

---

## ДОЛЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЯХ

М.П. Шувалова, О.Г. Фролова,  
Т.К. Гребенник, Т.В. Письменская

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии  
и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ  
ул. Академика Опарина, 4, Москва, Россия, 117997

Работа посвящена репродуктивным потерям детей, рожденных с массой тела до 2500 г при учете рождений по критериям ВОЗ за 2012—2013 гг. (в Российской Федерации с 2012 г. регистрируются как родившиеся новорожденные с массой 500 г и более, ростом 25 см и более, сроком беременности 22 недели и более). Изменения в регистрации способствовали росту числа родившихся маловесными, что привело к увеличению их вклада в объем репродуктивных потерь.

**Ключевые слова:** маловесные дети, мертворожденные, умершие в первые 168 часов.

Программы модернизации здравоохранения в регионах содержат разделы по повышению качества и доступности медицинской помощи, а также снижению репродуктивных потерь. Роды, завершающиеся рождением маловесных детей, вносят значительный вклад в общий объем репродуктивных потерь, поэтому анализ статистики таких детей при новой системе учета рождений в России имеет значение для разработки мер по снижению этих потерь.

**Цель исследования:** оценка репродуктивных потерь в весовых группах маловесных детей и их вклад в общие репродуктивные потери по стране.

**Материалы и методы:** статистические данные отчетных форм (форма № 32 за 2012—2013 гг.). Данные по статистическим показателям рожденных детей по весовым стандартным группам: рожденные живыми, мертвыми, умершие, в том числе в первые 168 часов, представлены за 2012 и 2013 г. (форма № 32, вкладыш к форме № 32 за 2012 г., 2013 г.). Методы: аналитический и статистический.

**Результаты.** Всего в 2012 г. родилось 122 379 детей с массой тела 500—2499 г, что составило 6,2% от всех родившихся; в 2013 г. — 123 173, или 6,3% от всех родившихся. В то же время по форме № 32 за 2012 г. к недоношенным детям отнесено 116 596, что на 5783 меньше, чем число детей, родившихся с массой тела до 2500 г (122 379). В 2013 г к недоношенным детям в форме № 32 отнесено 118 173, т.е. на 4294 меньше.

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), преждевременные роды — спонтанные роды ранее 37 полных недель беременности [1].

Преждевременные роды являются важным фактором риска смертности в перинатальном периоде и ключом к пониманию этиологии как фетальной так и неонатальной смертности [2]. Около 70% случаев перинатальной смертности детей связано с преждевременными родами. По данным официальной статистики, удельный вес преждевременных родов в странах Европы, например в Исландии и Шве-

ции, составляет 5,5% и 6,1% соответственно, в Германии и Хорватии — 8,6% и 9,4% соответственно [3].

С целью оценки репродуктивных потерь в весовых группах рожденных до 2500 г и их вклада в репродуктивные потери по стране был проведен анализ данных отчетной формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 и 2013 г. Проанализированы данные по статистическим показателям рожденных детей по весовым стандартным группам: рожденные всего, в том числе живыми, мертвыми, умершие из рожденных живыми, в том числе в первые 168 часов.

Распределение родившихся по весовым группам за 2012 г. и 2013 г. отличались незначительно. Наименьшее число родившихся среди недоношенных как в 2012 г., так и в 2013 г. приходилось на группу с массой тела 500—749, по 3,4% (2012 г. — 4207; 2013 г. — 4179). Далее по мере увеличения сроков беременности и массы соответственно, число родившихся возрастало. Наибольшее число родилось с массой 2000—2499 (в 2012 г. — 72 424 (59,2%); в 2013 г. — 72 675 (59,0%).

Увеличение частоты рождения маловесных детей по мере увеличения сроков беременности регистрировались и раньше.

Статистические данные отчетов показали, что потери детей (мертвоорожденные и умершие (в первые 168 часов и умершие всего)) различались существенно по стандартным весовым группам.

Однако размеры потерь имели другую тенденцию по сравнению с родившимися, снижались по мере увеличения массы плода и срока беременности. Так, в 2012 г. по стандартным весовым группам доля мертворожденных от всех родившихся в каждой группе составляла 51,2%, 25,9%, 12,9%, 6,3% и 2,2%; в 2013 г. доля мертворожденных в весовых группах была несколько ниже, но зависимость их уровня от массы при рождении повторялась: 45,9%, 23,9%, 12,6%, 5,9% и 2,1%.

Доли умерших в первые 168 часов и всего умерших новорожденных детей имели те же тенденции в динамике, как и мертворожденные. В 2012 г. умершие в первые 168 часов по весовым группам составляли 44,9%, 21,8%, 7,4%, 2,5%, 0,8%; в 2013 г. соответственно 40,4%, 18,7%, 6,7%, 2,3% и 0,7%. Оставшиеся живыми по весовым группам в 2012 г. составляли 21,4%, 52,4%, 78,6%, 90,9% и 96,9%; в 2013 г. указанная выше зависимость практически сохранилась: 25,2%, 43,7%, 79,9%, 91,5% и 97,0% (табл. 1).

Среди репродуктивных потерь — плодовых (перинатальных) потери маловесных детей занимают существенное место. Среди родившихся мертвыми в 2012 г. они составляли 68% (12 679 мертворожденных всего; 8621 из них были маловесными). В 2013 г. эти данные составляли 65,8% (12 300 всего мертворожденных; из них 8091 недоношенные).

Среди умерших в первые 168 часов в 2012 г. маловесные дети составили 69,3% (умерло всего 5680 из них маловесных 3937), в 2013 г. — 70,9% (умерло всего 5147 из них недоношенных 3650). Эти данные также согласуются с данными, приведенными В.Н. Серовым, — на долю маловесных детей приходится 60—70% ранней неонатальной смертности [4].

Таблица 1

Дети с низкой массой при рождении (общее число родившихся, в том числе живыми, мертвыми, умершие всего и 0–168 первых часов жизни, в 2012 г. и в 2013 г.)

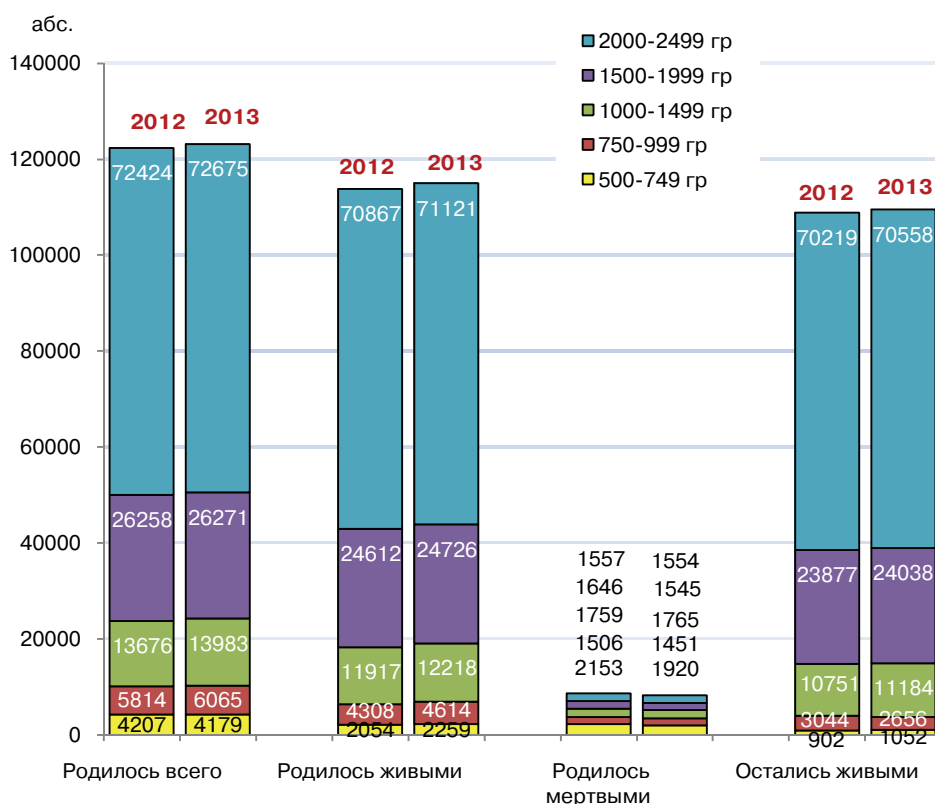
Масса тела при рождении (г)	500–749		750–999		1000–1499		1500–1999		2000–2499		Всего	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Родилось всего, абс.	4207	4179	5814	6065	13676	13983	26258	26271	72424	72675	122379	123173
%	3,4	3,4	4,8	5,0	11,2	11,4	21,5	21,5	59,2	59,4	100	100
Родилось живыми, абс.	2054*	2259*	4308*	4614*	11917	12218	24612	24726	70867	71121	113758	114938
% от всех родившихся	48,8	54,1	74,1	76,1	87,1	87,4	93,7	94,1	97,9	97,9	—	—
Родилось мертвыми, абс.	2153	1920	1506	1451	1759	1765	1646	1545	1557	1554	8621	8235
% от всех родившихся	51,2	45,9	25,9	23,9	12,9	12,6	6,3	5,9	2,1	2,1	—	—
в т.ч., антенатально, абс.	1802*	1583*	1291	1265	1620	1656	1541	1491	1442	1451	7696	7446
% от родившихся мертвыми	83,7	82,4	85,7	87,2	92,1	93,8	93,6	96,5	92,6	93,4	—	—
умерло 0–168 часов, абс.	923	912	937	861	878	816	620	577	579	483	3937	3649
% от родившихся живыми	44,9	40,4	21,8	18,7	7,4	6,7	2,5	2,3	0,8	0,7	—	—
умерло всего, абс.	1152*	1207*	1264	1205	1166	1034	735	688	648	563	4965	4697
% от родившихся живыми	56,1	53,4	29,3	26,1	9,8	8,5	3,0	2,8	0,9	0,8	—	—
Остались живыми, абс.	902*	1052*	3044*	2656*	10751*	11184*	23877	24038	70219	70558	108793	109488
% от всех родившихся	21,4	25,2	52,4	43,8	78,6	80,0	90,9	91,5	97,0	97,1	—	—

\* достоверные различия между 2012 г. и 2013 г. ( $p < 0,05$ )

Среди потерь в перинатальный период маловесные дети составили в 2012 г. 68,4% (общие потери — 18 359, из них маловесные — 12 558), в 2013 г. — 67,5% (общие потери 17 447, из них маловесные — 11 741). Из родившихся маловесными остались живыми по весовым группам в 2012 г. от 21,4% среди родившихся массой среди 500—749 г до 97,0% среди родившихся с массой 2000—2499 г; в 2013 г. эти показатели были 25,2% и 97,1% соответственно.

Таким образом, для родившихся маловесными в плодовых репродуктивных потерях, как видно из приведенных данных, весьма значительный — выше 60% годовых общих потерь, поэтому основная задача по снижению указанных потерь — разработка мер профилактики преждевременных родов с учетом сроков гестации их наступления.

Ведущими причинами преждевременных родов, при которых рождается основная масса маловесных детей в разные сроки беременности, являются инфекции, преждевременное излитие околоплодных вод и истмикоцервикальная недостаточность с последующим пролабированием и инфицированием оболочек плодного пузыря [5].



**Рис. 1.** Перинатальные потери среди родившихся массой тела до 2500 г. в акушерских стационарах РФ, 2012—2013 гг.

Эти же авторы на 2-х группах пациентов (проспективная, ретроспективная) показали, что формирование групп высокого риска по преждевременным родам

позволяет оптимизировать диагностическую и лечебную тактику. Выявление урогенитальной инфекции с помощью определения РН влагалищной среды с последующим бактериоскопическим исследованием и санацией позволяет снизить частоту преждевременных родов [4].

В 2014 г. изданы и направлены в регионы клинические рекомендации (протокол) «Преждевременные роды», где отражены меры по диагностике факторов преждевременного прерывания беременности, мер по их профилактике и рациональному ведению родов, а также меры выхаживания родившегося маловесного ребенка. Исполнение на местах указанных рекомендаций так же будет способствовать снижению репродуктивных потерь маловесных детей [6].

### **Выводы**

Приведенные статистические данные свидетельствуют об увеличении плодовых репродуктивных потерь в связи с переходом учета родившихся на критерии ВОЗ. Результаты исследований по преждевременным родам показывают, что самые большие потери приходятся на срок гестации 22—23 недели. Поэтому основным резервом снижения плодовых репродуктивных потерь являются меры их профилактики с учетом особенностей сроков гестации. Важным являются также разработка мер оптимизации по адаптации недоношенных новорожденных после рождения и лечения патологических состояний.

### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 2. Сборник инструкций. ВОЗ, 2003. С. 74.
- [2] *Ashna D. Mohangoo, Simone E. Buitendijk, Katarzyna Szamotulska, Jim Chalmers, Lorentz M. Irgens, Francisco Bolumar, Jan G. Nijhuis, Jennifer Zeitlin, and the Euro-Peristat Scientific Committee.* Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project. 2011. 6(11).
- [3] EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- [4] *Серов В.Н., Сухорукова О.И.* Профилактика преждевременных родов // РМЖ «Акушерство и гинекология». 2013. № 1. С. 3—6.
- [5] *Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М.* Преждевременные роды — тактика ведения с учетом срока гестации // Журнал акушерства и женских болезней. 2002. № 2. С. 153—160.
- [6] *Сухих Г.Т., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др.* Клинические рекомендации. Преждевременные роды. М.: Минздрав России, 2014.

### **REFERENCES**

- [1] The World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health. 10<sup>th</sup> revision. Vol. 2. Collection instructions. WHO, 2003. P. 74.
- [2] *Ashna D. Mohangoo, Simone E. Buitendijk, Katarzyna Szamotulska, Jim Chalmers, Lorentz M. Irgens, Francisco Bolumar, Jan G. Nijhuis, Jennifer Zeitlin, and the Euro-Peristat Scientific Committee.* Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project. 2011. 6 (11).

- [3] EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- [4] *Serov V.N., Sukhorukova O.I.* Prevention of premature birth // RMJ “Obstetrics and Gynecology”. 2013. № 1. P. 3—6.
- [5] *Kulakov V.I., Serov V.N., Sidel'nikova V.M.* Preterm birth — tactics based on the gestational age // Journal of Obstetrics and women's diseases. 2002. № 2. P. 153—160.
- [6] *Sukhikh G.T., Serov V.N., Adamyan L.V. et al.* Preterm birth — Clinical recommendations. Moscow: Russian Ministry of Health, 2014.

## **CONTRIBUTION OF LOW WEIGHT BIRTHS TO ANNUAL REPRODUCTIVE LOSSES**

**M.P. Shuvalova, O.G. Frolova,  
T.K. Grebennik, T.V. Pismenskaja**

Federal State Budget Institution  
“Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology”  
Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
*Oparin str., 4, Moscow, Russia, 117997*

The work is devoted to reproductive losses of children born with body weight up to 2500 g according to WHO criteria for 2012—2013. Changes in registration of births promoted growth of preterm infants that led to the increase in their contribution to the volume of reproductive losses.

**Key words:** prematurely born children, dead born, the death at the first 168 hours.