

Смертность новорожденных детей по г. Томску

Тропова Т.Е., Кривоногова Т.С., Матвеева Л.А., Злобина Р.А.

Analysis of neonatal mortality in Tomsk

Tropova T.Ye., Krivonogova T.S., Matveyeva L.A., Zlobina R.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Тропова Т.Е., Кривоногова Т.С., Матвеева Л.А., Злобина Р.А.

В статье рассмотрена динамика смертности новорожденных детей в г. Томске за период с 1999 по 2001 г. В исследовании был применен метод Т. Керна в модификации Г.С. Мучиева и О.Г. Фроловой, который позволяет оценить динамику неонатальной смертности с точки зрения ее предотвратимости, дает возможность вскрыть ошибки на всех этапах медицинского обслуживания женщин и новорожденных. Проанализировано 170 случаев смерти новорожденных. Отмечается снижение как ранней, так и общей неонатальной смертности за счет предотвратимых причин. Непредотвратимые причины смерти имеют тенденцию к увеличению за счет врожденных пороков развития. Определены пути дальнейшего снижения неонатальной смертности.

Ключевые слова: смертность новорожденных, динамика, пути снижения.

Dynamics of neonatal mortality in Tomsk within the period of 1999—2001 has been analyzed in the article. Analysis has been made according to the T. Kern's method by G.S. Muchiyev's and O.G. Frolova's modification. This method permits to evaluate the dynamics of neonatal mortality from the viewpoint of its averting and gives opportunities to reveal the errors at all stages of medical care of women and new-born children. 170 cases of neonatal deaths have been analyzed. There has been marked the decrease of both early and common neonatal mortality due to avertable reasons. Unavertable death reasons tend to increase due to congenital malformations. Ways of the further decrease of neonatal mortality have been defined.

Key words: neonatal mortality, dynamics, ways of decrease.

УДК 616–053.31 : 612. 013

Введение

Проблема смертности новорожденных детей является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, так как она отражает различные стороны социальной сферы общества, в том числе оказание лечебно-профилактической помощи женщинам и детям. Мероприятия по предупреждению смертности новорожденных не могут быть эффективными без глубокого анализа их причин. Как правило, смерть новорожденных детей наступает в результате воздействия целого комплекса неблагоприятных факторов, значимость которых в каждом конкретном случае не одинакова.

Существуют различные методы анализа причин детской смертности [1—3]. Однако наиболее информативным является анализ с точки зрения ее возможной предотвратимости, который позволяет вскрыть ошибки и определить резервы на всех этапах медицинского обслуживания женщин и новорожденных и дает возможность обоснованно разработать мероприятия по снижению неонатальной смертности.

Цель настоящего исследования — оценка динамики смертности новорожденных детей в г. Томске за период с 1999 по 2001 г. и определение возможных путей ее снижения.

Материал и методы

Проанализированы 170 случаев смерти новорожденных детей в родильных домах и в городском специализированном отделении патологии новорожденных детской больницы < 1 г. Томска за три года (1999—2001 гг.). Анализ проведен по методу Т. Керна в модификации Г.С. Мучиева и О.Г. Фроловой [3]. Согласно данному методу все умершие новорожденные были распределены на следующие 5 групп:

I группа — случаи смерти, причину которых можно было устранить путем улучшения врачебного наблюдения за беременной женщиной в женской консультации:

а) случаи смерти у женщин, не посещавших женскую консультацию, редко посещавших (до 3—4 раз) и впервые поздно обратившихся в женскую консультацию (после 28 нед);

б) случаи смерти из-за несвоевременно начатого или неполно проведенного обследования и лечения больных беременных женщин.

II группа — случаи смерти, причину которых можно было устранить путем улучшения акушерской и лечебной помощи беременной и роженице в роддоме:

а) случаи смерти в результате несвоевременно начатого и неполно проведенного обследования и лечения беременных и рожениц;

б) случаи смерти вследствие неправильной тактики врача при ведении родов.

III группа — случаи смерти, причину которых можно было устранить правильно выбранной тактикой лечения заболевания новорожденного, применением современных методов лечения (реанимации), своевременным переводом в специализированное отделение для больных новорожденных и недоношенных.

IV группа — случаи смерти, причину которых в настоящее время трудно устранить (пороки развития, глубокая недоношенность неизвестной

этиологии, обвитие пуповиной, аномалия плаценты, иммуноконфликтные ситуации и др.)

V группа — случаи смерти, причина которых неизвестна.

По каждой группе вычислен показатель смертности новорожденных. Все случаи, вошедшие в I—III группы, оценены как предотвратимые. Случаи, которые вошли в IV группу рассматривались как непредотвратимые. По V группе причин случаев смерти новорожденных за исследуемый период не было.

Результаты и обсуждение

В целом по городу показатель ранней неонатальной смертности (0—7 дней) составил в 1999 г. — 9,4‰, в 2000 г. — 6,4‰, в 2001 г. — 5,4‰. Общий показатель смертности новорожденных с учетом детей, умерших в позднем неонатальном периоде (0—28 дней) в 1999 г. был 13,6‰, в 2000 г. — 10,4‰, в 2001 г. — 7,8‰. Таким образом, отмечается снижение как ранней, так и общей неонатальной смертности.

В структуре причин смертности новорожденных в течение всего периода исследования первое место занимали тяжелые перинатальные поражения ЦНС с внутричерепными кровоизлияниями и ишемической лейкомаляцией.

В 1999 г. на втором месте стояли внутриутробные инфекции, на третьем — врожденные пороки развития. В 2000 г. второе место делили внутриутробные инфекции и врожденные аномалии, на третье место вышла асфиксия новорожденного. В 2001 г. второе место заняли врожденные пороки развития, третье — внутриутробные инфекции.

Таким образом, в структуре причин смерти новорожденных увеличивается удельный вес врожденных пороков развития и несколько снижается роль внутриутробных инфекций.

Обращает на себя внимание выраженная отягощенность социального анамнеза и состояния здоровья матерей умерших новорожденных. При этом у каждой женщины отмечалось одновременно от 3 до 8 патологических состояний. Социальная отягощенность имела место у 40% матерей (курение, алкоголизм, наркомания, педикун-

лез, нежелательная беременность, юные и возрастные первородящие женщины).

Социальными факторами во многом обусловлена и отягощенность акушерского анамнеза, наблюдавшаяся в 1999 г. у 52%, в 2000 г. — у 40%, а в 2001 г. — у 78% матерей. Это медаборты, выкидыши, замершая беременность, внематочная беременность, интраамниотическое прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям.

Высок удельный вес гинекологических заболеваний. Инфекционная гинекологическая патология наблюдалась в 1999 г. у 75% матерей, в 2000 г. — у 34%, в 2001 г. — у 71%. Сюда вошли кольпит, эрозия шейки матки, хронический аднексит, кондиломатоз, трихомониаз, хламидиоз, в единичных случаях отмечались уреаплазмоз и генитальный герпес. Неинфекционные гинекологические заболевания в 1999 г. составили 17%, в 2000 г. — 37%, в 2001 г. — 18%. Были выявлены истмико-цервикальная недостаточность, кисты яичников, миома матки, длительное бесплодие, полип цервикального канала, гипоплазия матки, нарушение менструального цикла, резекция яичника в анамнезе.

Острые инфекционные заболевания и обострение хронических очагов инфекции на фоне беременности имели в 1999 г. — 100%, в 2000 г. — 51% и в 2001 г. — 64% женщин. Неинфекционная соматическая патология наблюдалась практически у всех женщин.

Наиболее часто отмечались анемия, вегето-сосудистая дистония, ожирение, патология щитовидной железы, заболевания желудочно-кишечного тракта.

У всех женщин имело место осложненное течение беременности. При этом практически у каждой женщины наблюдалось сочетание нескольких неблагоприятных факторов, таких как угроза прерывания беременности, тяжелый гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, многоводие, маловодие, токсикоз первой половины беременности. Количество осложнений в 2001 г. увеличилось в 1,5 раза по сравнению с 1999 и 2000 гг.

Осложненное течение родов отмечалось в 1999 г.

у 85%, в 2000 г. — у 57%, а в 2001 г. — у 100% женщин. При этом у части женщин было сочетание нескольких патологических состояний, таких как патология пуповины, слабость родовых сил, длительный безводный период, преждевременная отслойка плаценты, ретроплацентарная гематома, геморрагический шок, разрыв шейки матки, клинически узкий таз, ягодичное и ножное предлежание плода.

Таким образом, среди матерей исследуемой группы отмечается выраженная отягощенность социального статуса, акушерского анамнеза, состояния здоровья, что привело к осложненному течению беременности и родов.

Анализ возможной предотвратимости смертности новорожденных показал, что снижение смертности наблюдается за счет предотвратимых причин, в то время как непредотвратимые причины имеют тенденцию к увеличению за счет врожденных пороков развития. Непредотвратимые случаи смерти составили в 1999 г. — 30%, в 2000 г. — 24%, в 2001 г. — 32%.

Среди предотвратимых причин неонатальной смертности ведущее место занимает I-б группа, характеризующая работу женских консультаций. Но именно в этой группе отмечается достоверное снижение смертности новорожденных, показатель которой составил в 1999 г. — 3,5‰, в 2000 г. — 3,2‰, в 2001 г. — 1,9‰. Смертность новорожденных у женщин, не наблюдавшихся в женской консультации (группа I-а) составила в 1999 г. — 2,0‰, в 2000 г. — 1,1‰, в 2001 г. — 1,2‰.

На втором месте среди предотвратимых причин смертности новорожденных — II группа, характеризующая работу акушеров-гинекологов родильного дома. Но и в этой группе имеет место явная положительная динамика. Суммарный показатель в подгруппах II-а и II-б составил в 1999 г. — 1,2‰, в 2000 г. — 0,4‰, в 2001 г. — 0,2‰.

Наиболее низкий показатель неонатальной смертности в III группе, характеризующей работу врачей-неонатологов. В 1999 и 2000 гг. он соста-

вил 0,2‰, в 2001 г. случаев смерти новорожденных в данной группе не было.

Проведенный анализ показал, что во всех группах предотвратимых причин смертности новорожденных наблюдается положительная динамика. Определенную роль в этом сыграло систематическое повышение квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, терапевтов и реаниматологов на специализированных циклах факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов СибГМУ. За период с 1999 по 2001 г. практически все врачи-неонатологи прошли курсы усовершенствования на сертификационном цикле «Неонатология». Кафедрой педиатрии ФПК и ППС организован новый цикл «Подростковая медицина», направленный на улучшение качества медицинской помощи подросткам и подготовку их к будущему материнству и отцовству.

Несомненно, положительную роль сыграла продолжающаяся работа по обеспечению родовспомогательных учреждений и специализированного стационара для новорожденных современной медицинской аппаратурой и расширению диагностических и лечебных возможностей.

На протяжении 1999—2001 гг. в г. Томске наблюдается снижение как ранней, так и общей неонатальной смертности. При этом снижение отмечается за счет предотвратимых причин. Почти в 2 раза уменьшилась смертность новорожденных в результате улучшения качества ведения беременных на этапе женской консультации, в 2 раза — за счет улучшения качества ведения ро-

дов. В 2001 г. не было случаев смерти новорожденных, при которых имела место неадекватная тактика врачей-неонатологов.

Проведенный анализ позволил выявить пути в дальнейшем снижении неонатальной смертности. В первую очередь, следует объединить усилия гинекологов, терапевтов, педиатров, врачей подростковых кабинетов и других специалистов по оздоровлению девочек и женщин детородного возраста. Необходимо активизировать работу по планированию семьи, усилить профилактическую работу среди молодежи. Другим направлением в снижении смертности новорожденных является систематический анализ качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, внедрение современных методов пренатальной диагностики патологии плода, использование различных форм повышения квалификации специалистов, а также полное обеспечение родильных домов и отделений патологии новорожденных современной диагностической, лечебной и контролирующей аппаратурой.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Ваганов Н.Н., Резайкин В.И. Руководство по методам изучения и анализа младенческой смертности. Нижний Новгород, 1991. 96 с.
2. Методика разработки и анализа перинатальной смертности. Методические рекомендации. М.; Л., 1988. 20 с.
3. Мучиев Г.С., Фролова О.Г. Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. М.: Медицина, 1979. 208 с.

Поступила в редакцию 10.01.2003 г.