

УДК 629.782.519.711

ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ДО И ПОСЛЕ ВВОДА УЧРЕЖДЕНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ 3 УРОВНЯ НА ПРИМЕРЕ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2012 И.А. Прялухин

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Поступила в редакцию 09.10.2012

В статье автор описывают динамику перинатальной смертности и её составляющих в Мурманской области (Кольский Север) за последние 7 лет. Ввод перинатального центра и трёхуровневой системы родовспоможения оказали существенное влияние на перинатальную смертность в регионе.

Ключевые слова: *перинатальная смертность, перинатальный центр, Мурманская область*

До 2008 г. в Мурманской области не существовала современная трёхуровневая система оказания медицинской помощи беременным и детям (в США существует с конца 70-х годов XX века), отсутствовало головное учреждение по оказанию высококвалифицированной, в том числе высокотехнологичной акушерско-гинекологической и неонатологической помощи [1]. Роды у беременных с тяжёлой акушерской и экстрагенитальной патологией проходили в трёх муниципальных родильных домах г. Мурманска, распределение проводилось по территориальному принципу. Часто роды у таких беременных проходили в родильных отделениях центральных районных больниц, так как в области не была определена маршрутизация женщин с высокой группой риска. При рождении детей, требующих реанимационных мероприятий, в районах области проводились попытки их терапии на месте в центральной районной больнице, или производилась транспортировка новорожденных в Мурманскую городскую детскую больницу (функционирует в Мурманской области в качестве областной детской больницы), где персонал сталкивается с оказанием реанимационной помощи новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела лишь эпизодически. Таким образом, уже к концу XX века на Кольском Севере служба родовспоможения и детства перестала соответствовать современным требованиям, назрела необходимость в её реформировании.

В 1987 г. в Мурманской области начато строительство областного перинатального центра на 130 коек. По проекту центр должен был стать учреждением третьего уровня и принимать

беременных со всей Мурманской области. Однако в начале 90-х годов в связи с экономическими трудностями проект был закрыт на этапе строительства 3-х корпусов. Были введены только гинекологический корпус и корпус женкой консультации. Вторым этапом в реформировании службы явилось открытие в октябре 2006 г. на базе МУЗ «Родильный дом № 2» отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания). Таким образом, МУЗ «Родильный дом № 2», являясь муниципальным родильным домом, начал функционировать в качестве перинатального центра с собственным отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделением второго этапа выхаживания новорождённых и гинекологическим отделением. В 2000-х годах в Российской Федерации наблюдалась обратная тенденция: по данным доклада Т.А. Голиковой на 2010 г. в Российской Федерации из 48 перинатальных центров, большинство являются изолированными акушерскими стационарами.

С 1 января 2008 г. МУЗ «Родильный дом № 2» был преобразован в ГУЗ «Мурманский областной перинатальный центр» (МОПЦ) и стал функционировать как головное областное учреждение 3 уровня в сфере родовспоможения. В 2009-2010 гг. было получено большое количество диагностической и лечебной аппаратуры, часть которой разместили на уже функционирующих подразделениях и базах. С 2009 г. функционирует организационно-методический отдел. В задачи, выполняемые организационно-методическим отделом, входит обеспечение ежемесячных выездов акушерско-неонатологических бригад для регулярной проверки качества работы фельдшерско-акушерских, женских консультаций и родильных стационаров в районах области, выполняется 11-12 выездов в год. С

Прялухин Иван Александрович, аспирант. E-mail: baho0703@mail.ru

2010 г. круглосуточно функционирует акушерский дистанционно-консультативный центр. С 2009 г. на базе ГОБУЗ «МОПЦ» функционирует обучающий центр с фантомными стендами для отработки методик оказания неотложной помощи новорожденным. За 3 года в центре прошли обучение все неонатологи области, оказывающие медицинскую помощь новорожденным.

Таким образом, на современном этапе учреждение оказывает все виды специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской стационарной и амбулаторной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, а также осуществляющее амбулаторную консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста. Введение в строй подразделений перинатального центра кардинально изменило

систему оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным в Мурманской области, что не могло не сказаться на динамике перинатальной смертности.

Материалы и методы. В ходе нашего исследования были проанализированы годовые отчёты акушерской и неонатологической служб Мурманской области за 7 лет – с 2005 по 2011 гг., выявлены изменения в состоянии служб области после ввода подразделений перинатального центра, выявлены недостатки акушерской и неонатологической служб Кольского Севера.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице 1 представлено общее количество родов произошедших на территории Мурманской области за последние 7 лет. Количество родов на Кольском Севере на протяжении последних 7 лет незначительно увеличилось (на 5,6%).

Таблица 1. Абсолютное число родов в Мурманской области

2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
8457	8437	8426	8708	8725	9021	8931

Таблица 2. Абсолютное число преждевременных родов в Мурманской области

2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
243 (2,9%)	236 (3,0%)	244 (2,9%)	261 (3,0%)	227 (2,6%)	324 (3,6%)	250 (2,8%)

Количество преждевременных родов в Мурманской области значительно ниже общероссийского уровня (5,3% в 2010 г.), и за последние 7 лет остаётся на одном уровне без существенных колебаний. Введение перинатального центра не повлияло на количество преждевременных родов в регионе. В табл. 3 представлена динамика перинатальной смертности и её компонентов.

Перинатальная смертность снизилась за последние 7 лет на 40,5% до уровня 4,4 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми. Для сравнения общероссийский показатель перинатальной смертности в 2010 г. – 7,4 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми, в Германии – 5,35 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми [4]. Снижение произошло за счёт всех трёх компонентов перинатальной смертности (антенатальной, интранатальной и ранней неонатальной смертности). Наиболее значительно снизилась ранняя неона-

тальная смертность (более, чем в 2 раза), что говорит о значительном улучшении неонатологической службы области после введения перинатального центра. Как видно из табл. 3, значительное снижение ранней неонатальной смертности происходит с 2009 г. (более чем в 2 раза по сравнению с 2007 г.), то есть, после преобразования МУЗ «Родильный дом № 2» в перинатальный центр. В 2010 и 2011 гг. после получения новейшей медицинской аппаратуры для отделения реанимации новорожденных, обучения специалистов произошло дальнейшее снижение ранней неонатальной смертности. С 2010 г. уровень ранней неонатальной смертности в Мурманской области ниже, чем в странах Западной Европы (в 2010 г. в Германии – 1,73; Австрии – 2,17; Швейцарии – 2,76 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми), даже если учитывать детей с экстремально низкой массой тела при рождении [4].

Таблица 3. Перинатальная смертность и её составляющие компоненты в Мурманской области (на 1000 родившихся живыми и мёртвыми)

Год	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
перинатальная смертность	7,4	6,9	7,7	6,4	5,8	6,4	4,4
антенатальная смертность	4,4	4,2	4,3	3,8	3,9	4,9	3,0
интранатальная смертность	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1
ранняя неонатальная смертность	2,7	2,5	3,1	2,3	1,7	1,3	1,3

Аntenатальная смертность на Кольском Севере оставалась примерно на одном уровне с 2007 г., однако в 2011 г. произошло снижение антенатальной смертности на 39% по сравнению с 2010 г. Мы связываем такое значительное снижение показателя с началом работы акушерского консультативно-дистанционного центра и организационно-методического отдела перинатального центра в 2010 г. К началу 2012 г. было выполнено 22 плановых выезда (в том числе 10 повторных) акушерско-неонатологических бригад в родильные стационары, женские консультации и фельдшерско-акушерские пункты Мурманской области. В результате были выявлены и устранены ошибки в ведении беременных женщин на

всех этапах медицинской помощи, даны рекомендации по диагностике, тактике ведения пациенток, дооснащению медицинских учреждений лекарственными препаратами и медицинской техникой. В течение 2011 г. большинство рекомендаций были выполнены, что сказалось на качестве работы женских консультаций и, следовательно, уменьшить антенатальную смертность в области.

Интранатальная смертность в области остаётся на невысоком уровне, имеет эпизодический характер и не влияет на общий показатель перинатальной смертности. В таблице 4 показана динамика оперативного родоразрешения.

Таблица 4. Операция «кесарево сечение» в Мурманской области (на 1000 родов)

2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
164	174	184	196	199	185	208

Частота операции «кесарево сечение» на протяжении 7 лет увеличивается, это отражает как общероссийскую, так и общемировую тенденцию увеличения применения оперативного родоразрешения в интересах плода [2, 3]. При сопоставлении таблицы 4 и 3 отмечается прямая зависимость перинатальной смертности от частоты кесарева сечения. В 2011 г. частота операции «кесарево сечение» в Мурманской области достигла общероссийского показателя (в Российской Федерации в 2010 г – 210 на 1000 родов), и дальнейшее увеличение не приведёт к снижению перинатальных потерь [2]. Увеличение частоты кесарева сечения произошло из-за резкого увеличения оперативного родоразрешения в МОПЦ после 2008 г. Из анализа показаний к оперативному родоразрешению следует, что рост показаний для операции «кесарево сечение» произошёл в основном за счёт показаний со стороны плода (чаще всего это гипоксические

состояния плода в родах). Мы связываем это не только с улучшением диагностики гипоксии плода в родах. С 2010 г. обязательной стала запись кардиотокограммы при всех родах два и более раза (при поступлении в родильный зал, после амниотомии или излития околоплодных вод, во время 2 периода родов). По нашему мнению существует большой элемент гипердиагностики. Таким образом, более точная и взвешенная диагностика гипоксического состояния плода даст резерв для снижения частоты применения кесарева сечения в Мурманской области.

За последние 7 лет произошли следующие изменения в коечном фонде области: сокращение акушерских и гинекологических коек; число коек патологии новорожденных и недоношенных детей незначительно увеличилось, значительно увеличилось число коек реанимации и интенсивной терапии новорождённых.

Таблица 5. Число коек реанимации и интенсивной терапии новорождённых

2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
20	20	20	20	25	25	27

Несомненно, что на уменьшение перинатальной смертности повлияло увеличение коечного фонда для реанимации и интенсивной терапии новорождённых. За последние 3 года коечный фонд увеличился на 35%, однако увеличение произошло только в муниципальных родильных домах г. Мурманска и детской городской больнице (работает в Мурманской области в качестве детской областной больницы). Количество коек в ГОБУЗ «МОПЦ» - 6, при преобразовании муниципального родильного дома в об-

ластной перинатальный центр не было предусмотрено увеличение коечной мощности отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых.

Выводы: введение трёхуровневой системы родовспоможения на Кольском Севере благоприятно повлияло на уровень перинатальной смертности в регионе. Так, по данным за 2010 г. показатель в нашем регионе составил 6,4 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми, что на 15% ниже, чем в целом по Российской Федерации, а к

2011 г. снизился ещё на 32% и составил 4,4 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми. Снижение перинатальной смертности произошло за счёт всех трёх её компонентов (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная смертность). Однако на сегодняшний день существуют нерешённые проблемы, так для дальнейшего снижения перинатальных потерь необходимо использовать следующие резервы:

1. увеличить количество отделения реанимации новорождённых в МОПЦ в 1,5-2 раза;
2. проводить на базе Мурманского областного перинатального центра регулярные занятия с акушерами-гинекологами области, чтобы ввести общие принципы и подходы ведения беременных, родов и послеродового периода;
3. обучить акушеров-гинекологов, неонатологов-реаниматологов, анестезиологов МОПЦ в ведущих российских и мировых клиниках современным методикам;
4. повысить качество пренатальной диагностики на этапе женской консультации в районах области: направлять всех женщин для скринингового ультразвукового исследования на центральные базы г. Мурманска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Володин, Н.Н.* Руководство по организации и деятельности перинатального центра. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 472 с.
2. *Логутова, Л.С.* Пути снижения частоты оперативного родоразрешения в современном акушерстве / *Л.С. Логутова, К.Н. Ахведиани* // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №1. С. 24.
3. *Радзинский, В.Е.* Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения. Материалы VI Росс. Форума «Мать и дитя». – М., 2004. С. 183-184.
4. *Ali, M.* World health statistics 2010 / *M. Ali, K. Aseel, E. Bertherat* // WHO. 2011. С. 88-94.

DYNAMICS OF PERINATAL DEATH RATE BEFORE INTRODUCTION THE ESTABLISHMENT OF OBSTETRIC AID OF THIRD LEVEL ON THE EXAMPLE OF MURMANSK OBLAST

© 2012 I.A. Pryalukhin

St. Petersburg State Pediatric Medical Academy

In article the author describe dynamics of perinatal death rate and its components in Murmansk region (Kola North) for the last 7 years. Introduction the perinatal center and three-level system of obstetric aid made essential influence on perinatal death rate in the region.

Key words: *perinatal death rate, perinatal center, Murmansk oblast*