
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О.Е. Коновалов, А.К. Харитонов

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения
и гигиены медицинского института
Российского университета дружбы народов
ул. Миклухо-Макля, 10-2, Москва, Россия, 117198

В статье анализируется динамика перинатальной и неонатальной смертности в Московской области в сравнении с показателями по Центральному федеральному округу и Российской Федерацией в целом. Приводится соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. Дана характеристика причин смерти новорожденных с учетом массы тела при рождении.

Ключевые слова: перинатальная и неонатальная смертность, региональные тенденции.

Понятия «перинатальный период», «перинатальная смертность», «перинатальные потери» впервые были введены австрийским демографом С. Пеллером в 1948 г. с целью обозначить единство этиологических причин и патогенетических механизмов, воздействующих на развитие плода, которые в зависимости от целого ряда обстоятельств могут привести к его гибели до начала родовой деятельности (антенатальная гибель плода), в процессе родов (интранатальная гибель плода) или в первые 7 суток после рождения ребенка (ранняя неонатальная смертность).

Уровень и структура перинатальной и младенческой смертности представляет собой не только качественный показатель здоровья рождающегося потомства, но и характеризует состояние неонатологической и акушерской службы [4].

Ранняя неонатальная смертность, отражающая смертность новорожденных в первые 7 дней жизни, то есть в самый сложный адаптационный период жизни ребенка, входит в структуру неонатальной и младенческой смертности, соответственно ее изменение влияет на указанные показатели [2; 5].

После достижения определенного уровня и структуры неонатальной смертности дальнейшее ее снижение является чрезвычайно сложной задачей, т.к. для предотвращения смерти детей требуется внедрение в практическое здравоохранение дорогостоящих технологий, подготовка квалифицированных специалистов, владеющих этими технологиями, и наличие в учреждениях родовспоможения и детства соответствующей аппаратуры и оснащения [1; 3].

Во всех субъектах Российской Федерации в 2000-е отмечалось постепенное снижение перинатальной смертности, однако включение в официальную статистику детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), привело к резкому росту этого показателя в 2012 г. по сравнению с предыдущим годом: в РФ — на 39,4%, Центральном ФО — на 46,9% и в Московской области на 35,2%. В последующие годы уровень перинатальной смертности снижался, однако не достиг показателей 2011 г. В 2014 г. перинатальная смертность составила 8,21 на 1000 родившихся живыми и мертвыми и была выше, чем в Центральном ФО (рис. 1).

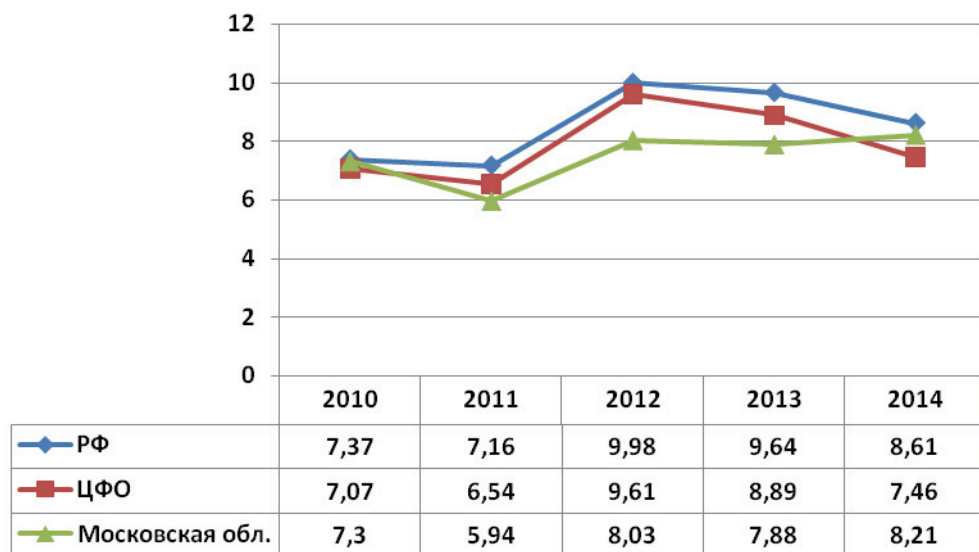


Рис. 1. Перинатальная смертность в РФ, ЦФО и Московской области (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Представленная динамика перинатальной смертности была обусловлена аналогичными изменениями ее составляющих мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

Ежегодно в Московской области рождается более 400 мертворожденных и более 300 новорожденных умирает, при этом подавляющее большинство в первые 0—6 дней. Так, в 2012 г. на их долю приходилось 75,9%, в 2014 г. — 81,3%. Распределение мертворожденных, родившихся живыми, и умерших новорожденных в Московской области за период 2012—2014 гг. представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение мертворожденных, родившихся живыми, и умерших новорожденных в Московской области (на 1000 родившихся живыми)

Исходы родов	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014/2012 темп прироста, %
Родилось живыми	75 525	77 715	81 929	
из них умерло — всего	4,7	4,1	3,7	-20,1
из них умерло в первые 168 часов	3,5	3,1	3,0	-14,4
из них в первые 0—24 часа	1,3	1,3	1,1	-15,3
родилось мертвыми*	5,6	5,6	5,2	-8,0
из них смерть наступила до начала родовой деятельности*	4,9	4,9	4,5	-8,0

* на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

За указанный период в области сократилось число случаев мертворождения и гибели новорожденных. Следует отметить, что снижение смертности новорожденных происходило более интенсивно (на 20,1%), чем мертворождаемости (на 8%), что привело к изменению их соотношения.

Согласно «Закону смертности» У. Перкса оптимальный коэффициент соотношения мертворождений и умерших новорожденных в ранний неонатальный период составляет 1 : 1. Коэффициент, намного превышающий соотношение 1 : 1, дает основания полагать, что некоторые случаи смерти в ранний неонатальный период неправильно регистрируются как мертворождения.

За период 2010—2014 гг. указанные соотношения претерпели существенные изменения не только в Московской области. Увеличение доли мертворождений произошло в РФ с 1 : 1,7 в 2010 г. до 1 : 2,7 в 2014 г., в Центральном ФО — с 1 : 1,8 до 1 : 2,8 и в Московской области — с 1 : 1,5 до 1 : 1,7, соответственно.

В отличие от РФ в целом и Центрального ФО в Московской области подъем ранней неонатальной смертности в 2012 г. был наиболее значимым — на 61,9% против 36,3% и 48% соответственно. Следует отметить, что к 2014 г. данный показатель в области приблизился к уровню 2010 г., однако был выше российского и окружного уровня (рис. 2).

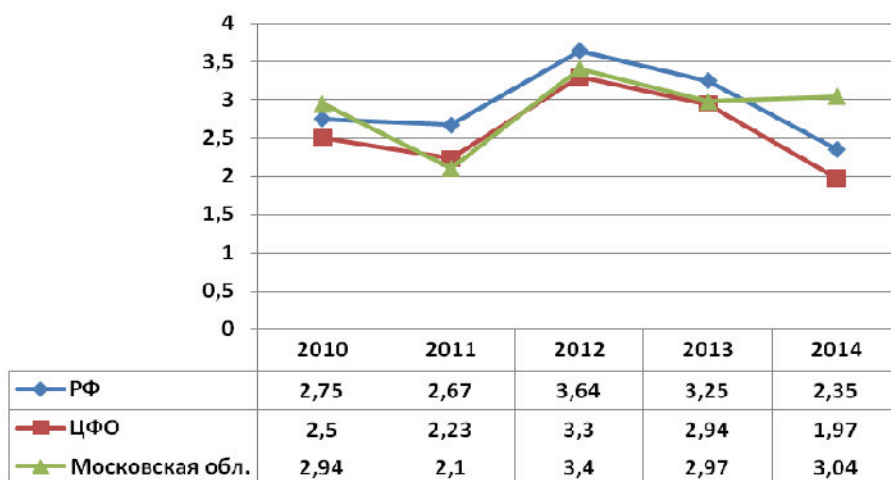


Рис. 2. Ранняя неонатальная смертность в РФ, ЦФО и Московской области (на 1000 родившихся живыми)

Важным показателем качества оказания первичной помощи новорожденным в родовом зале является уровень их смертности в первые 24 часа после рождения. В Московской области среди умерших новорожденных они составляли в 2012 г. 28%, а в 2014 г. — 29,5%, что в пересчете на 1000 родившихся живыми — 1,3 и 1,1 соответственно (снижение на 15,3%).

Среди умерших новорожденных в области около одной трети составляли родившиеся с ЭНМТ: в 2012 г. — 32% и в 2014 г. — 35,3%.

Сокращение смертности новорожденных, родившихся с массой тела 500—999 г., было незначительным и происходило за счет дыхательных расстройств у новорожденного (дистресс) (на 13%) и врожденных аномалий (на 10%) (табл. 2). Хотя отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, как причина смерти не сокращались, внутри этого класса болезней регистрировалось существенное снижение смертности детей от внутрижелудочковых кровоизлияний (на 20%).

Таблица 2

**Причины смерти родившихся массой тела 500–999 г в Московской области
(на 1000 родившихся живыми)**

Классы болезней по МКБ-10	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014/2012 темп прироста, %
Умершие, абс.	76	77	82	
Все причины	3 261,8	2 950,2	3 166,0	-2,9
из них:				
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	2 875,5	2 873,6	3 011,6	4,7
из них внутрижелудочковые кровоизлияния	772,5	421,5	617,8	-20,0
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	171,7	383,1	386,1	2,2 раза
Дыхательное расстройство у новорожденного (дистресс)	1 287,6	1 494,3	1 119,7	-13,0
Врожденная пневмония	429,2	344,8	463,3	8,0
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода — всего	1 288,8	153,3	386,1	3 раза
из них: бактериальный сепсис новорожденного	85,8	38,3	231,7	2,7 раза
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	171,7	76,6	154,4	-10,0

Неблагоприятные тенденции имели место в отношении динамики смертности новорожденных с ЭНМТ от внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (рост в 2,2 раза), инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода (рост в 3 раза), в том числе от бактериального сепсиса новорожденного (рост в 2,7 раза).

Смертность родившихся массой тела 1000 г и более за прошедший период сократилась на 20,8% и в 2014 г. составила 53,6 на 10 000 родившихся живыми (табл. 3). При этом был отмечен снижение гибели детей практически от всех причин.

Таблица 3

**Причины смерти родившихся массой тела 1000 г и более в Московской области
(на 10 000 родившихся живыми)**

Классы болезней по МКБ-10	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014/2012 темп прироста, %
Умершие, абс.	192	162	167	
Все причины	67,7	56,3	53,6	-20,8
из них:				
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	47,6	40,3	36,9	-22,4
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	7,0	4,5	5,1	-27,1
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде — всего	28,5	26,1	17,7	-38,1
из них:				
— дыхательное расстройство у новорожденных (дистресс)	9,5	9,7	3,9	-2,4 раза
— врожденная пневмония	10,2	12,2	8,7	-15,2
— неонатальные аспирационные синдромы	2,5	1,4	1,6	-34,9

Классы болезней по МКБ-10	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014/2012 темп прироста, %
Инфекционные болезни специфичные для перинатального периода — всего	4,9	3,1	5,1	4,1
из них:				
— бактериальный сепсис новорожденного	2,5	0,7	2,6	4,1
— внутрижелудочковые кровоизлияния	3,5	4,9	6,1	1,7 раза
Врожденные аномалии	19,7	13,9	15,7	-20,3

Среди умерших новорожденных ЭНМТ наибольшее число случаев приходилось на отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде — 88,2% в 2012 г. и 95,1% в 2014 г. Второе ранговое место как причина смерти занимали дыхательные расстройства новорожденного — 39,5% и 35,4% соответственно. Если в 2012 г. на третьем месте находились врожденные аномалии, то в 2014 г. — инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода.

Наиболее интенсивно сократилась смертность от респираторных нарушений новорожденных (на 38,1%). Число случаев гибели детей от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде за период 2012—2014 гг., уменьшилось на 22,4%. В этой весовой группе также отмечалось снижение смертности от внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (в 1,9 раза). Следует отметить рост смертности от врожденных пневмоний в 2,3 раза.

Первое место в 2012 г. и 2014 г. в структуре смертности детей данной весовой категории занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, 70,3% и 68,9%, второе — респираторные нарушения (42,2% и 32,9%, соответственно) на третьем месте находились врожденные аномалии (29,2% и 29,3%).

Таким образом, в отличие от РФ в целом и Центрального ФО в Московской области подъем ранней неонатальной смертности в 2012 г. был наиболее значимым — на 61,9% против 36,3% и 48%, соответственно.

Среди умерших новорожденных в Московской области одну треть составляют родившиеся с ЭНМТ. При этом имеют место неблагоприятные смертности новорожденных с ЭНМТ от внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах, инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода, в том числе от бактериального сепсиса новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х., Терлецкая Р.Н. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении // Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. № 2. С. 16—21.
- [2] Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22—27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2011. № 1. С. 17—21.
- [3] Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. М.: ГОЭТАР-Мед, 2004.
- [4] Лазарева Н.В. Новые направления организации перинатальной помощи в охране и реализации репродуктивного потенциала: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Самара, 2010.
- [5] Мухина Т.В., Какорина Е.П. Перинатальная смертность в городской и сельской местности в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. № 4. С. 29—33.

MODERN TRENDS IN PERINATAL AND NEONATAL MORTALITY IN THE MOSCOW REGION

O.E. Konovalov, A.K. Haritonov

Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya st., 10-2, Moscow, Russia, 117198

The dynamics of perinatal and neonatal mortality in the Moscow region in comparison with indicators of the Central Federal District and the Russian Federation as a whole is analyzed in the article. The ratio of stillbirth and early neonatal mortality is given in the article. Characteristic of the causes of death in newborns considering birthweight are given..

Key words: perinatal and neonatal mortality rates, regional trends.

REFERENCES

- [1] *Al'bitskiy V.Yu., Baibarina E.N., Sorokina Z.H., Terletsкая R.N.* Mortality of infants with extremely low birth weight. *Public health and health care*. 2010. N 2. P. 16—21.
- [2] *Baibarina E.N., Sorokina Z.H.* Outcomes of pregnancy in terms of 22—27 weeks in the medical institutions of the Russian Federation. *Problems of modern pediatrics*. 2011. N 1. P. 17—21.
- [3] *Volodin N.N.* Actual problems of neonatology. M.: GOETAR-Med, 2004.
- [4] *Lazareva N.V.* New directions in organization of perinatal care for protection and implementation of reproductive potential: Abstract of PhD disser. Med Sci. Samara, 2010.
- [5] *Mukhina T.V., Kakorina E.P.* Perinatal mortality in urban and rural areas in the Russian Federation. *Health of the Russian Federation*. 2005. N 4. P. 29—33.