

- N. Claire, I.R.S. Sosenko // *Semin. Neonatol.* — 2003. — Vol. 8. — P.63—71.
13. *Bush, A.* COPD: a pediatric disease / A. Bush // *COPD: Journal of chronic obstructive pulmonary disease.* — 2008. — № 2. — P.53—67.
 14. *Berger, T.* Impact of improved survival of very low-birth-weight infants on incidence and severity of bronchopulmonary dysplasia / T. Berger // *Biol. Neonate.* — 2004. — Vol. 86. — P.124.
 15. *Gerdes, J.S.* Bronchopulmonary dysplasia or chronic lung disease in FD Burg et al. Gellis and Ragans Current Pediatric Nherapy / J.S. Gerdes. — Philadelphia, 1999. — P.262—266.
 16. *Jobe, A.H.* Bronchopulmonary dysplasia/ A.H. Jobe, E. Bancalary // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2001. — Vol. 163. — P.1723—1729.
 17. *Northway, W.H. Jr.* Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline membrane discase Bronchopulmonary dysplasia / W.H. Jr. Northway, R.C. Rosan, D.Y. Porter // *N. Engl. J. Med.* — 1967. — Vol. 276. — P.357—368.
 18. Developmental sequelae in preterm infants having a diagnosis of bronchopulmonary dysplasia / E.J. Short, H.L. Kirchner, G.R. Asaad [et al.] // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2007. — Vol. 161, № 11. — P.1082—1087.
 19. *Thomas, W.* Universitats — Kinderklinik Wurzberg. Bronchopulmonary dysplasia Fruehgeborener Epidemiologie, Pathogenese und Therapie / W. Thomas, C.O. Speer // *Monatsschrift Kinderhelkd.* — 2005. — Vol. 153. — P.211—219.
 20. Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates / M. Walsh, Q. Yao, P. Gettner [et al.] // *Pediatrics.* — 2004. — Vol. 114. — P.1305—1311.

REFERENCES

1. Bronholegochnaya displaziya: metod. rekomendacii / pod red. N.N. Volodina. — M.: RGMU, 2010. — 56 s.
2. Genetika bronholegochnykh zabolevanii / pod red. V.P. Puzyreva, L.M. Ogorodovoi. — M.: Atmosfera, 2010. — 160 s.
3. Novaya rabochaya klassifikaciya bronholegochnykh zabolevanii u detei / N.A. Geppe, N.N. Rozinova, I.K. Volkova [i dr.] // *Doktor Ru.* — 2009. — № 1. — S.7—13.
4. Diagnosticheskoe HLA-tipirovanie v pediatricheskoi praktike / L.R. Kal'met'eva, R.Z. Ahmetshin, G.U. Makarova [i dr.]. — M.: Omega-L. — 100 s.
5. *Kozarezov, S.N.* Kliniko-patogeneticheskie aspekty bronholegochnoi displazii v stadii hronicheskoi bolezni: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. / S.N. Kozarezov. — Minsk, 2010. — 20 s.
6. Bronholegochnaya displaziya: nauch.-prakt. programma. — M.: Original-maket, 2012. — 88 s.
7. *Ovsyannikov, D.YU.* Sistema okazaniya medicinskoj pomoschi detyam, stradayuschim bronholegochnoi displaziei: rukovodstvo dlya praktikuyuschih vrachei / D.Yu. Ovsyannikov; pod red. L.G. Kuz'menko. — M.: MDV, 2010. — 152 s.
8. Sovremennye algoritmy diagnostiki bronholegochnoi displazii / D.Yu. Ovsyannikov, N.A. Komleva, T.B. Oboladze [i dr.] // *Voprosy diagnostiki v pediatrii.* — 2011. — № 3. — S.12—20.
9. *Panov, P.V.* Perinatal'nye faktory riska bronholegochnoi displazii u detei / P.V. Panov, E.N. Ahmadeeva, D.E. Baikov, L.D. Panova // *Sbornik trudov XXI Nacional'nogo kongressa po boleznyam organov dyhaniya;* pod red. akad. A.G. Chuchalina. — M.: Dizain Press, 2011. — S.120—121.
10. *Haitov, R.M.* Fiziologicheskaya rol' glavnogo kompleksa gistosovmestimosti cheloveka / R.M. Haitov, L.P. Alekseev // *Immunologiya.* — 2001. — № 3. — S.4—12.
11. American Thoracic Society. Statement on the care of the child with chronic lung disease of infancy and childhood / J. Allen, R. Zwerdling, R. Ehrenkranz [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2003. — Vol. 168. — R.356—396.
12. *Bancalary, E.* Bronchopulmonary dysplasia: changes in pathogenesis, epidemiology and definition / E. Bancalary, N. Claire, I.R.S. Sosenko // *Semin. Neonatol.* — 2003. — Vol. 8. — R.63—71.
13. *Bush, A.* COPD: a pediatric disease / A. Bush // *COPD: Journal of chronic obstructive pulmonary disease.* — 2008. — № 2. — P.53—67.
14. *Berger, T.* Impact of improved survival of very low-birth-weight infants on incidence and severity of bronchopulmonary dysplasia / T. Berger // *Biol. Neonate.* — 2004. — Vol. 86. — R.124.
15. *Gerdes, J.S.* Bronchopulmonary dysplasia or chronic lung disease in FD Burg et al. Gellis and Ragans Current Pediatric Nherapy / J.S. Gerdes. — Philadelphia, 1999. — P.262—266.
16. *Jobe, A.H.* Bronchopulmonary dysplasia/ A.H. Jobe, E. Bancalary // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2001. — Vol. 163. — R.1723—1729.
17. *Northway, W.H. Jr.* Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline membrane discase Bronchopulmonary dysplasia / W.H. Jr. Northway, R.C. Rosan, D.Y. Porter // *N. Engl. J. Med.* — 1967. — Vol. 276. — P.357—368.
18. Developmental sequelae in preterm infants having a diagnosis of bronchopulmonary dysplasia / E.J. Short, H.L. Kirchner, G.R. Asaad [et al.] // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2007. — Vol. 161, № 11. — R.1082—1087.
19. *Thomas, W.* Universitats — Kinderklinik Wurzberg. Bronchopulmonary dysplasia Fruehgeborener Epidemiologie, Pathogenese und Therapie / W. Thomas, C.O. Speer // *Monatsschrift Kinderhelkd.* — 2005. — Vol. 153. — R.211—219.
20. Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates / M. Walsh, Q. Yao, P. Gettner [et al.] // *Pediatrics.* — 2004. — Vol. 114. — R.1305—1311.

© В.В. Ветров, Д.О. Иванов, 2013

УДК 618.333

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В Н-СКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012 ГОД

ВЛАДИМИР ВАСИЛЬЕВИЧ ВЕТРОВ, докт. мед. наук, ст. научный сотрудник НИЛ физиологии и патологии беременности и родов Института перинатологии и педиатрии ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, e-mail: vetrovplasma@mail.ru

ДМИТРИЙ ОЛЕГОВИЧ ИВАНОВ, докт. мед. наук, директор Института перинатологии и педиатрии ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, e-mail: doivanov@yandex.ru

Реферат. В статье приведен анализ первичной документации по 53 случаям перинатальной смертности в Н-ском регионе за 2012 г. Выявлены ошибки в ведении беременных как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах, особенно в учреждениях родовспоможения первого уровня. Непредотвратимые, условно предотвратимые и безусловно предотвратимые потери плодов были соответственно в 18,1, 49,1 и 32,7% случаях. Приведены клинические примеры.

Ключевые слова: перинатальная смертность, беременность.

THE EXPERT ANALYSIS OF PERINATAL MORTALITY IN N-SKY REGION BY THE YEAR 2012

VLADIMIR V. VETROV, DMITRY O. IVANOV

Abstract. In article the analysis of first documentation 53 cases perinatal mortality in N-sky region are proved. The mistakes in leading of pregnant women by ambulation and hospitalization of stages are revealed, especially in establishments of the first level. The insuperable, conditional insuperable and certainly insuperable of fetus the death were accordingly in 18,1, 49,1 and 32,7% of cases. The clinical examples are implemented.

Key words: perinatal mortality, pregnancy.

Актуальность проблемы. Перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154 дня) внутриутробной жизни плода (в этот срок в норме масса плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после родов. Показатель перинатальной смертности (ПС) включает в себя мертворождаемость (гибель детей антенатально и интранатально соответственно до развития родовой деятельности и в родах) и раннюю неонатальную смертность (наступление смерти в течение 168 ч после рождения). Наиболее высокий показатель ПС (300—500 на 1000 родившихся) отмечается у детей с массой тела до 1500 г. У доношенных до срока детей он на два порядка меньше, составляя 3—7 на 1000 [1—4]. В целом показатель ПС комплексно отражает состояние службы родовспоможения и работу неонатологов.

Целью исследования было проведение экспертного анализа случаев ПС за 2012 г. в Н-ской области по причине того, что данный показатель с 8,5/1000 в 2011 г. возрос до 11,7/1000, т.е. на 37,6%.

Материал и методы. В 2012 г. в регионе была проведена реорганизация штатной структуры родовспомогательной службы, и на 154 000 женщин фертильного возраста было развернуто 314 акушерских коек: в шести центральных районных больницах первого уровня — 65 коек (20,7% от общего количества), в двух межрайонных больницах второго уровня — 94 койки (29,9% от общего количества), в перинатальном центре столицы области (третий уровень) — 155 коек (49,4%). В целом основные показатели родовспомогательной службы (постановка беременных на учет, процент преждевременных родов и др.) соответствуют или даже лучше, чем в среднем по РФ. Так, например, в 2012 г. в Н-ской области не было случаев материнской смертности.

Как и во многих других областях РФ, в Н-ском регионе имеется нехватка врачей-акушеров-гинекологов: при наличии 225,5 ставок акушеров-гинекологов работали 104 врача, которые занимали 171 ставку. Коэффициент совместительства врачебных должностей составил 1,6.

Число родов в области за 2011 г. было 6856, а в 2012 г. несколько увеличилось и составило 7101. Проанализировано 53 истории родов, индивидуальных карт беременных, историй новорожденных.

Результаты и их обсуждение. В возрасте 16—19 лет было 5 (9,4%) женщин, в 20—29 лет — 26 (49,0%), в 30—39 лет — 22 (41,5%). Одна (1,9%) женщина была приезжей, остальные были жительницами местных городских поселений (34 женщины; 64,2%), или сельской местности (18; 34,0%).

Не работали 26 (49,0%) из 53 женщин, остальные женщины были заняты малоквалифицированной работой (разнорабочие, уборщицы и пр.); 12 чело-

век — 22,6%), две женщины (3,8%) были студентками. Первородящих было 11 (20,8%) из 53, остальные 42 (79,2%) женщины — повторнородящие (табл. 1). Роды в анамнезе были у 39 (92,9%) из 42 повторнородящих женщин, медицинские аборт — у 18 (42,9%), самопроизвольные выкидыши — у 8 (19,0%), трубная беременность — у 2 (4,8%). Среди 39 ранее рожавших женщин, более трех родов было у 8 из них (20,5%), операции кесарева сечения были у 7 (17,9%), преждевременные роды — у 4 (10,2%), с мертворождением — у 1 (2,5%).

Таблица 1

Фертильность у повторнородящих женщин

Чем закончилась беременность	Повторнородящие пациентки (n=42)
Медицинские аборт (от 1 до 4)	18 (42,9%)
Самопроизвольные выкидыши (1—3)	8 (19,0%)
Трубная беременность	2 (4,8%)
Роды в том числе:	39 (92,9%)
3—5 родов	8 (20,5%)
Преждевременные роды	4 (10,2%)
Кесарево сечение	7 (16,7%)
Мертворождение	1 (2,4%)

Анализ показал, что у пациенток часто встречались неблагоприятные факторы в анамнезе. Соматические болезни (почек, сердечно-сосудистые, органов дыхания и пр.) отмечались у 25 (47,2%) женщин, гинекологические болезни (чаще воспалительного характера) — у 13 (24,5%). Реже были выявлены вредные привычки, сифилис (табл. 2). 20 (37,7%) из 53 женщин или вообще не состояли (10 человек; 19,0%) на учете в женской консультации, или встали на учет позднее 20 нед.

Таблица 2

Данные по соматической, гинекологической заболеваемости, вредным привычкам в анамнезе

Показатель	Пациентки (n=53)
Соматические болезни	25 (47,2%)
Гинекологические болезни	13 (24,5%)
Курение	6 (11,3%)
Алкоголизм	4 (7,5%)
Сифилис	1 (1,9%)

Осложнения при настоящей беременности были зарегистрированы у 34 (64,2%) из 53 женщин, все они лечились в дневном или акушерском стационарах от одного до трех раз.

У пяти из 53 (9,4%) женщин была двойня. Были ли среди них женщины после ЭКО в историях не указано. Среди осложнений настоящей беременности наиболее часто отмечались инфекции (у 24; 45,3% женщин, чаще урогенитального тракта), у каждой четвертой (14 женщин; 26,4%) была преэклампсия [в том числе преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) — у 7, или у каждой второй], угроза выкидыша, анемия, у каждой девятой — задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР; табл. 3). Причем в клинических диагнозах и заключениях вскрытий плодов ЗВУР не упоминалась ни разу, и эта патология была выявлена при сопоставлении сроков беременности и ростовесовых показателей.

Таблица 3

Осложнения при настоящей беременности

Осложнение	Пациентки (n=53)
Проявления гестоза, в т.ч., преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	14 (26,4%) 7 (13,2%)
Угроза выкидыша (лечение от 1 до 3 раз)	14 (26,4%)
Анемия	13 (24,5%)
Инфекции	23 (44,2%)
ЗВУР	9 (16,7%)
Много-, маловодие	6 (11,3%)

Из 7 женщин с ПОНРП, 4 пациентки вообще не наблюдались в женской консультации, или были поставлены на учет в 19 нед беременности и позднее. Сроки беременности на момент потери плода представлены в табл. 4.

Таблица 4

Сроки беременности при перинатальной смертности

Срок беременности, нед	Женщины (n=53)
22—27	15 (28,3%)
28—37	21 (39,5%)
38—41	17 (32,1%)
Итого	53 (100%)

Беременность прервалась в сроки 22—27 нед в пятнадцати (28,3%) наблюдениях, во всех случаях закончилась мертворождением (антенатальная гибель плода — 13, интранатальная гибель — 2). Из них в одном случае одинокая женщина практически не наблюдалась, роды протекали с явлениями хориоамнионита; можно предполагать криминальное вмешательство как причину родов. У двух женщин было прерывание беременности по медицинским показаниям (ВПР, несовместимые с жизнью). У остальных, судя по анамнезу (искусственные и самопроизвольные аборт, преждевременные роды с инструментальным обследованием полости матки) и клинике (двойня — у двух, дородовое излитие околоплодных вод), можно думать о недиагностированной истмико-цервикальной недостаточности. Из 58 родившихся детей (5 двоен) трое из двоен остались живы, а в остальных 55 случаях, соответственно 43 (78,2%), 7 (13,0%) и 5 (9,3%) детей погибли анте-,

интра и постнатально. То есть по анализируемым случаям чаще встречались антенатальные потери и в целом мертворождаемость (90,9%) от общего числа всех случаев перинатальной смертности (табл. 5).

Таблица 5

Перинатальная смертность

Смертность	Общее количество погибших детей (n=55)
Антенатальная	43 (78,2%)
Интранатальная	7 (12,7%)
Постнатальная	5 (9,1%)
Всего	55 (100%)

Следует отметить, что в области за 2012 г. показатели мертворождаемости и постнатальной (ранней неонатальной) смертности составили соответственно 8,4/1000 и 3,3/1000, что в процентном соотношении от показателя ПС (11,7/1000) составило 71,8% и 28,2%.

Показатель мертворождаемости в Н-ской области существенно хуже, чем в развитых странах. Так, по данным Европейской ассоциации пренатальной медицины, в 2008 г. общий показатель мертворождаемости составил в Германии 2,9/1000, а у родившихся в сроки 22—27 нед беременности — 1,1/1000 (37,9%), в Англии — соответственно 3,8/1000 и 1,3/1000 (34,2%), в Финляндии 4,1/1000 и 1,7/1000 (41,5%), во Франции — 4,9/1000 и 1,9/1000 (38,8%) [5]. То есть даже в развитых европейских странах с хорошо развитой помощью беременным и детям доля глубоконедоношенных среди мертворожденных детей составляет 34,2—41,5%. В целом в структуре ПС процент доношенных детей составляет не более 20% от общего числа погибших [5].

Выше мы отмечали, что в анализируемых историях Н-ской области доля погибших детей в сроки 22—27 нед беременности составила 28,3% (все — мертворожденные), в 38—41 нед — 32,1% (см. табл. 4). В первом случае это, возможно, связано с недоучетом всех случаев гибели детей в эти сроки беременности. Во втором случае, так же как и преобладание в структуре ПС мертворождений (90,1%), свидетельствует о больших упущениях в качестве диспансеризации беременных женщин как на амбулаторном, так на стационарном этапах [6—8].

Поскольку лишь в 31 истории родов из 53 (58,7%) были представлены результаты патолого-анатомического исследования плода (исследование плаценты у 40), истинные причины гибели детей в ряде случаев были не совсем ясны.

По данным представленной документации, непредотвратимые потери глубоконедоношенных детей (все, родившиеся в сроке гестации 22—29 нед) были у 10 из 55 (18,1%; две двойни) женщин, т.е., лишь в каждом шестом случае (табл. 6). В большинстве случаев (8 человек) это были случаи тяжелой фетоплацентарной недостаточности на фоне поражения инфекцией плода и плаценты (в одном случае — в сочетании с ВПР). Еще в двух случаях — при прерывании беременности при врожденных пороках развития (ВПР) плода, несовместимых с жизнью.

Т а б л и ц а 6

Перинатальные потери детей

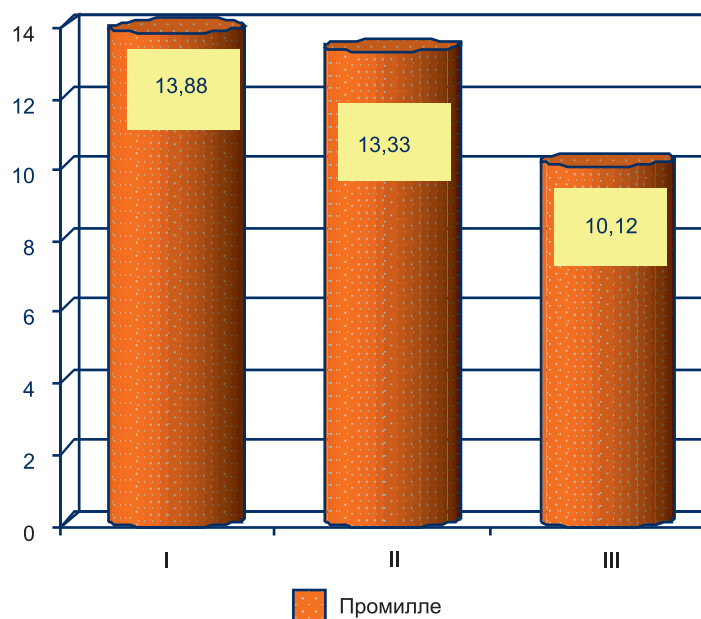
Виды потерь детей	Количество детей (n=55)
Непредотвратимые В том числе: ВПР, несовместимые с жизнью Тяжелая инфекция плода и плаценты	10 (18,1%) 2 8
Условно предотвратимые	27 (49,1%)
Безусловно предотвратимые	18 (32,7%)
Итого	55 (100,0%)

В целом анализ показал, что к условно предотвратимым (49,1%) потерям детей можно отнести случаи перинатальной смертности у женщин с различной (чаще инфекционного характера) соматической, гинекологической патологией в анамнезе или при настоящей беременности, у которых не выявлено грубых замечаний по ведению беременности и родов.

К безусловно предотвратимым потерям (32,70%) отнесены случаи беременности, протекающей с хронической плацентарной недостаточностью на фоне гестоза, урогенитальных инфекций, анемии, но главное — с ошибками при ведении (отсутствие ведения — наблюдения) женщин во время беременности и родов.

При отдельном анализе работы родовспомогательных учреждений различного уровня показатель ПС был наилучшим на третьем уровне в областном перинатальном центре, а наихудшим — в учреждениях первого уровня (рисунки). Это свидетельствует о нарушении принципа маршрутизации беременных с необходимостью концентрации беременных из групп высокого риска в учреждениях, хорошо обеспеченных квалифицированным персоналом и оборудованием.

Как мы уже отмечали, средний показатель ПС в регионе за 2012 г. составил 11,7/1000. Значит, на первом и втором уровнях родовспоможения показатель ПС был соответственно на 17,9% и на 13,7% выше среднеобластного показателя, что и подтверждает нарушение принципа маршрутизации беременных.



Показатель ПС в учреждениях различного уровня

В качестве примера нарушений принципов диспансеризации женщин приводим клинические наблюдения.

Наблюдение 1. Пациентка А., 32 лет, в анамнезе нормальные роды, 3 медицинских аборта. При беременности лечили от вагинита, анемии. С 30-й нед были выявлены проявления преэклампсии, но госпитализировали пациентку лишь через неделю, при развитии схваток. При поступлении в стационар первого уровня плод был жив, отмечалась клиника частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на фоне гестоза. При этом установленном диагнозе врачи решили наблюдать за женщиной и вести роды консервативно. Плод массой 1600 г погиб в родах. Заключений гистологического исследования последа, результатов вскрытия плода нет.

Наблюдение 2. Пациентка Ш., 39 лет, в анамнезе одни роды, медицинский аборт, пиелонефрит. Было диагностировано ягодичное предлежание плода, но в роддом беременную заблаговременно не госпитализировали. Роды наступили на 37-й нед, протекали стремительно. Родила плод (2450 г) до головки в машине скорой помощи, по дороге в больницу плод умер. В ЦРБ вместо перфорации последующей головки мертвому плоду оказывали пособие по Морисо—Левре, что способствовало травмированию промежности у женщины. Данных по исследованию плаценты и плода нет.

Наблюдение 3. Пациентка К., 33 лет, в анамнезе роды — одни, медицинский аборт — один. Наблюдалась активно, на 34-й нед обследована в Перинатальном центре Санкт-Петербурга, выявлен курабельный порок развития плода с рекомендацией родов в ПЦ. Однако в дальнейшем наблюдалась по месту жительства. Роды произошли на 37-й нед беременности в условиях ЦРБ, осложнились неправильным вставлением головки, гибелью плода (2800 г) в родах, плодоразрушающей операцией.

Результаты и их обсуждение. К факторам риска перинатальной смертности традиционно относят неблагоприятные данные соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, осложнения при беременности, в родах. Заметим, что именно они влияют на заболеваемость новорожденных [9—19]. Экспертный анализ медицинской документации подтвердил эти положения.

У 61,2% женщин в анамнезе были искусственные или самопроизвольные аборты, каждая пятая пациентка была многорожавшей женщиной, у каждой шестой было кесарево сечение при предыдущих родах. Соматические и гинекологические болезни ранее отмечались соответственно у каждой второй и каждой четвертой женщины. У 34 (64,2%) из 53 женщин были осложнения при настоящей беременности, каждая пятая пациентка страдала курением или алкоголизмом.

Не меньшее значение при ПС имеет и качество работы акушеров-гинекологов, организация диспансеризации беременных. Так, 20 (37,7%) из 53 женщин или вообще не состояли (10 человек; 19,0%) на учете в консультации, или встали на учет позднее 20-й нед. Среди них были и пациентки с тяжелым осложнением гестоза (ПОНРП), которые не лечились и поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии, с высоким риском материнской смертности.

На амбулаторном и стационарном этапах не диагностировались фетоплацентарная недостаточность и синдром ЗВУР плода, возникший при этом на фоне невыявленных (реже — выявленных, но недостаточно пролеченных) осложнений беременности (гестоз, анемия и др.), он был выявлен лишь при экспертном анализе документации.

Судя по документам, в регионе нет системы выявления и лечения больных беременных с истмикоцервикальной недостаточностью. Это приводит к рождению глубоконедоношенных плодов, погибающих чаще антенатально в сроки 22—27 нед беременности, что отмечено в каждом четвертом (28,3%) случае ПС. В целом преобладали антенатальные потери детей (78,2%), а доношенные дети погибали в каждом третьем случае (32,1%), и это также свидетельствует о недостаточном качестве диспансеризации беременных.

Непредотвратимые потери были в лишь в каждом шестом случае (18,1%; две двойни). И только среди глубоконедоношенных детей, в основном (у 8 из 10 детей) при тяжелой фетоплацентарной недостаточности на фоне поражения инфекцией плода и плаценты (в одном случае — в сочетании с ВГР), реже (в двух случаях) — при прерывании беременности при врожденных пороках развития (ВГР) плода, несовместимых с жизнью.

Условно предотвратимые потери были в каждом втором случае (49,1%). К ним отнесены перинатально погибшие дети у наблюдавшихся женщин с различной (чаще инфекционного характера) соматической, гинекологической патологией в анамнезе или с осложнениями настоящей беременности.

В каждом третьем случае (32,7%) потери детей были безусловно предотвратимыми и зависели от ошибок при ведении (отсутствии ведения/наблюдения) женщин с различными осложнениями.

В целом наихудшие показатели ПС были обнаружены в учреждениях первого-второго уровней (соответственно на 18% и на 14% хуже среднеобластного показателя) и это свидетельствует о нарушении принципа маршрутизации беременных с необходимостью концентрации беременных из групп высокого риска в учреждениях, хорошо обеспеченных квалифицированным персоналом и оборудованием [20]. Представленные выше отдельные клинические наблюдения лишь подтверждают неблагоприятное состояние родовспомогательной службы в регионе в основном на первом-втором уровнях.

Выводы:

1. Диспансеризация беременных в регионе находится на недостаточном уровне (в каждом пятом случае при ПС было отсутствие наблюдения за женщинами, нет системы по выявлению беременных с истмикоцервикальной недостаточностью и пр.).

2. Нарушаются принципы маршрутизации беременных, когда женщины с тяжелой патологией (двойня, тяжелая преэклампсия и др.) готовятся к родам и рожают в условиях стационаров первого-второго уровней.

3. Во всех случаях интранатальной, постнатальной гибели детей были акушерские ошибки (неправильная оценка состояния женщины и плода, ошибочные назначения и действия врачей).

4. Патолого-анатомические диагнозы не всегда соответствуют клинике (наличие СЗРП, вариант гибели плода — антенатальный, интранатальный), в ряде случаев вообще нет данных по исследованию плаценты и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gravett, G. Global report of preterm birth and stillbirth (2 of 7) 4 discovery science / G. Gravett, C.E. Rubens, T.M. Nunes // *Pregnancy and Childbirth*. — 2010. — Vol. 10, № 1. — P.52.
2. Заболеваемость и смертность новорожденных, родившихся в сроке гестации 22—27 нед / Д.Н. Сурков, Д.О. Иванов, Т.К. Мавропуло, Ю.В. Петренко // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2012. — Т. 3, № 3. — С.14—17.
3. Антенатальные факторы риска, приводящие к формированию врожденных пороков развития у новорожденных детей / Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, О.О. Шемякина, А.Ю. Фот // *Вопросы практической педиатрии*. — 2012. — Т. 7, № 4. — С.60—64.
4. Прогнозирование состояния здоровья в катамнезе у детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию / Е.А. Курзина, О.Б. Жидкова, Ю.В. Петренко [и др.] // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2010. — Т. 1, № 1. — С.22—27.
5. Иванов, Д.О. Интенсивная терапия и транспортировка новорожденных детей / Д.О. Иванов, Г.М. Евтюков. — СПб.: Человек, 2009. — 612 с.
6. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. — М.: Триада-Х, 2007. — 188 с.
7. HELLP-синдром в акушерской практике / В.В. Ветров, Ю.С. Иванова, В.Е. Васильев, Д.О. Иванов // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2012. — Т. 3, № 2. — С.71—77.
8. Аутогемодонорство в акушерском стационаре / В.Е. Васильев, В.В. Ветров, Д.О. Иванов [и др.] // *Проблемы женского здоровья*. — 2012. — Т. 3, № 7. — С.50—55.
9. Вартанова, А.О. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / А.О. Вартанова, А.П. Киришенок, А.А. Довлатян // *Акушерство и гинекология*. — 2006. — № 2. — С.8—11.
10. Ветров, В.В. Неосложненная преэклампсия / В.В. Ветров, В.А. Воинов, Д.О. Иванов. — СПб., 2011. — 168 с.
11. Urinary tract infection during pregnancy / J. Le, G.G. Briggs, A. VcKeown, G. Bustillo // *Ann. Pharmacother*. — 2005. — Vol. 39, № 5. — P.977.
12. Шабалов, Н.П. Сепсис новорожденных / Н.П. Шабалов, Д.О. Иванов // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2003. — № 5. — С.46—56.
13. Прогнозирование состояния здоровья в катамнезе у детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию / Е.А. Курзина, О.Б. Жидкова, Ю.В. Петренко [и др.] // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2010. — Т. 1, № 1. — С.22—27.
14. Связь тяжести течения болезни в перинатальном периоде и состояния здоровья детей в школьном возрасте / Е.А. Курзина, Д.О. Иванов, О.Б. Жидкова, Ю.В. Петренко // *Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова*. — 2013. — № 2. — С.38—44.
15. Особенности системы гемостаза у детей, перенесших тяжелую перинатальную патологию / Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, Е.А. Курзина, Т.А. Федосеева // *Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова*. — 2013. — № 2. — С.29—37.
16. Анализ антенатальных факторов риска формирования врожденных пороков внутренних органов у детей / Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, О.О. Шемякина, А.Ю. Фот // *Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова*. — 2012. — № 1. — С.61—68.
17. Курганский, А.В. Современный взгляд на проблему токолитической терапии в акушерстве / А.В. Курганский, Д.О. Иванов, А.Г. Савицкий // *Проблемы женского здоровья*. — 2012. — Т. 7, № 2. — С.43—48.
18. Ветров, В.В. Аферезные технологии в перинатологии (обзор литературы) / В.В. Ветров, В.А. Воинов, Д.О. Иванов // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2012. — Т. 3, № 3. — С.68—73.
19. Взаимосвязь между здоровьем матери и возникновением врожденной патологии у плода / Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, О.О. Шемякина, Н.Н. Шабалова // *Российский иммунологический журнал*. — 2012. — Т. 6, № 2. — С.204.

20. Ветров, В.В. Анализ причин мертворождений в Н-ской области в 2012 году / В.В. Ветров, Д.О. Иванов // Бюллетень ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. — 2013. — № 2 (19). — С.12—18.

REFERENCES

1. Gravett, G. Global report of preterm birth and stillbirth (2 of 7) 4 discovery science / G. Gravett, C.E. Rubens, T.M. Nunes // Pregnancy and Childbirth. — 2010. — Vol. 10, № 1. — P.52.
2. Zabolevaemost' i smertnost' novorozhdennyh, rodivshisya v sroke gestacii 22—27 ned / D.N. Surkov, D.O. Ivanov, T.K. Mavropulo, Yu.V. Petrenko // Detskaya medicina Severo-Zapada. — 2012. — Т. 3, № 3. — С.14—17.
3. Antenatal'nye faktory riska, privodyaschie k formirovaniyu vrozhdennyh porokov razvitiya u novorozhdennyh detei / D.O. Ivanov, Yu.V. Petrenko, O.O. SHemyakina, A.Yu. Fot // Voprosy prakticheskoi pediatrii. — 2012. — Т. 7, № 4. — С.60—64.
4. Prognozirovanie sostoyaniya zdorov'ya v katamneze u detei, perenessih tyazheluyu perinatal'nyu patologiyu / E.A. Kurzina, O.B. Zhidkova, Yu.V. Petrenko [i dr.] // Detskaya medicina Severo-Zapada. — 2010. — Т. 1, № 1. — С.22—27.
5. Ivanov, D.O. Intensivnaya terapiya i transportirovka novorozhdennyh detei / D.O. Ivanov, G.M. Evtukov. — SPb.: CHelovek, 2009. — 612 s.
6. Burduli, G.M. Reproduktivnye poteri / G.M. Burduli, O.G. Frolova. — M.: Triada-H, 2007. — 188 s.
7. HELLP-sindrom v akusherskoi praktike / V.V. Vetrov, Yu.S. Ivanova, V.E. Vasil'ev, D.O. Ivanov // Detskaya medicina Severo-Zapada. — 2012. — Т. 3, № 2. — С.71—77.
8. Autogemodonorstvo v akusherskom stacionare / V.E. Vasil'ev, V.V. Vetrov, D.O. Ivanov [i dr.] // Problemy zhenskogo zdorov'ya. — 2012. — Т. 3, № 7. — С.50—55.
9. Vartanova, A.O. Osobennosti techeniya beremennosti, rodov i perinatal'nye ishody u pacientok s ostrym gestacionnym pielonefritom / A.O. Vartanova, A.P. Kiryushenkov, A.A. Dovlatyan // Akusherstvo i ginekologiya. — 2006. — № 2. — С.8—11.
10. Vetrov, V.V. Neoslozhnennaya preeklampsiya / V.V. Vetrov, V.A. Voinov, D.O. Ivanov. — Spb., 2011. — 168 s.

11. Urinary tract infection during pregnancy / J. Le, G.G. Briggs, A. Vckeown, G. Bustillo // Ann. Pharmacother. — 2005. — Vol. 39, № 5. — P.977.
12. Shabalov, N.P. Sepsis novorozhdennyh / N.P. Shabalov, D.O. Ivanov // Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. — 2003. — № 5. — С.46—56.
13. Prognozirovanie sostoyaniya zdorov'ya v katamneze u detei, perenessih tyazheluyu perinatal'nyu patologiyu / E.A. Kurzina, O.B. Zhidkova, Yu.V. Petrenko [i dr.] // Detskaya medicina Severo-Zapada. — 2010. — Т. 1, № 1. — С.22—27.
14. Svyaz' tyazhesti techeniya bolezni v perinatal'nom periode i sostoyaniya zdorov'ya detei v shkol'nom vozraste / E.A. Kurzina, D.O. Ivanov, O.B. Zhidkova, Yu.V. Petrenko // Byulleten' Federal'nogo centra serdca, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova. — 2013. — № 2. — С.38—44.
15. Osobennosti sistemy gemostaza u detei, perenessih tyazheluyu perinatal'nyu patologiyu / D.O. Ivanov, Yu.V. Petrenko, E.A. Kurzina, T.A. Fedoseeva // Byulleten' Federal'nogo centra serdca, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova. — 2013. — № 2. — С.29—37.
16. Analiz antenatal'nyh faktorov riska formirovaniya vrozhdennyh porokov vnutrennih organov u detei / D.O. Ivanov, Yu.V. Petrenko, O.O. Shemyakina, A.Yu. Fot // Byulleten' Federal'nogo Centra serdca, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova. — 2012. — № 1. — С.61—68.
17. Kurganskii, A.V. Sovremenniy vzglyad na problemu tokolicheskoi terapii v akusherstve / A.V. Kurganskii, D.O. Ivanov, A.G. Savickii // Problemy zhenskogo zdorov'ya. — 2012. — Т. 7, № 2. — С.43—48.
18. Vetrov, V.V. Afereznye tehnologii v perinatologii (obzor literatury) / V.V. Vetrov, V.A. Voinov, D.O. Ivanov // Detskaya medicina Severo-Zapada. — 2012. — Т. 3, № 3. — С.68—73.
19. Vzaimosvyaz' mezhdru zdorov'em materi i vozniknoveniem vrozhdennoi patologii u ploda / D.O. Ivanov, Yu.V. Petrenko, O.O. Shemyakina, N.N. Shabalova // Rossiiskii immunologicheskii zhurnal. — 2012. — Т. 6, № 2. — С.204.
20. Vetrov, V.V. Analiz prichin mertvorozhdenii v N-skoi oblasti v 2012 godu / V.V. Vetrov, D.O. Ivanov // Byulleten' FCSKE im. V.A. Almazova. — 2013. — № 2 (19). — С.12—18.

© Д. Д. Гайнетдинова, Д. Ф. Мусина, 2013

УДК 616.831-008.918-053.36

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ В НЕОНАТАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

ДИНА ДАМИРОВНА ГАЙНЕТДИНОВА, докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России
ДИНА ФОАТОВНА МУСИНА, аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
тел. 8-917-292-56-46, e-mail: d.f.musina@mail.ru

Реферат. Обследовано 58 детей с диагнозом: перинатальное гипоксически-ишемическое поражение головного мозга в форме гипертензионного синдрома в возрасте до 1 года. В работе были использованы клинико-неврологический, нейровизуализационный, лабораторный и статистический методы исследования. Установлено, что у большинства детей, перенесших гипоксию в родах и имеющих клинические и нейросонографические признаки синдрома повышенного внутричерепного давления, отмечается снижение уровня гемоглобина различной степени. При сопоставлении данных нейросонографии с уровнем гемоглобина выявлено, что среди детей с преимущественным скоплением ликвора в области межполушарной борозды, численно преобладают дети с анемией. Расширенной желудочковой системе в большинстве наблюдений соответствуют показатели гемоглобина, соответствующие возрасту. Пониженный уровень гемоглобина усугубляет течение синдрома внутричерепной гипертензии, а длительное существование анемии ведет к тканевому отеку, что влечет за собой быстрое нарастание дегенеративных изменений головного мозга, вызывая задержку умственного, психического и физического развития детей.