

УДК 616 - 053.31 - 037

В.Н. Лучанинова, Т.И. Бурмистрова, А.С. Крутова, Т.В. Погодаева

Прогностическая оценка перинатальных факторов риска

*Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток.
Контактная информация: В.Н. Лучанинова, e-mail: lvaln@mail.ru*

Резюме

В работе представлен перечень наиболее значимых перинатальных факторов риска, влияющих на состояние здоровья и смертность новорождённых.

Ключевые слова: перинатальная смертность, заболеваемость новорождённых, факторы риска, прогнозирование

V.N. Luchaninova, T.I. Burmistrova, A.S. Krutova, T.V. Pogodaeva

Prognostic assessment of perinatal risk factors

*Vladivostok state medical university, Vladivostok
e-mail: lvaln@mail.ru*

Summary

This paper presents the most important perinatal risk factors affecting health status and mortality of newborns.

Key words: perinatal mortality, morbidity of newborns, risk factors, prediction

Введение

Большая часть патологии у детей формируется в пренатальный и неонатальный периоды, в связи с этим немаловажное значение имеет охват и качество медицинской помощи, ранняя диагностика заболеваний у беременных женщин и рожениц.

Цель: определить значимость перинатальных факторов риска на динамику показателей заболеваемости новорождённых в Приморском крае.

Материалы и методы

Анализ частоты некоторых перинатальных факторов, влияющих на со-

стояние здоровья новорождённых и показателей, характеризующих их здоровье: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, заболевания мочеполовой системы у беременных и рожениц, мертворождаемость, недоношенность, смертность доношенных и недоношенных, частота внутриутробной гипоксии и асфиксии при родах проводилась на основании сводных отчетов Краевого медицинского информационно - аналитического центра за 2006 – 2011 годы.

С целью изучения значимости перинатальных факторов риска произведена выкопировка данных из 183 историй развития новорожденных в специально разработанную анкету. Новорожденные были разделены на 3

Прогностическая оценка перинатальных факторов риска.

группы. Первую группу составили 50 новорожденных, которые родились живыми и благополучно прожили 168 часов и более (основная гр. №1). Вторую - 105 новорожденных, умерших в течение первых 168 часов жизни (контрольная гр. №2), третью - 28 мертворожденных (контрольная гр. №3). Соответственно делению новорожденных были определены и группы их матерей. Определялась значимость 20 перинатальных факторов, которые отличались высокой информативностью и имели достоверные различия в сравниваемых группах, полученные статистически. Такими факторами были: преэклампсия, воспалительные урогенитальные заболевания, острые инфекции, обострение хронических инфекций, многоводие, маловодие, резус-конфликт, угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия, аборт, анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания легких, заболевания сердца, неблагоприятные социально-бытовые условия, алкоголизм, курение, неполноценное питание, возраст матери старше 30 лет, неполная семья. С помощью математического анализа и определения степени риска рассчитаны коэффициенты относительного (ОР) и атрибутивного риска (АР). Коэффициенты ОР рассчитывали по формуле $OP = P_1 / P_2$, где P_1 – частота встречаемости признака в группах

умерших или мертворожденных детей, P_2 – частота встречаемости (%) изучаемого признака в группе живых детей. ОР является величиной коэффициента риска перинатальной смертности при данном неблагоприятном факторе. Значения ОР находятся в прямой зависимости риска перинатальной смертности. Коэффициент АР рассчитывали по следующей формуле:

$$AP = \frac{f \times (OP - 1)}{f \times (OP - 1) + 1} \times 100\%$$

$$\text{где } f = \frac{a + b}{a + b + c + d}$$

является отношением суммарного числа новорожденных с наличием изучаемого неблагоприятного фактора ($a + b$) к общему числу всех новорожденных с наличием и отсутствием изучаемого неблагоприятного фактора $a + b + c + d$. Величина АР выражается в % и находится в прямой зависимости от степени риска. В зависимости от величины коэффициентов АР было выделено 3 степени риска.

Обсуждение результатов

Практическую значимость при анализе показателей перинатальной смертности, прежде всего, представляет анализ исходов беременностей. Их структура за последние годы претерпела существенные изменения. Реализация политики в области планирования семьи, внедрение современных перинатальных технологий, повышение качества работы врачей и средних медицинских работников пер-

Прогностическая оценка перинатальных факторов риска.

вичного звена здравоохранения определили наличие положительной динамики снижения суммарных потерь в 2 раза в основном за счет снижения удельного веса абортотворения в 2 раза и увеличения числа детей, родившихся живыми в 2,5 раза. При этом удельный вес мертворождений значительно снизился (2009 – 0,96%; 2010 – 0,56%, 2011 – 0,46%). В 35,4% случаев перинатальной смерти обусловлено осложнениями беременности. Среди этих осложнений преобладали преэклампсия, многоводие, преждевременное излитие околоплодных вод. В 24,6 % случаев мёртворождение или смерть на 1 неделе жизни определялись заболеваниями матери, не связанными с настоящей беременностью. При этом, наибольшее значение имели инфекционные болезни и болезни почек и мочевых путей, заболевания сердечно-сосудистой патологии с проявлениями недостаточности кровообращения – 29,5 %. Третье место принадлежало осложнениям со стороны плаценты и пуповины. В 4,9 % случаев причина перинатальной смерти со стороны матери была связана с осложнениями родов и родовой деятельностью.

Анализ состояния младенческой смертности на современном этапе свидетельствует о том, что при достаточно устойчивой тенденции снижения ее уровня повышается значимость эндогенных причин смерти: отдельных состоя-

ний, возникающих в перинатальном периоде, врожденных аномалий развития, а наибольшие потери в смертности детей до 1 года смещаются в неонатальный период жизни ребенка. В связи с этим стратегической основой снижения младенческой смертности должна быть последовательная реорганизация перинатальной и неонатальной помощи.

При анализе частоты некоторых перинатальных факторов и параметров, характеризующих здоровье новорожденных за последние годы (2006-2011 гг.) выявлено увеличение числа женщин с заболеваниями мочеполовой системы и частоты осложнений при родах (на 10000 родов) у этих женщин от 1204,0‰ до 1725,1‰; у женщин с преэклампсией от 2060,6‰ до 2973,7‰. Наряду с увеличением числа нормальных родов от 44, 5‰ до 51,1‰ (на 10000 женщин, закончивших беременность родами), в последние годы отмечается и предполагается с высокой точностью прогноза до 2015 г. повышение частоты внутриутробной гипоксии и асфиксии при родах новорожденных доношенных и недоношенных с массой тела выше 1000 грамм от 81,95‰ до 86,97‰ (на 1000 родившихся живыми) и увеличение смертности от этих заболеваний от 0,34‰ до 0,71‰ (на 1000 родившихся живыми). Выявлено также увеличение смертности недоношенных новорожденных от 31,64‰ до 43,4‰ (на 1000 родившихся живыми).

В результате сравнительного анализа величин атрибутивного риска установлено, что в изучаемой популяции наибольший процент

Прогностическая оценка перинатальных факторов риска.

перинатальной смертности следует ожидать среди новорожденных от матерей с неблагоприятными социально-бытовыми условиями, из неполных семей, перенесших острые инфекции или обострения хронических, а также матерей активных

курильщиц и систематически употребляющих алкоголь. (Табл. 1).

Проблема снижения репродуктивных потерь в настоящее время рассматривается как наиважнейшая задача на стыке таких специальностей, как акушерство, неонатология, педиатрия, медицинская генетика.

Таблица № 1. Шкала определения риска перинатальных потерь

Степени и факторы риска		
В группе умерших детей		
1 степень (АР < 30%)	2 степень (АР-30-60 %)	3 степень (АР > 60 %)
Аборты (27,5)	Неблагоприятные социальные-бытовые условия (60,0)	Неполноценное питание (73,0)
Заболевание ЖКТ (24,6)	Воспалительные урогенитальные заболевания (58,3)	Неполная семья (70,0)
Возраст матери старше 30 лет (15,9)	Курение (50,3)	Заболевание лёгких (62,6)
Внутриутробная гипоксия (14,7)	Анемия (47,0)	
Угроза прерывания (14,7)	Гестозы (46,3)	
Алкоголь (13,2)	Маловодие (38,0)	
Многоводие (12,0)		
В группе мёртворождённых детей		
Возраст матери старше 30 лет (14,6)	Многоводие (59,5)	Алкоголизм (61,0)
	Обострение хронических инфекций (52,4)	Предшествующие выкидыши (63,1)
		Маловодие (64,5)
		Курение (68,2)
		Резус – конфликт (81,8)
		Неполная семья (88,3)

Поиски оптимальных путей снижения детской заболеваемости и смертности неизбежно приводят к необходимости значительных изменений в суще-

ствующей системе охраны здоровья матери и ребенка. Целесообразно выделить 3 уровня перинатальной помощи матерям и детям:

I уровень – оказание несложных форм помощи матерям и детям (первичная акушерская и неонатальная помощь, выявление состояний риска, ранняя диагностика заболеваний, при необходимости – направление пациентов в лечебные учреждения II – III уровней). На местах – это родильные отделения центральных районных больниц (ЦРБ).

II уровень – обеспечение всей необходимой медицинской помощью при осложнениях, а также при нормально протекающих родах. Данная помощь оказывается в районных городских родильных домах.

III уровень – оказание медицинской помощи любой степени сложности матерям и новорожденным. Такие учреждения требуют целенаправленного специального обеспечения кадрами высокой квалификации, лабораторией и современной аппаратурой. Принципиальное различие между II и III уровнем помощи заключается не в количестве оборудования и штатов, а в особенностях обслуживаемого контингента больных, имеющих высокую степень перинатального риска.

Заключение

Полученные данные можно использовать при планировании ресурсного и кадрового обеспечения учреждений здравоохранения материнства и детства. Одним из путей решения проблемы стабилизации и снижения смертности детей первого года жизни в современном крупном регионе является комплексный подход к совершенствованию медико-организационных форм системы здравоохранения.

Список литературы

1. Бурмистрова, Т.И. Организация службы охраны матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае: авторефер. дис. докт. мед. наук.- Москва, 2006. – 46 с.
2. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребёнка Приморского края в 2011 году. Библиотека организатора здравоохранения. - ГАУЗ ПК МИАЦ, 2012. - 34 с.