gms and above and infants who died in the age before a year is age in the period from 2002 up to 2006.

Снижение рождаемости, рост смертности населения трудоспособного возраста, высокие показатели младенческой смертности и как следствие этих процессов отрицательный естественный прирост населения выдвигают перед учеными-медиками и практическим здравоохранением задачу поиска новых путей выхода из сложившейся кризисной ситуации [1].

Важным направлением в этой области является профилактика перинатальной и младенческой смертности. Для анализа эффективности службы материнства и детства целесообразно применять используемый ВОЗ интегрированный показатель фетоинфантильных потерь (ФИП), объединяющий мертворождаемость и смертность детей первого года жизни, так как он характеризует уровень как педиатрической, так и акушерско-гинекологической службы и определяет качество и адекватность оказания помощи женщине и ребенку на всех ее этапах [2].

Целью нашего исследования явилось изучение медико-социальных особенностей

фетоинфантильных потерь на территории Амурской области.

Материалы и методы

В процессе работы была предусмотрена экспертиза всех случаев мертворождений (плоды с массой тела 1000 г и более) и смерти детей в возрасте до 1 года за период 2002 – 2006 гг.

Для анализа изучаемой проблемы использовались статистические показатели, характеризующие уровень и структуру потерь жизнеспособных детей в раннем и позднем неонатальном, неонатальном и постнеонатальном периодах, показатель мертворождаемости.

Объектами исследования явились 727 пар «мать – дитя». Для сбора информации была использована выкопировка данных из первичной медицинской документации в специально разработанную Карту экспертной оценки фетоинфантильной смертности.

В эту карту была внесена вся информация о здоровье матери, течении беременности и родов, развитии ребенка в соответствующие периоды жизни.

Сбор материала проводился ретроспективно сплошным методом.

Соответственно периодам гибели жизнеспособные дети были разделены на 4 группы. Первую группу составили

204 мертворожденных, вторую – 292 новорожденных, которые умерли в ранний неонатальный период (в течение первых 168 часов), третью группу – 94 новорожденных, умерших в поздний неонатальный период (с 7 – 28 день) и четвертую группу составили 137 новорожденных, которые умерли в постнеонатальный период (с 28-го дня до 1 года).

В рамках экспертизы проводилась оценка курабельности пороков развития плода и новорожденного (с точки зрения сохранения жизни) в соответствии с классификацией В.А. Шапкайца (2001).

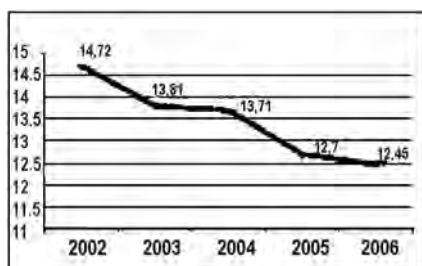
Результаты и обсуждение

Анализ показателя ФИП за 5-летний период наблюдения выявил, что в целом по области наблюдается тенденция к его снижению с 14,70 до 12,45/00 (рисунок).

Общеизвестно, что среди детей, умерших в первый год жизни, большая часть погибает в возрасте до одного месяца, то есть в неонатальном периоде. В этой возрастной группе большая часть погибает в раннем неонатальном возрасте, то есть до 6 дней.

По данным нашего исследования, среди всех потерь жизнеспособных детей (ФИП) за период 2002–2006 гг. также преобладала ранняя неонатальная смертность (40,2%), умершие в антен-

ГОСТЕВА Лилия Завеновна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Амурской государственной медицинской академии; **МАНАКОВ Леонид Григорьевич** – д.м.н., проф., ученый секретарь ДНЦ ФПД СО РАМН.



Показатель ФИП в Амурской области за 2002–2006 гг., %

интранатальном периоде составили 28,1%, потери детей в возрасте 7–28 дней – 12,9% и потери детей в возрасте 29 дней–1 год – 18,8%.

Занимающая лидирующее положение ранняя неонатальная смертность постепенно снижалась с 6,65 до 4,88‰. Далее следовала мертворождаемость с тенденцией к снижению (с 4,56 до 3,83 на 1000). Смертность в позднем неонатальном периоде имела скачкообразный характер с пиком в 2004 г. (2,44‰) и с минимальным значением (1,05‰) в 2002 г. Смертность в постнеонатальном периоде также имела тенденцию к снижению с 2,47‰ в 2002 г. до 1,92 в 2006 г. (таблица).

Преждевременные роды продолжают оставаться наиболее частой причиной неонатальной заболеваемости и смертности. По данным нашего исследования, наибольший удельный вес среди всех ФИП составили недоношенные (до 38 недель) – 53,2%, что соответствует средним мировым показателям. Доношенные новорожденные (38–40 недель) составили 45,1% и переношенные (41 неделя и более) – 1,7%.

Масса ребенка при рождении имеет самое непосредственное влияние на его жизнеспособность. В этом мнении единодушны практически все ученые, занимающиеся проблемой детской смертности.

В группе недоношенных преобладали дети с массой тела менее 2500 г. Примечательно, что среди мертворожденных преобладали плоды с массой до 1000г.

В группе доношенных по всем периодам смерти, кроме мертворожден-

ных, преобладали дети с массой тела более 2500г.

Корреляционная связь между неделей гестации и массы тела при рождении прямая, сильная, достоверная ($r=0,7$, $P>99\%$), следовательно, наши данные подчеркивают известный факт взаимосвязи гестационного возраста и массы тела при рождении.

Как показал анализ, ведущими непосредственными причинами мертворождаемости были внутриутробная гипоксия (асфиксия плода антенатальная) и асфиксия плода интранатальная. В общей сложности они составили 67,9%, при этом антенатальная асфиксия встречалась в 2 раза чаще, чем интранатальная, и имела тенденцию к росту. Достаточно высокий удельный вес среди всех причин мертворождаемости имеют врожденные аномалии и хромосомные нарушения – 19,2%, что свидетельствует о несовершенстве диагностических мероприятий, низкой разрезающей способности ультразвуковой техники, недостаточной квалификации специалистов.

Анализ непосредственных причин, приведших к смерти новорожденного в первую неделю жизни, показал, что лидирующее положение в течение изучаемого периода занимал респираторный дистресс-синдром новорожденного (33,1%), на втором месте были инфекционные болезни, в том числе внутриутробные инфекции (19,8%). На третьем – врожденные аномалии, или пороки (ВПР), развития (22,3%).

Основную долю в структуре причин смерти детей в позднем неонатальном периоде составили отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (55,3%), на втором месте – врожденные аномалии (18,9%), на третьем месте – болезни органов дыхания (7,9%) и инфекционные и паразитарные болезни (7,4%).

Структура причин смерти в постнеонатальном периоде существенно отличалась от таковой во все описанные ранее периоды. Доминирующее положение занимали инфекционные и паразитарные заболевания (24,5%), на втором месте были ВПР (23,1%), на третьем – болезни органов дыхания (10,2%). Настораживают высокие показатели синдрома внезапной смерти (8,2%), что говорит о недостатках экспертизы смертности младенцев и требует дополнительного изучения.

Врожденные пороки развития стойко занимали одно из ведущих мест среди непосредственных причин гибели детей. За изучаемый период в структуре ВПР на первом месте (29,4%) были

множественные пороки развития, на втором (25,3%) – ВПР нервной системы, на третьем (20,7%) – ВПР системы кровообращения, на четвертом (12,6%) – ВПР и деформации костно-мышечной системы, далее врожденные аномалии ЖКТ (6,3%) и прочие.

Среди всех потерь жизнеспособных детей от ВПР значимую долю (40,6%) составили умершие в раннем неонатальном периоде. Среди мертворожденных потери от ВПР составили 25,1%, в позднем неонатальном и в постнеонатальном периодах соответственно 10,3 и 24%.

В структуре всех выявленных у умерших детей врожденных пороков развития преобладали incurable – 54,7%. Доля же curable (10,6%) была незначительна. Удельный вес условно curable случаев составил 29,4%, неуточненных ВПР – 5,3%.

Из всех выявленных врожденных аномалий развития и хромосомных нарушений лишь 24% были выявлены пренатально. 59,1% ВПР были выявлены уже после рождения и 16,9% – лишь посмертно у детей после рождения, что говорит о недостатках в организации системы медико-генетического консультирования и несовершенстве ультразвуковой диагностики во время беременности. Это положение, в частности, подтверждается тем, что в исследуемой группе у 33,4% женщин вообще нет сведений об ультразвуковом обследовании, а в 60,2% случаев оно было недостаточным.

Выводы

1. Анализ показателя ФИП за 5-летний период наблюдения выявил, что в целом по области наблюдается тенденция к его снижению с 14,72 до 12,45‰.

2. Среди всех потерь преобладала ранняя неонатальная смертность, которая постепенно снижалась с 6,65 до 4,88‰.

3. Высокий процент ВПР, не выявленных пренатально, а также женщин не прошедших УЗ-обследование или прошедших его в неполном объеме, свидетельствует о низком качестве УЗ-диагностики, а также о недостаточном оснащении современной УЗ-аппаратурой ЛПУ родовспоможения в области.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. [и др.] // Здоровоохр. Рос. Федерации. – 1997. – №3. – С.36–37.
2. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Глиная С.В., Гудимова В.В. // Там же. – 1994. – №2. – С.25–27.

Возрастная структура ФИП в Амурской области, ‰

Дети	Год				
	2002	2003	2004	2005	2006
Мертворожденные	4,56	3,68	3,07	3,83	3,83
0–6 дней	6,65	5,65	4,49	6,23	4,88
7–27 дней	1,05	1,79	2,44	1,59	1,82
28–365	2,47	2,69	3,52	2,05	1,92