DOI: 10.17117/na.2015.09.981

Поступила (Received): 30.09.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.09.981.pdf>

Хасанова В.В., Чабанова Н.Б. Анализ причин ранней неонатальной смертности

Khasanova V.V., Chabanova N.B.
Analysis of the causes of early neonatal mortality

Представлены результаты анализа причин и факторов, приводящих к ранней неонатальной смертности по данным ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2014 год

Ключевые слова: ранняя неонатальная смертность, перинатальные потери

The results of the analysis of the causes and factors leading to early neonatal mortality according to GBUZ "Perinatal center", Tyumen 2014

Key words: early neonatal mortality, perinatal loss

Хасанова Валентина Владимировна
Кандидат медицинских наук, ассистент
Тюменский государственный медицинский
университет министерства здравоохранения РФ
г. Тюмень, ул. Одесская, 54

Khasanova Valentina Vladimirovna
Candidate of Medical Sciences, Assistant
Tyumen state medical university of ministry of
healthcare of the RF
Tyumen, Odesskaya st., 54

Чабанова Наталья Борисовна
Кандидат медицинских наук, доцент
Тюменский государственный медицинский
университет министерства здравоохранения РФ
г. Тюмень, ул. Одесская, 54

Chabanova Natalia Borisovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Tyumen state medical university of ministry of
healthcare of the RF
Tyumen, Odesskaya st., 54

Ранняя неонатальная смертность является интегральным показателем общего состояния здоровья и уровня жизни населения, эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения, социально-экономического развития страны.

В 2014 году в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень произошло 18 случаев смертности новорожденных до 7 суток жизни, что составило 0,2% от общего количества родов. Анализ случаев ранней неонатальной смертности показал, что основная доля перинатальных потерь пришлась на повторнородящих женщин, в возрасте 25-29 лет. В ходе анализа обменных карт беременных и историй родов выявлено, что у большинства из них акушерско-гинекологический анамнез отягощен медицинскими абортами. Основная доля беременных состояла на диспансерном учете в женской консультации ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). Данный факт свидетельствует о том, что в консультации перинатального центра наблюдаются беременные высокой степени перинатального риска.

Среди экстрагенитальных заболеваний, осложняющих течение беременности и родов, лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы. Значимую роль в перинатальных потерях играет осложнённое течение беременности. У каждой второй женщины беременность осложнилась острыми респираторными вирусными инфекциями, реактивацией цитомегаловирусной и герпес вирусной инфекции, у 40% – дисфункцией плаценты (маловодие, многоводие), угрозой прерывания беременности, преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО). Данные осложнения беременности несут в себе инфекционный фактор риска спонтанных преждевременных родов, а отсутствие его коррекции приводит к развитию преждевременной родовой деятельности. Касаясь таких осложнений как: гестоз (в т.ч. преэклампсия), дисфункция плаценты, декомпенсация, то в первую очередь необходимо сказать, что данные осложнения беременности не требуют коррекции и основной метод лечения – досрочное родоразрешение. Реже встречается истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Исходя из анализа медицинской документации выявлено, что своевременная диагностика позволяет провести коррекцию данного осложнения (введение акушерского pessaria, хирургический серкляж) и профилировать развитие преждевременной родовой деятельности.

Основная доля перинатальных потерь приходится на новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденных в сроке 22-27 недель беременности. Три случая приходится на доношенный срок гестации и нормальный вес новорожденных. Это дети с врожденными пороками развития, диагностированными после рождения или на более поздних сроках беременности.

Согласно результатам патологоанатомического вскрытия в каждом третьем случае причиной смертности новорожденных явились кровоизлияния и кровотечения. Рассматриваемая патология возникает на фоне осложнений беременности, таких как преэклампсия, особенно ее тяжелое течение, дисфункция плаценты, декомпенсированное ее течения. Смертность новорожденных на этапе акушерского стационара не предотвратима, т.к. согласно современным акушерским стандартам лечением гестоза тяжелой степени, декомпенсированного течения дисфункции плаценты является досрочное родоразрешение беременной не зависимо от срока гестации. Реже основной причиной смертности новорожденных явились ранний неонатальный сепсис и врожденная инфекция, последняя лидирует как второй конкурирующий диагноз по данным патологоанатомического вскрытия. Как показал анализ обменных карт беременных, практически 100% женщин не обследованы на инфекции. Кроме этого, более чем у половины женщин, беременность осложнилась ОРВИ, реактивацией ВПГИ, ЦМВИ, что могло привести к преждевременному излитию околоплодных вод и спонтанному развитию преждевременной родовой деятельности. Также больше половины женщин указывали на наличие одного и более аборт в анамнезе и выкидыши. В связи с чем, возможно внутриматочное инфицирование восходящего типа и как следствие преждевременный разрыв плодных оболочек и развитие родовой деятельности. На этапе женской консультации своевременная диагностика ИЦН и ее коррекция (введение акушерского pessaria, хирургический серкляж) позволили бы профилировать

развитие преждевременной родовой деятельности, чего не было сделано у данных пациенток. На этапе родильного дома случай преждевременных родов не предотвратим, т.к. роженицы поступили с преждевременным излитием околоплодных вод, в активной фазе родов или в потужном периоде. Третья по частоте причина перинатальных потерь – синдром дыхательных расстройств (СДР), который также фигурирует как второй конкурирующий диагноз. Данное состояние связано с глубокой недоношенностью, с рождением детей с ЭНМТ, в некоторых случаях с невозможностью проведения профилактики СДР у плода ввиду поступления в роддом в активной фазе родов или во втором периоде родов. Поэтому на этапе акушерского стационара в данном случае перинатальная смертность не предотвратима.

Родоразрешение беременных с резус-иммунизацией имело место в 2 рассматриваемых случаях. На этапе акушерского стационара случаи перинатальной смертности не предотвратимы. Учитывая нарастание титра антител, резус положительный фактор плода по идентификации RHD гена плода в крови матери, признаки ГБН у плода, беременные своевременно родоразрешены оперативным путем. В 4 случаях, по данным патологоанатомического вскрытия, имели место ВПР плода. Все пороки развития не совместимы с жизнью. Прерывание по медицинским показаниям не проведено в более ранние сроки, т.к. в двух случаях они были диагностированы только на III скрининге, а в остальных случаях только после рождения ребенка. Следовательно, случаи гибели новорожденных на этапе родильного дома не предотвратимы.

Таким образом, снижению уровня ранней неонатальной смертности способствуют своевременная диагностика осложнений беременности, внутриутробных инфекций, пренатальная диагностика врожденной патологии, планирование семьи и использование современных контрацептивов в межгестационный период. Эти меры позволяют добиться уменьшения показателя ранней неонатальной смертности за счет воздействия на «управляемые», предотвратимые ее причины.