

Literature

1. Alimetov A.Kh. Surgical methods of treatment of bilateral paralytic stenosis of the larynx // *Kazan Medical Journal*. – 2016. – № 5. – P. 749-754. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskie-metody-lecheniya-dvustoronnih-paraliticheskikh-stenozov-gortani> (date accessed: 05/22/2020).
2. Deryagin N.I., Korita V.R., Mikhetskina S.I. Diagnostics and treatment of postoperative paresis and paralysis of the larynx // *Far Eastern medical journal*. – 2011. – № 3. – P. 78-80.
3. Dolgov OI «Endoscopic surgical treatment and rehabilitation of patients with paralytic stenosis of the larynx»: diss. ... Cand. Med. Sciences: 14.01.03 / Dolgov Oleg Igorovich; [Place of defense: First St. Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov]. – St. Petersburg, 2015. – 147 p.
4. Kokorina V.E., Horuk S.M. Method for endoextralaryngeal surgical treatment of paralytic laryngeal stenosis. Patent 2525220 RF, class. IPC A 61 at 17/24, 2014. – e-mail. resource www.findpatent.ru.
5. Podkopaeva Yu.Yu., Krivopalov A.A. Modern ideas about the diagnosis and treatment of chronic bilateral paralytic stenosis of the larynx // *Ros. otorhinolaryngology*. – 2013. – № 6 (67). – S. 146-155.
6. The method of determining the change in the area of the glottis in the dynamics of the treatment / Dolgov OI, Karpishchenko SA // Pat. 2564751 Rus. Federation. No. 2014141848/14; declared 10/16/14; publ. 10.10.15 // *Bul. № 28*. – 3 p.
7. Yagudin R.K., Demenkov V.R., Yagudin K.F. On the question of the state of the larynx after damage to the recurrent laryngeal nerves // *Bulletin of otorhinolaryngology*. – 2008. – No. 6. – P. 59-63.
8. Yagudin R.K., Demenkov V.R., Yagudin K.F. Surgical interventions for median paralytic stenosis of the larynx // *Bulletin of otorhinolaryngology*. – 2011. – № 2. – P. 80-85.
9. Adjustable laterofixation of the vocal fold in bilateral vocal fold paralysis / W.F. Ezzat [et al.] // *Laryngoscope*. – 2010. – Vol. 120, № 4. – P. 731-733.
10. Jackowska J., Sjogren E.V., Bartochowska A., et al. Outcomes of CO2 laser-assisted posterior cordectomy in bilateral vocal cord paralysis in 132 cases // *Lasers Med Sci*. – 2018. – Jul; 33(5). – P. 1115-1121.
11. Joliat G.R., Guarnero V., Demartines N., Schweizer V., Matter M. Recurrent laryngeal nerve injury after thyroid and parathyroid surgery: Incidence and post-operative evolution assessment // *Medicine (Baltimore)*. – 2017. – № 96 (17). – P. 66-74.
12. Korkmaz M.H., Bayir O., Cadalli, et al. Glottic airway gain after 'suture arytenoid laterofixation' in bilateral vocal cord paralysis // *Acta Otolaryngol*. – 2015. – № 135. – P. 931-936.
13. Su W.F., Lan M.C., Liu S. C. Suture lateralisation plus arytenoid cartilage release for treating bilateral vocal fold immobility with mechanical fixation // *Acta otorhinolaryngologica Italica*. – 2019. – № 39 (1). – P. 18-21.
14. Wiegand S., Teymoortash A., & Hanschmann H. Endo-extralaryngeal Laterofixation of the Vocal Folds in Patients with Bilateral Vocal Fold Immobility // *In vivo*. – 2017. – № 31 (6). – P. 1159-1162.
15. Woodson G.E. Spontaneous laryngeal reinnervation after recurrent laryngeal or vagus nerve injury / G.E. Woodson // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol*. – 2007. – V. 116, № 1. – P. 57-65.

Координаты для связи с авторами: Хорук Сергей Михайлович – главный внештатный оториноларинголог ДФО, и.о. зав. кафедрой оториноларингологии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-75-76-10, e-mail: khoruk@mail.ru; Савенок Алина Владимировна – ассистент кафедры оториноларингологии ДВГМУ, тел. +7-914-541-98-70, e-mail: evgeniisavenok@mail.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-3-114-119>

УДК 618.3

Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, И.В. Юрасов, И.А. Блощинская, Т.П. Князева

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ: ПРОБЛЕМЫ, ПРИОРИТЕТЫ, ПОТЕНЦИАЛ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: наука@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье изложены данные публикаций последних лет, касающиеся актуальных вопросов современных акушерства, перинатологии, неонатологии, к которым относятся перинатальные потери. Актуальность проблемы перинатальных потерь обусловлена не реализованными возможностями репродуктивного потенциала, на фоне более высоких показателей смертности населения. Коэффициент рождаемости в России в последние годы снизился, что

оказывает негативное влияние не только на демографические показатели в целом, но и на ухудшение показателей здоровья и роста заболеваемости детей. Перинатальные потери характеризуют не только здоровье населения и его репродуктивный потенциал, но и социальные и экономические условия жизни населения, качество оказания медицинской помощи, внедрения современных технологий и аудита перинатальных потерь. Представлены мнения ряда исследователей относительно приоритетных направлений и использования современного потенциала, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, новорожденным.

Ключевые слова: перинатальные потери, беременность, осложнения гестационного периода.

T.Yu. Pestrikova, E.A. Yurasova, I.V. Yurasov, I.A. Bloshchinskaya, T.P. Knyazeva

PERINATAL LOSSES: PROBLEMS, PRIORITIES, POTENTIALS

Far Eastern Medical State university, Khabarovsk

Summary

The article presents the data of recent publications concerning current issues of modern obstetrics, perinatology, neonatology, that include perinatal losses. The importance of the problem of perinatal losses is explained by unrealized opportunities for reproductive potential, against the background of higher mortality rates. The birth rate in Russia has declined in recent years, leaving a negative impact not only on demographic indicators in general, but also on the deterioration of health indicators and an increase in children morbidity. Perinatal losses characterize not only the health of the population and its reproductive potential, but also the social and economic living conditions of the population, the quality of medical care, the introduction of modern technologies and the audit of perinatal losses. The opinions of a number of researchers on the priority areas and the use of modern potentials aimed at improving the quality of medical care for pregnant women, women in labor, newborns are presented.

Key words: perinatal losses, pregnancy, gestational complications.

Актуальность проблемы перинатальных потерь обусловлена нереализованными возможностями репродуктивного потенциала, на фоне более высоких показателей смертности населения. Коэффициент рождаемости в России в последние годы снизился, что оказывает негативное влияние не только на демографические показатели в целом, но и на ухудшение показателей здоровья и роста заболеваемости детей. Перинатальные потери характеризуют не только здоровье населения и его репродуктивный потенциал, но и социальные и экономические условия жизни населения, качество оказания медицинской помощи, внедрения современных технологий и аудита перинатальных потерь [1, 17, 22].

Показатель перинатальной смертности (ПС) является одним из основных качественных показателей, предложенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), который отражает качество организации и оказания непосредственно медицинской помощи женщинам и детям в различных странах. ПС напрямую оказывает влияние на здоровье популяции и ее репродуктивный потенциал. По данным экспертов ВОЗ, показатель ПС до 10 % считается низким, 10-15 % – средним, более 15 % – высоким [1, 8, 22].

В этой связи, определенное значение в снижении перинатальных потерь выполняют экспертизы каждого случая ПС. Целью проведения экспертного заключения является выявление факторов, способствующих наступлению летального исхода у плода и новорожденного. Первостепенное значение отводится выявлению дефектов оказания медицинской помощи на уровне ее организации. Поскольку ПС в концентрированном виде отражает негативные факторы и недостатки, имеющиеся и у выживших детей, улучшение данного показателя является социально значимым процессом, направленным на совершенствование организации и качества перинатальной помощи [19, 23].

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) составляет статистику причин смерти россиян, в которую входит показатель ПС. Как следует из данных Росстата, показатель ПС в ряде регионов России, включая Дальневосточный Федеральный округ, относится к категории среднего уровня [11, 14].

В последние годы в России была сформирована трехуровневая система организации помощи женщинам и детям, целью которой является централизация помощи в стационарах (перинатальных центрах) высокого риска по материнской и младенческой смертности.

Россия воспользовалась мировым опытом, разработанным рядом экономически развитых стран, который показал, что регионализация службы родовспоможения (создание трехуровневой системы в перинатальной службе) обеспечивает прогресс в снижении репродуктивных потерь и является приоритетным направлением здравоохранения [2, 4, 12, 19]. На сегодняшний день во всех территориях России система оказания перинатальной помощи базируется на принципе регионализации. В соответствии с рекомендациями Европейского бюро ВОЗ, «регионализация медицинской помощи» основана на рациональном территориальном распределении отдельных видов помощи, технологий и учреждений по трем уровням (первичный, вторичный и третичный). Данные рекомендации не исключают создание межрегиональных учреждений высокого уровня, способных обеспечить всеобщую доступность качественной медицинской помощи для населения и ее клинико-экономическую эффективность даже в территориях с низкой плотностью населения. Российская модель межрегиональной регионализации перинатальной помощи является скоординированной, многоуровневой системой, способной предоставить медицинскую помощь в зависимости от степени риска развития осложнений в период гестации, родов и в послеродовом периоде. Подобный

подход к организации является стратегически важным, способным гарантировать доступность специализированной помощи беременным женщинам и их младенцам. Регионализация перинатальной помощи представляет не только процесс перераспределения компетенций, передачи функций на разных уровнях медицинских учреждений внутри территории, но и возможность получения помощи в стационарах Федерального уровня, построенной на принципе оценки степени перинатального риска [1, 3, 9, 31].

По оценкам экспертов перинатальной медицины и ВОЗ, примерно три четверти случаев неонатальной смерти происходят на первой неделе жизни (ВОЗ, 2016) [9]. Обсуждение аспектов, влияющих на показатели ПС в экономически развитых странах, позволило выделить три основные причины: преждевременные роды, врожденные пороки развития и асфиксию. По мнению ряда экспертов, занимающихся данной проблемой, основными причинами ПС, в цифровом эквиваленте, являются следующие факторы: асфиксия – 43,0 %, врожденные аномалии развития плода – 5,0-12,0 %, внутриутробная гипоксия – 67,0 %, инфекционные заболевания – 11,0-45,0 %, осложнения беременности и родов – 20,0-40,0 % [16, 20, 21, 27]. Данные общемировой статистики говорят о том, что 70 % перинатальных потерь составляют преждевременные роды, что является самым частым осложнением гестации [1, 15, 31, 32].

За последнее десятилетие, что отмечено большинством экспертов, в структуре ПС возросла доля антенатального параметра, по сравнению с неонатальным, достигая при этом 50,3 %. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеют место дефекты пренатального обследования и оздоровления женщин репродуктивного возраста, а также не следует забывать о низком индексе здоровья девочек [7, 8, 10, 18].

Российские ученые отмечают, что за последние 5 лет среди доношенных младенцев увеличилось число случаев ранней неонатальной смертности (с 1,5 % до 3,04 %). Данный факт обусловлен тем, что родоразрешение недоношенных детей проводится в стационарах более высокого уровня, в то время как подавляющее большинство доношенных плодов рождаются в стационарах первого уровня [6,15].

При проведении экспертного заключения по каждому случаю ПС, помимо определения причин, приведших к перинатальным потерям, необходимо указать уровень стационара, в котором произошел данный случай. Кроме этого, следует провести градацию случаев ПС в зависимости от их предотвратимости: а) предотвратимые, б) непротвратимые (врожденные пороки, патология плаценты и пуповины).

Перинатальная патология во многом зависит от состояния здоровья женщин (до и в период гестации). Значительную роль обуславливают соматические заболевания (гипертоническая болезнь, заболевания почек и мочевыводящих путей, заболевания системы кровообращения и дыхания), инфекционные и паразитарные заболевания, травмы и другие неуточненные состояния у матери, а также перинатальные потери, связанные с осложнениями во время беременности [22, 24, 30].

По данным российских авторов, за последние десятилетия преобладающей соматической патологией, вызывающей репродуктивные потери, являются заболевания мочеполовой системы у беременных женщин, которые составляют 54,2 %, а также анемия (41,9 %). Отсутствие коррекции йодной недостаточности в постсоветских странах вызвало повышение заболеваний щитовидной железы в 10 раз. Высокая соматическая заболеваемость беременных является патогенетической основой неблагоприятных исходов беременности и родов. Повышение качества диагностики и лечения экстрагенитальной патологии у беременных позволили снизить ПС на 2,8 %, мертворождаемость – на 16 %, раннюю неонатальную смертность – на 25,8 %. Полученная положительная динамика связана с внедрением новейших технологий в родовспомогательных учреждениях и эффективностью антенатального ухода [8, 13, 28, 29].

Тем не менее, не следует забывать, что основными причинами ненадлежащего ухода являются профессиональные факторы, связанные с объемом и качеством оказываемой помощи медицинскими работниками. Данная проблема является актуальной на сегодняшний день, а пути снижения перинатальных потерь – первоочередной задачей в здравоохранении.

В этой связи потенциально важным направлением является отработка мероприятий, направленных на снижение перинатальных потерь (перинатальной заболеваемости и смертности):

- диспансеризация и оздоровление девочек-подростков;
- прегравидарная подготовка женщин фертильного возраста, особенно имеющих в анамнезе случаи завершения беременности гибелью младенцев;
- улучшение качества мониторинга врожденных пороков и аномалий развития плода;
- обеспечение рациональной транспортировки беременных в медицинские учреждения, в соответствии с дорожной картой;
- формирование персонифицированных программ ведения родов;
- скрининговая диагностика состояния беременной и плода (мониторинг беременной и плода, УЗИ обследование, иммуноферментное тестирование, медико-генетическое консультирование);
- оказание квалифицированной помощи семьям, включающей профилактику нежелательной беременности, прекоцепционную профилактику, сохранение благоприятного интергенетического интервала между беременностями, проведение медико-психологической помощи подросткам;
- преемственность в работе акушера-гинеколога и смежных специалистов (терапевт, эндокринолог, педиатр, генетик и т. д.) при наблюдении за беременными;
- наблюдение за беременными в соответствии с требованиями клинических протоколов и нормативных документов;
- оказание социальной помощи беременным женщинам, родильницам, находящимся в критических ситуациях;
- подготовка кадров для учреждений родовспоможения на постоянной основе [5, 25, 26].

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с. – (Серия «Национальные руководства»). – ISBN 978-5-9704-4916-5.
2. Байбарина Е.Н., Гусева Е.В., Чумакова О.В. Приоритетный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе, развитие сети перинатальных центров» и его роль в снижении показателя младенческой смертности в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 22-23.
3. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги модернизации службы родовспоможения в РФ // Здравоохранение. – 2013. – № 11. – С. 30-38.
4. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги развития службы родовспоможения в Российской Федерации и мероприятия по ее совершенствованию // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – № 4. – С. 4-8.
5. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (1). – С. 35-41.
6. Богданова Т.Г., Герасимова Л.И., Самойлова А.В. Репродуктивные потери в Чувашской Республике за период 2002–2015 гг. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 17-18.
7. Бушмелева Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской республики). // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 1. – С. 11-13.
8. Буштырев В.А., Зубков В.В., Кузнецова Н.Б., Баранова В.В. Перинатальный аудит и модель «neonatalnearmiss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии. Акушерство и гинекология. – 2017. – № 2. – С. 17-22.
9. ВОЗ. Важен каждый ребенок. Аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти. – Женева, 2016. – 71 с.
10. Гелиева Ш.С. Младенческая смертность в Российской Федерации // Новая наука: от идеи к результату. – 2016. – № 12 (4). – С. 51-53.
11. Пестрикова Т.Ю. Аудит основных показателей работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного Федерального округа в 2018 году // Материалы XVII ДВ региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – Хабаровск, 2019. – С. 5-34.
12. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. Перинатальные потери. Резервы снижения. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с.
13. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ткаченко В.А. Плацентарная недостаточность как базовая патология осложнений и исходов гестационного периода // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. Т. 20, № 1. – С. 5-15.
14. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб./Росстат. – М., 2018 – 694 с.
15. Холова Т.А., Пулатова А.П., Камилова М.Я., Давлатова Г.К. Структура ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня // Вестник Академии медицинских наук РТ. – 2017. – № 3. – С. 109-112.
16. Ходорожа С. Пилотирование случаев угрожающих жизни в Казахстане: улучшение качества медицинской помощи при беременности, Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – 2010. – № 70. – С. 28-29.
17. Шургая М.А., Меметов С.С., Иванова Т.А., Караева А.Ф., Лялина И.В. Медико-социальные аспекты демографической ситуации в России // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 20 (4). – С. 214-220.
18. Allanson E.R., Pattinson R.C. Quality-of-care audit and perinatal mortality in South Africa // Bull World Health Organ. – 2015. – № 93: 424-8. doi:10.2471/BLT.14.144683.
19. Blencowe H., Cousens S., Jassir F.B., Say L., Chou D., Mathers C., et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis // Lancet Glob Health. – 2016. – № 4 (2): e98–e108. doi:10.1016/S2214–109X(15)00275-2.
20. Eskes M., Waelput A.J., Erwich J.J., Brouwers H.A., Ravelli A.C., Achterberg P.W., et al. Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study // BMJ Open. – 2014. – № 4 (10):e005652. doi:10.1136/bmjopen-2014-005652.
21. Kallapur S.G., Presicce P., Rueda C.M., Jobe A.H., et al. Fetal immune response to chorioamnionitis // Semin. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 32, № 1. – P. 56-67. doi: 10.1055/s-0033-1361823.
22. Lawn J.E., Blencowe H., Waiswa P., Amouzou A., Mathers C., Hogan D., et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 // Lancet. – 2016;387(10018):587-603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
23. Moxon S.G., Ruysen H., Kerber K.J., Amouzou A., Fournier S., Grove J., et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data // BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – № 15(Suppl 2):S8. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S8.
24. Ndour C., DossouGbetse S., Bru N., Abrahamowicz M., Fauconnier A., Traoré M., et al. Predicting in-hospital maternal mortality in Senegal and Mali. PloS ONE. 2013; 8 (5):e64157. doi:10.1371/journal.pone.0064157.
25. Oza S., Cousens S.N., Lawn J.E. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. Lancet Glob Health. 2014; 2 (11):e635-44. doi:10.1016/S2214-109X(14)70309-2.
26. Shaping the future for healthy women, children & adolescents: learn more about the process to update the global strategy. In: Every Woman Every Child [website]. New York (NY): United Nations Foundation; 2015 (<http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2>, accessed 20 June 2016).

27. Supratikto G, Wirth M.E., Achadi E., Cohen S., Ronsmans C. A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia // *Bull World Health Organ.* – 2002. – № 80 (3). – P. 228-234.

28. Theiss-Nyland K., Rechel B. Death reviews: maternal, perinatal and child. PMNCH Knowledge Summary 27. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2013 (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27.pdf>, accessed 22 June 2016).

29. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World

Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249515/1/9789241549752-eng.pdf?ua=1>).

30. Victora C.G., Rubens C.E. Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): delivery of interventions // *BMC Pregnancy and Childbirth.* – 2010. – Vol. 10, suppl. 1. – P. S4.

31. Vogel J., Chawanpaiboon S., Moller A., et al. The global epidemiology of preterm birth // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2018. – Vol. 52. – P. 3-12.

32. Yoshida S., Rudan I., Lawn J.E., Wall D., Souza J.P., Martines J., Bahl R. Newborn health research priorities beyond 2010-2015 // *Lancet.* – 2014. – № 384 (9938):e27-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)60263-4.

Literature

1. Obstetrics: a national guide / Ed. By G.M. Saveleyeva, G.T. Sukhikh, V.N. Serov, V.E. Radzinsky. – 2-nd edition, revised and updated. – M.: GEOTAR-Media, 2019. – 1080 p. – (Series «National Guides»). – ISBN 978-5-9704-4916-5.

2. Baibarina E.N., Guseva E.V., Chumakova O.V. Priority project «Improving the organization of medical care for newborns and women during pregnancy and after childbirth, including the development of a network of perinatal centers» and its role in reducing the infant mortality rate in the Russian Federation // *Bulletin of Roszdravnadzor.* – 2017. – № 1. – P. 22-23.

3. Baibarina E.N., Filippov O.S., Guseva E.V. Results of the modernization of the obstetric service in the Russian Federation // *Healthcare.* – 2013. – № 11. – C. 30-38.

4. Baibarina E.N., Filippov O.S., Guseva E.V. Results of the development of the obstetric service in the Russian Federation and the measures for its improvement // *Russian Bulletin of an Obstetrician and Gynecologist.* – 2014. – № 4. – P. 4-8.

5. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Albitsky V.Yu., Terletskaia R.N. The regularities and tendencies of infant and child mortality in the Russian Federation // *Problems of Social Hygiene, Healthcare and History of Medicine.* – 2015. – Vol. 23 (1). – № 35-41.

6. Bogdanova T.G., Gerasimova L.I., Samoilova A.V. Reproductive losses in the Chuvash Republic in 2002-2015 // *Modern Problems of Science and Education.* – 2017. – № 3. – P. 17-18.

7. Bushmeleva N.N. Reproductive losses and ways to reduce them in the region (as exemplified by the Udmurt Republic) // *Social Aspects of Population Health.* – 2017. – № 1. – P. 11-13.

8. Bushtyrev V.A., Zubkov V.V., Kuznetsova N.B., Barinova V.V. Perinatal audit and the «neonatal near miss» model as current forms of medical care quality management in neonatology // *Obstetrics and Gynecology.* – 2017. – № 2. – P. 17-22.

9. WHO. Every child counts. Audit and review of stillbirths and neonatal deaths / Geneva. – 2016. – 71 p.

10. Gelieva Sh.S. Infant mortality in the Russian Federation // *New Science: from an idea to the result.* – 2016. – Vol. 12 (4). – P. 51-53.

11. Pestrikova T.Yu. Audit of the main performance indicators of the obstetric and gynecological service of the Far Eastern Federal District in 2018 // *Materials of the XVII Far East Regional Scientific and Practical*

Conference «New Technologies in Obstetrics and Gynecology». – Khabarovsk, 2019. – P. 5-34.

12. Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Butko T.M. Perinatal losses. Reserves for their decline. – M.: Litterra, 2008. – 208 p.

13. Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Tkachenko V.A. Placental insufficiency as a basic pathology of complications and outcomes of the gestational period // *Russian Bulletin of an Obstetrician and Gynecologist.* – 2020. – Vol. 20. – № 1. – P. 5-15.

14. Russian Statistical Yearbook. – 2018: Stat. book. / Rosstat. – M., 2018. – 694 p.

15. Kholova T.A., Pulatova A.P., Kamilova M.Ya., Davlatova G.K. The structure of early neonatal mortality in a third-level hospital / *Bulletin of RAMS.* – 2017. – № 3. – P. 109-112.

16. Khodorozha S. Piloting life-threatening cases in Kazakhstan: improving the quality of medical care during pregnancy // *European Journal of Sexual Medicine and Reproductive Health.* – 2010. – № 70. – P. 28-29.

17. Shurgaya M.A., Memetov S.S., Ivanova T.A., Karaeva A.F., Lyalina I.V. Medical and social aspects of demographic situation in Russia // *Medical and Social Examination and Rehabilitation.* – 2017. – Vol. 20 (4). – P. 214-220.

18. Allanson E.R., Pattinson R.C. Quality-of-care audit and perinatal mortality in South Africa // *Bull World Health Organ.* – 2015. – № 93: 424-8. doi:10.2471/BLT.14.144683.

19. Blencowe H., Cousens S., Jassir F.B., Say L., Chou D., Mathers C., et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis // *Lancet Glob Health.* – 2016. – № 4 (2): e98–e108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

20. Eskes M., Waelput A.J., Erwich J.J., Brouwers H.A., Ravelli A.C., Achterberg P.W., et al. Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study // *BMJ Open.* – 2014. – № 4 (10):e005652. doi:10.1136/bmjopen-2014-005652.

21. Kallapur S.G., Presicce P., Rueda C.M., Jobe A.H., et al. Fetal immune response to chorioamnionitis // *Semin. Reprod. Med.* – 2014. – Vol. 32, № 1. – P. 56-67. doi: 10.1055/s-0033-1361823.

22. Lawn J.E., Blencowe H., Waiswa P., Amouzou A., Mathers C., Hogan D., et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 // *Lan-*

cet. – 2016;387(10018):587-603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.

23. Moxon S.G., Ruysen H., Kerber K.J., Amouzou A., Fournier S., Grove J., et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data // BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – № 15(Suppl 2):S8. doi:10.1186/1471-2393-15-S2-S8.

24. Ndour C., DossouGbeté S., Bru N., Abrahamowicz M., Fauconnier A., Traoré M., et al. Predicting in-hospital maternal mortality in Senegal and Mali. PLoS ONE. 2013; 8 (5):e64157. doi:10.1371/journal.pone.0064157.

25. Oza S., Cousens S.N., Lawn J.E. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study // Lancet Glob Health. – 2014. – № 2 (11):e635-44. doi:10.1016/S2214-109X(14)70309-2.

26. Shaping the future for healthy women, children & adolescents: learn more about the process to update the global strategy. In: Every Woman Every Child [website]. New York (NY): United Nations Foundation; 2015 (<http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2>, accessed 20 June 2016).

27. Supratikto G., Wirth M.E., Achadi E., Cohen S., Ronsmans C. A district-based audit of the causes and cir-

cumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia // Bull World Health Organ. – 2002. – № 80 (3). – P. 228-234.

28. Theiss-Nyland K., Rechel B. Death reviews: maternal, perinatal and child. PMNCH Knowledge Summary 27. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2013 (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27.pdf>, accessed 22 June 2016).

29. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249515/1/9789241549752-eng.pdf?ua=1>).

30. Victora C.G., Rubens C.E. Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): delivery of interventions // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2010. – Vol. 10, suppl. 1. – P. S4.

31. Vogel J., Chawanpaiboon S., Moller A., et al. The global epidemiology of preterm birth // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2018. – Vol. 52. – P. 3-12.

32. Yoshida S., Rudan I., Lawn J.E., Wall D., Souza J.P., Martines J., Bahl R. Newborn health research priorities beyond 2010-2015 // Lancet. – 2014. – № 384 (9938):e27-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)60263-4.

Координаты для связи с авторами: Пестрикова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ, проф., член-корреспондент РАН, главный внештатный акушер-гинеколог Дальневосточного Федерального округа, e-mail: tyr50@rambler.ru; Юрасова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, врач акушер-гинеколог высшей категории, проф. кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ; Юрасов Игорь Владимирович – врач акушер-гинеколог, зав. гинекологическим отделением ГКБ № 10; Блощинская Ирина Анатольевна – д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ; Князева Татьяна Петровна – канд. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-3-119-123>

УДК 616-053.32;314.322; 314.422.26

Т.А. Соколовская¹, В.С. Ступак¹, И.М. Сон¹, О.А. Сенькевич², З.А. Плотоненко²

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 127254, ул. Добролюбова, 11, тел. 8-(495) 619-00-70, e-mail: mail@mednet.ru, г. Москва;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Внедрение новых перинатальных технологий привело к увеличению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) с одновременным ростом заболеваемости, имеющей долгосрочные последствия. Цель исследования: определить основные динамические тренды заболеваемости и смертности детей ЭНМТ в Российской Федерации. Материалы и методы: формы статистического наблюдения за период 2016–2018 гг. Проведенный анализ позволил определить ведущие причины заболеваемости новорожденных ЭНМТ – дыхательное расстройство (694,2 в 2016 г. и 725,0 на 1 000 родившихся живыми в 2018 г.), внутриутробная гипоксия (354,3 % против 375,9 %) и другие нарушения церебрального статуса (323,7 % – 317,5 %); и смертности – дыхательные расстройства (42,4 % и 36,0 %), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (31,0 % в 2016 г.