

2001-276

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

УДК 614.1:313.13+613.952

ШАРШЕНОВ АСАНБЕК КАРЫПБЕКОВИЧ

**«ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
И ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ»**

14.00.01 – акушерство и гинекология

**Автореферат диссертации на соискание
ученой степени доктора медицинских наук**

БИШКЕК – 2001

Работа выполнена в Кыргызской Государственной
Медицинской Академии

Научный консультант:

Доктор медицинских наук, профессор Мусуралиев М.С.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Мамедалиева Н.М.

Заслуженный деятель науки,
доктор медицинских наук, профессор Рыбалкина Л.Д.

Доктор медицинских наук Шмаков Г.С.

Ведущая организация:

Казахский Государственный Медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2001 г.
на заседании диссертационного совета Д 14.00.111
при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства
и педиатрии Министерства Здравоохранения Кыргызской
Республики (720040, Кыргызская Республика, г.Бишкек,
ул. Тоголока Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии

Автореферат разослан « ____ » _____ 2001 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Сложность настоящей демографической ситуации в Кыргызской Республике и неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья ее населения предопределяют необходимость поиска путей решения ряда задач, от которых зависит будущее нации.

В первую очередь это касается проблемы перинатальной смертности, в связи с которой общество несет наибольшие потери, поскольку утраты человеческих жизней в перинатальный период больше числа умерших в последующие 20-30 и даже 40 лет жизни, и где заложены основные резервы здоровья нации (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997; Вельтищев Ю.Е., Палева Л.С., 1997; Chiwuzie S., Braimoh S., 1995). В связи с этим ВОЗ рассматривает снижение перинатальной смертности (ПС) как одну из основных задач общей стратегии здравоохранения для достижения цели "Здоровье для всех к 2000 г." (Health for all targets... , 1991).

Проблема охраны здоровья будущих поколений в большой мере определяется здоровьем родителей, особенно женщин, течением и ведением беременности, родов и раннего периода новорожденности (Николаева Е.И., 1990; Боконбаева С.Д., Какеева А.К., 2000; Краснопольский В.И., 2000; Омаров С.М.А., 2000; Савельева Г.М. с соавт. 2000; Стрижаков А.Н. с соавт., 2000; Сидорова И.С. с соавт., 2000; Чернуха Е.А., 2000; Какеева А.К., 2001). Наиболее управляемым является показатель ранней неонатальной смертности (Талалаев А.Г., Самсыгина Г.А., 1992; Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997; Pollak M.M. et al., 2000).

При решении данной проблемы следует учитывать два аспекта: социальный и медицинский, которые тесно связаны между собой (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997; Kumar M.R. et al., 1996).

Наиболее ярким отражением нарастания неблагоприятных социальных факторов в обществе стало падение воспроизводства населения в Кыргызской Республике, снизившегося с 22,2 в 1991 г. до 14,6 - в 1999 г. За период 1991-1999 гг. рождаемость снизилась

на 26,5%, естественный прирост населения - на 34,2% (Стат. сб. «Здоровье населения и здравоохранение в центр. азиат. респ.», 2001).

Кризис воспроизводства усугубляется и рядом социальных проблем: неуклонным ростом внебрачной рождаемости среди девушек подросткового возраста, неблагоприятного для рождения здорового потомства, т.к. ребенок попадает в худшие социально-экономические и психосоциальные условия (Буйлашев Т.С., 2000).

Огромное количество урогенитальных инфекций, хронических заболеваний достигает максимума к репродуктивному возрасту, создавая замкнутый цикл: больная мать - больной плод - больной ребенок - больной подросток - больные родители. Продолжительность цикла - 20-25 лет. И с каждым таким циклом жизни поколения патологическая пораженность новорожденных существенно нарастает. Через 20 лет доля здоровых новорожденных в популяции может снизиться до 15-20% (Баранов А.А., 1995).

Таким образом, одним из важнейших индикаторов, рекомендованных ВОЗ для оценки состояния здоровья и благополучия нации, является состояние ПС, РНС и МС.

К моменту начала настоящего исследования ПС в Кыргызстане, по материалам официальной статистики, за период с 1980 по 1990 гг. возросла с 11,7 до 16,37%, а ранняя неонатальная смертность (РНС) соответственно с 4,47 до 8,62%. В последующие годы названные показатели не имели выраженной тенденции к снижению: ПС оставалась на уровне 12,39% в 1998 г., а РНС - 7,43%. Младенческая смертность (МС) в 1990 г. составляла 30,19%, а в 1997 г. - 28,2%.

Наиболее выраженные демографические изменения произошли в г. Бишкек. Уровень рождаемости на 1000 населения снизился с 16,8 в 1990 г. до 13,1 - в 1997 г. Уровень смертности возрос с 8,3 на 1000 населения в 1990 г. до 9,8 - в 1997 г.

Произошло резкое снижение естественного прироста населения с 8,5 в 1990 г. до 3,3 в 1997 г. Снижение показателя МС

сопровождалось повышением в ее структуре доли врожденных пороков до 12,5% и перинатальной патологии до 67,7% в 1997 г.

Факт возрастания числа ВПР, как причины смерти детей в перинатальном периоде, в первую очередь объясняется улучшением выявляемости аномалий развития плода в учреждениях родовспоможения. Способствует увеличению числа врожденных пороков развития (ВПР) и рост заболеваемости урогенитальных инфекций (УГИ) среди женщин фертильного возраста (Сидельникова В.М., 2000). Однако требуется поиск и других объяснений, среди которых важное место может занять оценка состояния окружающей среды на территории исследования.

Значительный рост вероятности неблагоприятного воздействия факторов внешней среды на организм матери и ее потомство является достаточным основанием для того, чтобы в определенной мере связать частоту выявленной перинатальной патологии и ВПР с усиливающимся ростом темпа жизни и загрязнением окружающей среды.

Таким образом, помимо демографических и экономических условий на перинатальные потери не исключено влияние ухудшения экологии окружающей среды (Агаджанян Н.А., 1989; Боконбаева С.Д., 1994; Бочков Н.П. с соавт., 1996; Вельтищев Ю.Е., 1996; Студеникин М.Я., Ефимова А.А., 1998; Ramos A.M. et al., 2000).

Экологическая обстановка является одной из основных причин сложившегося неблагоприятия в области охраны материнства и детства, проявляющегося в виде роста числа осложнений беременности и родов, перинатальной и ранней детской смертности, ВПР, заболеваемости и инвалидности детей (Айламазян Э.К., 1991; Вельтищев Ю.Е., 1995; Боконбаева С.Д., 1996; Rivera-Rueda M.A. et al., 1999; Glinianaia S.V. et al., 2000).

По данным Бочкова Н.П. (1998), Дурнева А.Д. (1998) патология плода и новорожденного в экологически неблагоприятных местностях обусловлена ростом уровня мутирования в клетках периферической крови.

Примерно у 10% супружеских пар по данным Дурнева А.Д. (1998), вследствие мутагенного воздействия наступает бесплодие. Мутации в эмбриональных клетках приводят к развитию у плода и новорожденного врожденных пороков. Они же ответственны за спонтанные аборт, которыми прерывается до 50% состоявшихся зачатий. Большинство задержек менструаций связано с беременностью, не получившей развития из-за повреждения генетических структур оплодотворенной яйцеклетки.

По данным Министерства окружающей среды Кыргызской Республики около 2/3 общей земельной площади г. Бишкек загрязнено тяжелыми металлами (серебром, свинцом, хромом), превышающими кларки соответственно в 16, 26 и в 44 раза; 30% территории города загрязнено кадмием (ПДК 1,2-2,3), 20% - цинком (ПДК 2,4). Из элементов, содержащихся в почве г. Бишкек, 71,4% относятся к 1 и 2 классам опасности, что свидетельствует об их техногенном происхождении.

Следовательно, проведение научных разработок по проблеме перинатальной патологии должно быть комплексным, с соблюдением регионального подхода. Это является необходимым условием для снижения перинатальной смертности в том или ином регионе.

В последние годы для оценки влияния внешнесредовых факторов на здоровье человека все большее распространение приобретают исследования, основывающиеся на учете показателей репродуктивной функции (Антипенко Е.Н., Алексеенко П.Л., 1991; Агаджанян Н.А. с соавт., 1994; Бочков Н.П. с соавт., 1996; Яцык Г.В., Акоев Ю.С., 1998; Neel S.V., 1980; Treurniet .F. et al., 2000 и др.).

В качестве таких показателей обычно используют частоту спонтанных абортов (СА), врожденных пороков развития, данные о весе новорожденных, о перинатальной смертности и др.

Учитывая значительные колебания уровня перинатальной смертности по регионам республики, успех снижения потерь во многом зависит от умения оценить региональные особенности

(Красненков В.Л., 1993; Савельева Г.М., 1990; Савельева Г.М. с соавт., 1990; Каюпова Н.А с соавт., 1997; Vaahtera M.V. et al., 2000).

Все выше изложенное определяет актуальность изучения особенностей динамики, частоты и структуры перинатальной смертности в конкретных условиях Кыргызской Республики, а также качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в случаях перинатальной смертности.

Цель работы: разработка научно обоснованной технологии прогнозирования и профилактики перинатальной смертности в Кыргызской Республике.

Задачи исследования:

1. Провести эпидемиологический многофакторный анализ случаев перинатальной смертности по г. Бишкек и другим регионам республики, вскрыть их причины, динамику.
2. Определить структуру причин недонашивания беременности в сроках 22-27 недель. Разработать концепцию прогноза.
3. Выявить особенности распространения и структуру врожденных пороков развития по республике и г. Бишкек, определить связь их с инфекцией.
4. Изучить показатели репродуктивной функции женщин в условиях экологического неблагополучия.
5. Установить связь перинатальных потерь с экологическими факторами окружающей среды.
6. Обосновать технологию снижения перинатальных потерь в республике.

Научная новизна

❖ Впервые в условиях Кыргызской Республики проведен многофакторный анализ случаев перинатальной смертности, изучена динамика и структура причин перинатальных потерь за

1990-1998 гг. по г. Бишкек и в целом по республике. Определены тенденции, составлен прогноз.

❖ Осуществлен углубленный анализ причин перинатальных потерь и факторов, способствующих формированию этого вида патологии, определена их ранговая значимость. Исходя из того, что большую долю перинатальных потерь составляют недоношенные дети, особое внимание уделено выявлению факторов, способствующих прерыванию беременности в сроках 22-27 недель беременности, ныне относящихся к очень ранним преждевременным родам. На основе анализа всех случаев недоношивания беременности из числа женщин с ПС разработан способ прогнозирования акушерской патологии при угрозе недоношивания беременности.

❖ Впервые изучены особенности распространения врожденных пороков развития по г. Бишкек и по республике среди мертворожденных, детей, умерших в первые 0-6 дней и на первом году жизни, и, что очень важно, среди живых детей. Установлена взаимосвязь ВПР с урогенитальными инфекциями, с особенностями течения беременности и с другими материнскими факторами.

❖ Определена ранговая значимость частоты отдельных видов ВПР, их динамика и тенденции распространения.

❖ Изучены показатели репродуктивной функции женщин в условиях экологического неблагополучия. Впервые выявлены и научно обоснованы неблагоприятные месяцы для зачатия, когда женщина в первый критический период беременности попадает под прессинг сочетанного влияния неблагоприятных климатических и экологических факторов.

❖ Проведенный многофакторный анализ причин перинатальных потерь впервые позволил научно обосновать технологию их снижения.

❖ В динамике проведенного исследования получено решение Кыргызпатента о выдаче предварительного патента на изобретение: способ прогнозирования акушерской патологии при

угрозе недоношивания беременности от 11.12.2000 г. (№ 20000057.1) и его уведомление о принятии на рассмотрение заявки на изобретение: способ прогнозирования перинатальной патологии от 13.03.2001 г. (№ 2001009.1).

Практическая значимость работы

❖ На основе комплексной многофакторной оценки причин перинатальных потерь в республике, разностороннего подхода к вскрытию факторов, определяющих уровень ПС, выделены главные из них, определено их ранговое значение. Установлено, что на первом месте находится отсутствие медицинского наблюдения, на втором – высокий индекс их заболеваемости, нарушения формирования репродуктивной функции и, как следствие, патологическое течение беременности, внутриутробная гипоксия плода во время беременности и в родах, патологическое течение родового акта.

❖ Установлено, что в целом, при сочетании множества факторов, первостепенное значение (первое ранговое место) имеет патология родового акта, второе – патология беременности и третье – соматическая патология.

❖ Вскрытие этих закономерностей в условиях реформирования здравоохранения в республике позволило разработать и научно обосновать технологию снижения перинатальных потерь с определением конкретных задач для Министерства здравоохранения, акушеров-гинекологов и семейных врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, для службы социального патронажа, органов санитарного просвещения. В программе также отражены первостепенные задачи, стоящие перед кабинетами и центрами пренатальной диагностики нарушений развития плода, перед медико-генетической службой и врачами акушерами-гинекологами и неонатологами акушерских стационаров.

❖ Выявлены факторы, влияющие на недоношивание беременности в сроках очень ранних преждевременных родов.

Предложена линейная регрессионная многофакторная модель для прогноза недонашивания беременности.

❖ Проведенное исследование выявило зависимость показателей репродуктивной системы женщины от климатоэкологической обстановки в регионе и позволило обосновать наиболее информативные количественные критерии для суммарной оценки окружающей среды и биоэкологической диагностики территорий. На основе показателей репродуктивной системы женщин предложено проводить экологическое районирование территорий.

❖ Доказано, что зачатие в период прессинга множества неблагоприятных климатоэкологических факторов (июнь, июль, август месяцы), когда женщина в первом критическом периоде беременности подвергается их влиянию, происходят наибольшие перинатальные потери. Планирование зачатий в более благоприятные месяцы позволит их снизить.

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ перинатальных потерь, в динамике 8 лет, свидетельствует о наличии тенденции к их снижению, в основном за счет показателя интранатальной смертности, в то время как уровень ранней неонатальной смертности остается почти стабильно высоким, а показатель антенатальной смертности имеет тенденцию к повышению. Соотношение мертворождаемости к ранней неонатальной смертности в целом составляет 1:2. Наблюдается тенденция к увеличению ПС среди доношенных, и – к снижению среди недоношенных детей.

2. Ведущими причинами перинатальных потерь как доношенных, так и недоношенных детей являются дыхательные нарушения, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития. Однако, родовые травмы в 2 раза чаще наблюдаются у доношенных, а внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) – только у недоношенных детей.

3. Перинатальные потери находятся в тесной прямой корреляционной зависимости от материнских факторов, особенностей формирования функции репродукции, от наличия и

характера сопутствующей беременности патологии, от перенесенных заболеваний во время беременности, осложнений беременности, патологии родового акта.

4. Существует тесная прямая корреляционная связь недонашивания беременности с перенесенными абортми ($r=0,99$), с гинекологической ($r=0,77$) и соматической патологией ($r=0,79$), с гинекологическими эндокринными нарушениями ($r=0,99$). Предрасполагающими факторами являются неустроенность семейной жизни, тяжелый физический труд, стрессовые ситуации.

5. Популяционная частота ВПР для г.Бишкек в период с 1990 по 1997 гг. составила 27,0‰, при колебаниях от 23,2 до 35,4‰. При сравнении средних показателей частоты ВПР по г.Бишкек и другим регионам республики наблюдается почти трехкратное преобладание их в г.Бишкек (соответственно 27,0 и 9,4‰). При этом число пороков систем органов в г.Бишкек превышало таковое регионов в 3,75 раза (20,6 и 5,5‰), а «модельных» пороков - в 1,6 раз (6,4 и 3,9‰).

Наблюдается тенденция к некоторому увеличению общей частоты ВПР по республике и г.Бишкек.

6. Различия показателей репродуктивной системы женщины в экологически «неблагополучном» и «благополучном» районах статистически значимы. Наиболее информативными маркерами экологического неблагополучия являются осложнения беременности: чрезмерная рвота беременных, отеки, протеинурия и гипертензионные расстройства, невынашивание беременности, гипотрофия, хроническая гипоксия плода, перинатальная смертность, ВПР.

Наиболее неблагоприятными месяцами для зачатия в условиях г.Бишкек являются июнь, июль и август, характеризующиеся прессингом неблагоприятных климатических и экологических факторов, совпадающих с первым критическим периодом беременности.

Самые высокие показатели ПС и для доношенных и для недоношенных плодов и новорожденных наблюдаются в весенние месяцы (март, апрель, май).

7. Разработанные компьютерные системы прогнозирования позволяют с высокой достоверностью предвидеть недонашивание беременности и перинатальные потери.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: II съезде педиатров Киргизской ССР (Фрунзе, 1988), XV Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов (Махачкала, 1989), I Республиканском съезде акушеров-гинекологов (Фрунзе, 1990), научно-практической конференции “Семья и женщина в меняющемся мире” (Бишкек, 1994), Международной конференции “Высокогорные исследования: Изменения и перспективы в XXI веке” (Бишкек, 1996), Совместном съезде акушеров-гинекологов и педиатров Кыргызстана (Бишкек, 1996), XXV научной сессии НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН “Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины” (Санкт-Петербург, 1996), III Региональном Конгрессе педиатров Центральной Азии и Турции (Алматы, 1996), Центрально-Азиатской конференции по вопросам медицинской радиологии, посвященной 10 - летию катастрофы в Чернобыле (Бишкек, 1996), V съезде акушеров-гинекологов Казахстана (Алматы, 1996), III съезде акушеров-гинекологов Таджикистана (Душанбе, 1996), III Международном симпозиуме “Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологических воздействий на внутреннюю среду организма (Чолпон-Ата, 1997), Международной научно-практической конференции “Год женщины: Итоги и перспективы” (Бишкек, 1997), Третьей и Четвертой Чуйской Международной научно-практической конференции (Бишкек, 1997, 1998), Международной конференции “Современные аспекты адаптации организма к экстремальным условиям” (Бишкек, 1998), Первой Международной научно-практической конференции “Современное состояние дерматовенерологической службы Кыргызстана и перспективы ее развития” (Бишкек, 1998),

Международной конференции “Итоги и перспективы развития современной науки в контексте XXI века” (Бишкек, 1998), Международной конференции молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России “Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие” (Бишкек, 1998), Научно-практической конференции “Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях” (Бишкек, 1999), Научной конференции К-PCY “Актуальные вопросы физиологии, морфологии, экспериментальной и клинической патологии организма в климато-географических условиях Кыргызстана”, посвященной 5-летию образования медицинского факультета (Бишкек, 1999).

Внедрение результатов исследования

Разработана и представлена в Минздрав Кыргызской Республики программа с обоснованием технологии снижения перинатальной смертности в республике.

Разработана и внедрена система для учета женщин с факторами риска по неблагоприятному исходу беременности, проведена оценка эффективности разработанных моделей прогноза по результатам эксплуатации системы, доказана ее эффективность.

Изданы и внедрены методические рекомендации «Компьютерное прогнозирование недонашивания беременности» (Бишкек, 2000), утвержденные Минздравом Кыргызской Республики.

Публикации

По результатам исследования опубликовано 34 основные работы, в том числе 2 монографии и 31 статья, 1 методические рекомендации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 220 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования. Результаты собственных исследований

изложены в 5 главах, в заключении и в выводах. Работа иллюстрирована 88 таблицами и 32 рисунками.

Библиографический указатель содержит 336 источников, из них 141 – зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенное исследование многоэтапное, начато в 1990 г.

На первом этапе проведена эпидемиологическая оценка частоты, структуры, динамики причин ПС в течение 8 лет по г. Бишкек и областям республики. Материалом для этого явились 2425 случаев ПС за 1990-1997 гг.

Для углубленного изучения причин ПС и выявления факторов риска исследованию подвергнуты 870 случаев ПС в роддомах г. Бишкек за период 1997-1998 гг. с использованием данных морфологического анализа секционного материала, включая гистологическое исследование плацент, бактериологический, иммунофлюоресцентный, вирусологический и гистологический методы исследования.

Для проведения анализа причин ПС экспертной оценке подвергались индивидуальные карты беременных, истории родов и развития новорожденных, данные патологоанатомического исследования и заключений клинко-анатомических конференций в случаях смерти детей в перинатальном периоде. При этом учитывались характер и тяжесть сопутствующей материнской патологии.

Особое внимание уделялось выявлению погрешностей при наблюдении беременных и определению возможностей предотвращения перинатальных потерь за счет улучшения качества работы на всех этапах родовспоможения.

Для выявления причин недонашивания беременности анализу подвергнуты 212 случаев самопроизвольного прерывания беременности в сроках 22-27 недель, поскольку в последние годы на уровне национальной статистики рекомендуется дополнительно учитывать потери детей и в эти сроки беременности.

Значительное место уделено изучению частоты, структуры ВПР. Для этого по г. Бишкек исследованию подвергнуты 2685 случаев ВПР и по регионам республики - 960. Частота, структура, динамика ВПР изучалась среди мертворожденных, умерших новорожденных в первые 0-6 дней жизни детей, умерших на первом году жизни и среди живых детей, зарегистрированных в 1990-1997 годах. Таким образом, при изучении ВПР учитывались фетоинфантильные потери.

Так как, по данным Министерства окружающей среды Кыргызской Республики, г. Бишкек отнесен к экологически неблагоприятным регионам, в нем выявлена самая высокая частота ВПР, для определения связи частоты ВПР с экологическими условиями изучена репродуктивная функция 4000 женщин двух регионов города: относительно «благополучного» и «неблагополучного».

После выявления факторов, способствующих ПС, при составлении таблицы прогнозирования ПС в качестве контроля использовано 500 женщин, родивших живых, здоровых детей.

При составлении таблицы прогнозирования недонашивания беременности использована выборка 1953 случаев недонашивания беременности из всего фактического материала.

Для анализа показателей перинатальных потерь и недонашивания беременности использованы статистические методы обработки данных на компьютере. Выявление закономерностей в исследуемом материале проводилось методами корреляционного, регрессионного и факторного анализа.

Для прогноза развития ПС использована регрессионная модель вида $x = a_1 t + a_0$, где x – исследуемый признак, t – время, a_1 – наклон, a_0 – отрезок. Достоверность результатов определялась по значению стандартной ошибки и значению критерия Стьюдента.

Прогноз вынашивания беременности проведен с использованием регрессионной модели типа

$$Z = b_1f_1 + b_2f_2 + b_3f_3 + b_4f_4 + b_5f_5,$$

где Z – число случаев ПС, f_1, f_2, f_3, f_4, f_5 , - показатели, имеющие сильное влияние на ПС (коэффициент корреляции $> 0,9$), b_1, b_2, b_3, b_4, b_5 – коэффициенты уравнения регрессии, показывающие силу влияния этих показателей.

Для выявления значимых причин ПС была использована методика проведения исследования по типу «случай-контроль». Полученные качественные характеристики относительного риска позволили определить ранг каждой исследуемой причины и выбрать наиболее значимые. Для обработки использована программа Excel пакета Microsoft Office и пакет программ Epi Info, разработанный ВОЗ для проведения эпидемиологических исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведенное эпидемиологическое исследование частоты, структуры и динамики причин ПС в республике показало более высокую частоту перинатальных потерь в родовспомогательных учреждениях г. Бишкек по сравнению с таковыми в областях. Выявлена тенденция к снижению частоты перинатальных потерь среди недоношенных детей и рост ПС среди доношенных детей.

Более высокая частота случаев ПС в г. Бишкек, на наш взгляд, связана с худшими климатоэкологическими условиями по сравнению с областями республики.

И по г. Бишкек, и в целом по республике выявлена тенденция к снижению ПС, в основном за счет интранатальных потерь, в то время как уровень ранней неонатальной смертности остается стабильно высоким, составляя 74,1% от всех перинатальных потерь. Частота антенатальных потерь имеет тенденцию к росту. Соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности составило 1 : 2 (рис.1).



Рис. 1. Динамика ПС по фазам перинатального периода

По мнению большинства исследователей этот показатель наиболее управляем и может быть улучшен за счет совершенствования и внедрения современных технологий выхаживания новорожденных детей. (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997).

В структуре ПС наибольшую долю составили дыхательные нарушения - 41,3%, в том числе СДР - 17,6%, внутриутробная асфиксия - 20,2% и аспирационный синдром - 3,5%. На втором месте по частоте находятся ВУИ - 22,9%, на третьем - ВПР (10,2%), на четвертом - ВЖК (10,1%) и на пятом - родовые травмы (9,2%). Высокую частоту ВЖК можно объяснить тем, что среди перинатальных потерь 63,1% составляют недоношенные дети.

Тот факт, что наиболее частыми причинами перинатальных потерь являются респираторные расстройства, ВУИ и ВПР, свидетельствует о низком уровне наблюдения женщин группы риска по ПС, о недостаточно развитой сети учреждений пренатальной диагностики нарушений развития плода и его внутриутробного инфицирования.

По результатам проведенного исследования причины перинатальных потерь среди доношенных и недоношенных детей, в основном, идентичны, однако частота их различна (табл. 1).

Наиболее часто наблюдаемые дыхательные нарушения в структуре ПС у доношенных детей наблюдались реже, по сравнению с недоношенными (соответственно 36,5 и 44,1%); среди доношенных плодов чаще наблюдались ВУИ (соответственно 24,0 и 22,2%), ВПР (16,3 и 6,6%), родовые травмы (13,3 и 6,8%).

Преобладание частоты респираторных нарушений у недоношенных детей можно объяснить незрелостью их дыхательной системы, а родовых травм доношенных детей - неадекватным ведением родов, выбором метода и срока родоразрешения а также ошибками в технике выполнения оперативного родоразрешения.

Таблица 1

Сравнительная оценка причин ПС среди доношенных и недоношенных плодов и новорожденных

| Причина гибели | Доношенные | | Недоношенные | | P |
|---|------------|------|--------------|------|---------|
| | Абс. | % | Абс. | % | |
| Дыхательные расстройства | 326 | 36,5 | 674 | 44,1 | < 0,001 |
| Синдром дыхательных расстройств, в т. ч.: | 256 | 28,6 | 234 | 15,3 | < 0,001 |
| -внутриутробная асфиксия | 24 | 2,7 | 402 | 26,3 | < 0,001 |
| Аспирационный синдром | 46 | 5,2 | 38 | 2,5 | < 0,001 |
| Внутриутробные инфекции | 215 | 24,1 | 341 | 22,3 | > 0,05 |
| Врожденные пороки развития | 146 | 16,3 | 101 | 6,6 | < 0,001 |
| Родовые травмы | 119 | 13,3 | 105 | 6,9 | < 0,001 |
| Внутрижелудочковые кровоизлияния | - | - | 245 | 16,0 | |
| Геморрагический синдром | 27 | 3,0 | 12 | 0,8 | < 0,001 |
| Прочие | 61 | 6,8 | 53 | 3,5 | < 0,001 |

По данным исследования, из числа погибших доношенных детей, 18% плодов погибло в антенатальном периоде, 16,0% - в интранатальном и 66,0% - в раннем неонатальном.

Из числа погибших недоношенных детей 14,9% плодов погибли в антенатальном, 6,2% - в интранатальном и 78,9% - в раннем неонатальном периоде. Соотношение погибших доношенных и недоношенных плодов составило: в антенатальном периоде 1,2 : 1, в интранатальном периоде - 2,6 : 1, в раннем неонатальном - 1 : 1,2. Таким образом, из числа и доношенных и недоношенных детей большая часть погибает в наиболее управляемом раннем неонатальном периоде.

При изучении причин перинатальных потерь выявлена тесная корреляционная зависимость их от перенесенных перед наступлением зачатия и во время беременности аденовирусных заболеваний ($r = 0,96$), болезней мочевыводящих путей ($r = 0,95$), от гинекологических заболеваний ($r = 0,96$), от патологии органов дыхания ($r = 0,94$), от болезней системы кровообращения ($r = 0,85$) и эндокринной патологии ($r = 0,85$), от урогенитальных инфекций ($r = 0,8$), от осложнений беременности и патологии родового акта.

Распределение материнских факторов риска ПС по ранговой значимости, где i - текущий номер фактора риска, $X1$ - показатель абсолютного числа случаев, $PP1$ -коэффициент распространяемости фактора в группе, RA - абсолютный риск, POR - относительный риск, представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение материнских факторов риска перинатальной смертности по ранговой значимости

| Факторы риска | i | Осн. группа | | Контр. группа | | Оценка риска | | |
|----------------------------------|----|-------------|------|---------------|------|--------------|------|------|
| | | X1 | PP1 | X2 | PP2 | RA | POR | Ранг |
| Не наблюдалась в консультации | 6 | 483 | 1,25 | 79 | 0,19 | 1,06 | 1,43 | 1 |
| Высокий индекс заболеваемости | 8 | 501 | 1,36 | 17 | 0,04 | 1,32 | 1,41 | 2 |
| ХФПН | 46 | 298 | 0,52 | 122 | 0,32 | 0,20 | 0,41 | 3 |
| Нарушение менструальной функции | 9 | 261 | 0,43 | 147 | 0,42 | 0,01 | 0,32 | 4 |
| Инфекционные заб. в т.ч. | 27 | 296 | 0,52 | 15 | 0,03 | 0,48 | 0,31 | 5 |
| Внутриутробная гипоксия | 39 | 283 | 0,48 | 50 | 0,11 | 0,37 | 0,30 | 6 |
| Угроза невынашивания | 38 | 276 | 0,46 | 66 | 0,15 | 0,31 | 0,30 | 7 |
| Единичное обращение к врачу | 7 | 259 | 0,42 | 52 | 0,12 | 0,31 | 0,25 | 8 |
| Аденовирусные заболевания | 28 | 243 | 0,39 | 64 | 0,15 | 0,24 | 0,22 | 9 |
| Ослож. течение предыдущ. беремен | 13 | 240 | 0,38 | 52 | 0,12 | 0,26 | 0,20 | 10 |

По ранговой значимости при сохранении множественных факторов первое место занимает патология родов (Pог возрастает до 9,41), второе – патология беременности (Pог = 2,81) и третье – наличие соматической патологии (Pог = 2,31) (табл. 3).

Таблица 3

Ранговая значимость осложненного течения беременности, родов и экстрагенитальной патологии при сочетанном воздействии факторов риска

| Факторы риска | | Осн. группа | | Контр. группа | | Оценка риска | | |
|-------------------------------------|---|-------------|------|---------------|------|--------------|------|------|
| Наименование | i | X1 | PP1 | X2 | PP2 | RA | POR | Ранг |
| Осложненное течение родов | 1 | 717 | 4,69 | 143 | 0,40 | 4,29 | 9,41 | 1 |
| Осложн. течение настоящей беремен. | 2 | 559 | 1,80 | 143 | 0,40 | 1,40 | 2,81 | 2 |
| Наличие экстрагенитальной патологии | 3 | 516 | 1,46 | 174 | 0,53 | 0,92 | 2,31 | 3 |

При изучении причин недонашивания беременности выявлена тесная корреляционная связь с перенесенными абортами ($r = 0,92$), гинекологической ($r = 0,92$) и экстрагенитальной патологией ($r = 0,97$), с эндокринными нарушениями ($r = 0,92$). Предрасполагающие социальные факторы: неустроенность семейной жизни, тяжелый физический труд, высокое эмоциональное напряжение (табл. 4).

Таблица 4

Распределение причин недонашивания беременности

| Причины НБ | Абс. | % | r |
|--|------|------|------|
| Гинекологическая эндокр. патология | 51 | 24,2 | 0,99 |
| Аборты перед настоящей беременностью | 56 | 26,4 | 0,99 |
| Невынашивание беременности | 88 | 41,5 | 0,96 |
| в том числе привычное | 16 | 7,6 | 0,54 |
| Воспаление гениталий | 71 | 33,5 | 0,99 |
| Эрозия шейки матки | 38 | 17,9 | 0,47 |
| ОРВИ | 79 | 37,3 | 0,72 |
| Заболевания мочевыводящих путей | 16 | 7,6 | 0,47 |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | 12 | 5,7 | 0,48 |

Проведенный анализ первичной документации свидетельствует об отсутствии данных медико-генетического консультирования как в случаях недонашивания беременности, так и в случаях ПС и рождения детей с ВПР.

Следовательно, служба медико-генетического консультирования в республике функционирует на недостаточном уровне.

Популяционная частота ВПР по г. Бишкек за период 1990 - 1997 гг. составила 27,0%, при ее колебаниях от 23,2 до 35,4% (табл. 5).

Таблица 5

Частота ВПР плода в динамике 1990-1997 гг. по г. Бишкек

| Врожденные пороки развития | Частота ВПР на 1000 новорожденных | | | | | | | | Ср.зн. |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | |
| Года | | | | | | | | | |
| Пороки систем органов | | | | | | | | | |
| Пороки ЦНС и органов чувств | 1,2 | 1,7 | 1,2 | 1,0 | 1,3 | 3,8 | 2,8 | 1,8 | 1,8 |
| Пороки лица и шеи | 0,8 | 1,2 | 0,8 | 0,5 | 1,5 | 0,7 | 0,9 | 1,5 | 1,0 |
| Пороки сердечно-сосудистой системы | 4,5 | 3,3 | 1,8 | 1,8 | 3,2 | 5,4 | 3,3 | 5,7 | 3,6 |
| Пороки дыхательной системы | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,6 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Пороки пищеварительной системы | 0,7 | 1,4 | 0,9 | 0,6 | 1,7 | 2,8 | 2,2 | 2,0 | 1,5 |
| Пороки мочеполовой системы | 2,1 | 1,9 | 2,0 | 2,5 | 1,8 | 3,4 | 2,7 | 2,9 | 2,4 |
| Пороки костно-мышечной системы | 7,5 | 9,1 | 5,0 | 8,5 | 7,5 | 9,2 | 6,0 | 8,2 | 7,6 |
| Множественные ВПР | 1,0 | 2,1 | 1,8 | 1,4 | 1,4 | 1,0 | 1,2 | 2,4 | 1,5 |
| Прочие ВПР | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 1,0 | 1,9 | 1,1 | 0,6 | 0,9 | 0,8 |
| Общая частота | 18,4 | 21,0 | 13,9 | 17,9 | 20,5 | 27,4 | 20,0 | 25,8 | 20,6 |
| "Модельные пороки" | | | | | | | | | |
| Анэнцефалия | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,09 | 0,1 | 0,5 | 0,2 |
| Спинально-мозговая грыжа | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 1,5 | 1,2 | 0,2 | 0,7 |
| Незаращение губы | 0,7 | 1,2 | 0,7 | 0,5 | 1,2 | 0,6 | 0,7 | 1,4 | 0,9 |
| Полидактилия | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| Редукционные пороки конечностей | 2,4 | 4,0 | 1,5 | 3,5 | 2,5 | 4,2 | 2,0 | 3,2 | 2,9 |
| Атрезия пищевода | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Атрезия ануса | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,6 | 0,7 | 0,3 |
| Болезнь Дауна | 0,9 | 0,2 | 0,8 | 1,0 | 1,4 | 0,8 | 1,3 | 1,3 | 1,0 |
| Общая частота | 4,8 | 6,4 | 3,8 | 7,5 | 6,3 | 8,0 | 6,6 | 7,8 | 6,4 |
| Итого: | 23,2 | 27,4 | 17,7 | 25,4 | 26,8 | 35,4 | 26,6 | 33,6 | 27,0 |

В каждом году исследования частота аномалий систем органов составляла около 80% от всех ВПР.

В Кыргызской Республике на первом месте по частоте находятся редуccionные пороки конечностей.

Проведенный регрессионный анализ данных по г. Бишкек выявил тенденцию к некоторому увеличению общей частоты ВПР. Аналогичная тенденция указывается и другими авторами (И.П.Минков, 1995; Е.А.Кириллова с соавт., 2000).

Таблица 6

Показатели репродуктивной функции женщин фертильного возраста г.Бишкек

| | Показатель | Регионы | | p |
|----|---|---------------------|-----------------------|--------|
| | | «Благополучный» (%) | «Неблагополучный» (%) | |
| 1 | Угроза невынашивания | 4,6 | 13,8 | 0,001 |
| 2 | Чрезмерная рвота беременных | 14,7 | 24,7 | 0,001 |
| 3 | Отеки, протеинурия и гипертензионные расстройства | 17,8 | 27,3 | 0,001 |
| 4 | Анемия беременных | 31,2 | 32,0 | >0,05 |
| 5 | Пиелонефрит | 12,8 | 16,8 | 0,001 |
| 6 | Фетоплацентарная недостаточность | 6,8 | 11,5 | 0,001 |
| 7 | Самопроизвольные аборт | 2,6 | 4,6 | 0,001 |
| 8 | Преждевременные роды | 7,8 | 10,6 | 0,001 |
| 9 | Дородовое излитие околоплодных вод | 11,5 | 20,4 | 0,001 |
| 10 | Аномалии родовой деятельности | 9,4 | 14,7 | 0,001 |
| 11 | Нефропатия в родах | 5,9 | 7,8 | 0,01 |
| 12 | Кровотечения в родах | 2,9 | 4,6 | 0,01 |
| 13 | Гипотрофия плода | 4,7 | 7,8 | 0,001 |
| 14 | Хроническая внутриутробная гипоксия | 3,6 | 6,8 | 0,001 |
| 15 | ВУИ | 4,5 | 7,2 | 0,001 |
| 16 | Внутриутробная гипоксия | 7,3 | 12,8 | 0,001 |
| 17 | Перинатальная смертность | 1,9 | 3,5 | 0,001 |
| 18 | ВПР | 1,8 | 2,2 | > 0,05 |

Показатели особенностей течения гестационного процесса женщин в экологически «неблагополучном» регионе в сравнении с «благополучным» отличаются достоверно большей частотой чрезмерной рвоты беременных разной степени тяжести, отеков, протеинурии и гипертензионных расстройств, невынашивания беременности, гипотрофии и гипоксии плода, хронической ФПН, ВПР и перинатальной смертности (табл. 6).

В родах достоверно чаще происходило несвоевременное отхождение околоплодных вод, аномалии родовых сил, кровотечения. Все показатели коррелировали с длительностью проживания женщин в данном регионе.

Далее проведено исследование уровня ПС в зависимости от времени зачатия и времени года (рис.2).

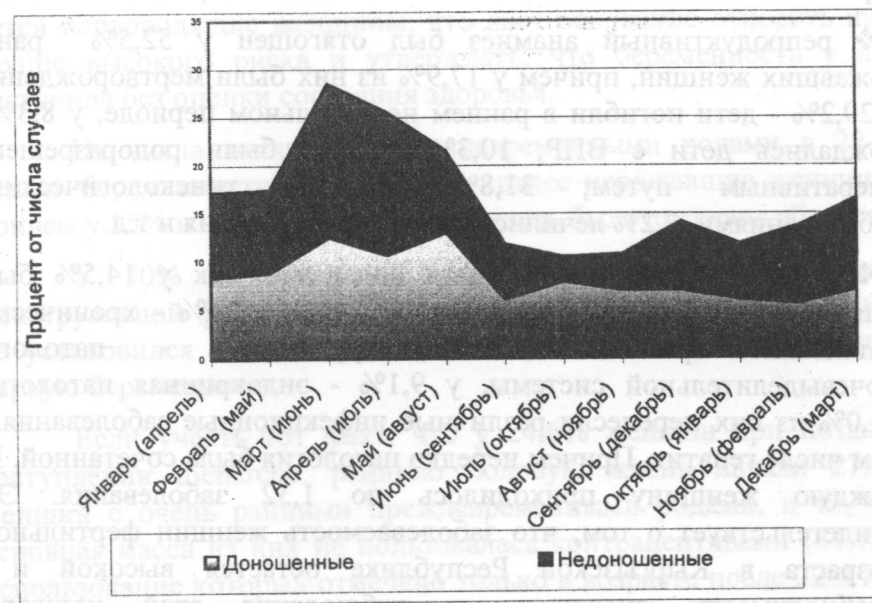


Рис. 2. Зависимость уровня ПС от периода зачатия (месяцы зачатия в скобках)

Установлено: если время зачатия, т.е. первый критический период беременности совпадал с летними месяцами (июнь, июль,

август), характеризующимися сосредоточением множества неблагоприятных климатических и экологических факторов, в таких случаях чаще формируется перинатальная патология. Соответственно наиболее высокие показатели ПС приходятся и для доношенных, и для недоношенных плодов на весенние месяцы (март, апрель, май).

Экспертная оценка организации медицинского обслуживания женщин с ПС показала следующее:

❖ из числа женщин, потерявших детей в перинатальном периоде, почти половина (49,5%) по поводу беременности нигде не наблюдались или имели единичные эпизоды обращения к врачу; 35,8% встали на учет в позднем сроке беременности и лишь 14,7% наблюдались у гинеколога с ранних сроков и в динамике всей беременности.

❖ репродуктивный анамнез был отягощен у 52,5% ранее рожавших женщин, причем у 17,9% из них были мертворождения, у 29,2% - дети погибли в раннем неонатальном периоде, у 8,3% - рождались дети с ВПР; 10,3% из них были родоразрешены оперативным путем; 31,8% страдали гинекологическими заболеваниями, 2,2% лечились по поводу бесплодия и т.д.

❖ 59,3% женщин с ПС были больными: так у 14,5% была выявлена сердечно-сосудистая патология, у 10,6% - хроническая патология органов дыхания, у 9,3% - патология мочевыделительной системы, у 9,1% - эндокринная патология; 34,0% из них перенесли различные инфекционные заболевания, в том числе гепатит. Причем нередко патология была сочетанной. На каждую женщину приходилось по 1,32 заболевания. Это свидетельствует о том, что заболеваемость женщин фертильного возраста в Кыргызской Республике остается высокой и о необходимости диспансерного наблюдения этой категории женщин.

❖ у 64,2% женщин беременность была осложнена: у 26,0% отеками, протеинурией и гипертензионными расстройствами, у 19,3% - анемией, у 31,7% - угрозой невынашивания, у 32,5% -

внутриутробной гипоксией плода, у 18,2% - патологией плаценты, у 8,6% - многоводием.

❖ у 82,4% женщин с ПС роды были патологическими: у 28,2% женщин роды приобрели быстрое и стремительное течение, и ни в одном случае не было попытки отрегулировать родовую деятельность.

Каждый третий ребенок (34,3%) испытывал внутриутробную гипоксию, у 13,4% женщин роды осложнялись преэклампсией и эклампсией. У 18,2% была диагностирована патология прикрепления плаценты. Оперативное родоразрешение произведено у 20,5% женщин, однако полученный исход свидетельствует о запоздалом или неадекватном родоразрешении.

Во всех фазах перинатального периода чаще всего теряют детей первородящие женщины, что дает основание относить их к группе высокого риска и утверждать, что беременность у них наступила без оценки состояния здоровья.

Из числа женщин с преждевременными родами в 22-27 недель беременности также 34,4% - ранее нерожавшие женщины, причем у 15% из них первая беременность была прервана абортom.

У 30% женщин с ПС были нарушения становления менструальной функции, в том числе у 20% менструальный цикл не установился и в детородном возрасте, 10% из них прервали первую беременность.

Если учесть тот факт, что у 24,6% женщин при позднем наступлении менархе, раннюю половую жизнь начали 27,4% женщин с очень ранними преждевременными родами, и то, что основная масса из них не пользовалась контрацептивами (81,1%), использование которых отмечено только в возрасте после 22-х лет, становится понятной причина потери детей этой категорией женщин.

Причины недонашивания (хотя бы предполагаемые) отмечены лишь у 37,8% женщин с прервавшейся беременностью. Это свидетельствует о недостаточном внимании врачей к этой

проблеме, а следовательно, и к реабилитации их после прерывания беременности. В группу риска по невынашиванию беременности должны были войти 41,5% женщин, т.к. в их анамнезе уже было самопроизвольное прерывание беременности.

Недостаточный уровень организации службы пренатальной диагностики нарушений развития плода в республике подтверждает факт рождения в динамике 8 лет только по г. Бишкек 2685 новорожденных с ВПР.

ВЫВОДЫ:

1. В г. Бишкек и по республике за период с 1990 по 1997 гг. отмечается тенденция к снижению ПС, в основном за счет интранатальных потерь, в то время как уровень ранней неонатальной смертности остается стабильно высоким, составляя 74,1% от всех перинатальных потерь. Частота антенатальных потерь имеет тенденцию к росту. Соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности составило 1:2. Среди перинатальных потерь 63,1% составляют недоношенные дети, однако линия регрессии свидетельствует о некоторой тенденции к росту ПС среди доношенных детей и к снижению ее среди недоношенных детей.

2. Наиболее тесная прямая корреляционная связь ПС выявлена с 10 материнскими факторами. По ранговой значимости они распределились следующим образом: отсутствие медицинского наблюдения; высокий индекс заболеваемости; внутриутробная гипоксия плода во время беременности; нарушения овариально-менструальной функции; перенесенные инфекционные заболевания, в том числе гепатит; асфиксия плода в родах; угроза невынашивания беременности; единичные обращения к врачу; аденовирусные заболевания во время беременности; осложненное течение предыдущих беременностей и родов.

3. В структуре ПС на первом месте по частоте находятся дыхательные расстройства (41,3%): СДР – 17,6%, внутриутробная асфиксия – 20,2%, аспирационный синдром – 3,5%. На втором

месте по частоте находятся ВУИ (22,9%), на третьем – ВПР (10,2%), на четвертом – ВЖК (10,1%) и на пятом – родовые травмы (9,2%). Причины перинатальных потерь среди доношенных и недоношенных детей, в основном, идентичны, но частота их преобладает в группе доношенных детей, за исключением дыхательных расстройств и ВЖК.

4. Перинатальная смертность доношенных и недоношенных детей преобладает в раннем неонатальном периоде, составляя соответственно 66,0 и 78,9%, на антенатальный период приходится 18,0 и 14,9%, на интранатальный – 16,0 и 6,2%.

Соотношение доношенных и недоношенных плодов составило: в антенатальном периоде - 1,2 : 1, в интранатальном - 2,6 : 1, в раннем неонатальном - 1 : 1,2.

5. При изучении причин недонашивания беременности выявлена прямая тесная корреляционная связь с перенесенными абортными, гинекологической и экстрагенитальной патологией, с эндокринными нарушениями. Предрасполагающими факторами являются: неустойчивость семейной жизни, тяжелый физический труд, высокое эмоциональное напряжение.

6. Популяционная частота ВПР по г. Бишкек за период 1990 – 1997 гг. в среднем составила 27%. При сравнении частоты средних показателей ВПР по г. Бишкек и регионам республики наблюдается почти трехкратное преобладание их в г. Бишкек. При этом число пороков систем органов в г. Бишкек превышало этот показатель в регионах в 3,75 раза. Средний показатель частоты «модельных» пороков был выше в 1,6 раза.

7. Проведенный регрессионный анализ данных по г. Бишкек выявил тенденцию к некоторому увеличению общей частоты ВПР. Наибольшее распространение имеют аномалии костно-мышечной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и пищеварительной систем и множественные ВПР. Среди «модельных» пороков наибольшее распространение получили редукционные пороки конечностей, болезнь Дауна и незаращение губы, с тенденцией нарастания их частоты за период 1990-1997 гг. У новорожденных с различными

ВПР в 28,4% случаев диагностирована микоплазменная и в 30,4% - ЦМВ-инфекции.

8. Показатели особенностей течения гестационного процесса женщин в экологически «неблагополучном» районе, в сравнении с «благополучным», отличаются достоверно большей частотой чрезмерной рвоты беременных, отеков, протеинурии и гипертензионных расстройств, невынашивания беременности, гипотрофии и гипоксии плода, хронической ФПН, ВПР и перинатальной смертности.

9. При совпадении первого критического периода беременности с летними месяцами года (июнь, июль, август), характеризующимися прессингом множества неблагоприятных факторов наблюдается увеличение частоты патологии среди плодов и новорожденных и, как следствие, - рост перинатальной смертности. Самые высокие показатели ПС и для доношенных, и для недоношенных плодов и новорожденных наблюдаются в весенние месяцы (март, апрель и май).

10. Компьютерная система прогнозирования позволяет предвидеть угрозу невынашивания и перинатальных потерь с 75% эффективностью.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЕ

Программа снижения перинатальной патологии в Кыргызской Республике

В условиях реформирования здравоохранения в Кыргызской Республике программа перинатальной охраны плода и новорожденного должна включать комплекс мер на всех уровнях медицинского обслуживания.

I. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики:

- Содействовать в принятии мер по поощрению женщин, встающих на учет по беременности в возможно ранние сроки.

- Усилить контроль за работой медицинских учреждений по социальному патронажу и обеспечению преемственности акушеров-гинекологов с подростковыми кабинетами для выявления больных девочек - девушек - будущих матерей.

II. На этапе учреждений ПМСП:

- Совершенствовать работу поликлиник, женских консультаций, групп семейных врачей, работников социального патронажа по пути раннего охвата беременных женщин медицинским наблюдением.

- Учитывая большой удельный вес невынашивания беременности в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, восстановить деятельность специализированных кабинетов по невынашиванию в поликлиниках обучить семейных врачей, внедрить в их работу программу прогнозирования, профилактики, диагностики и лечения невынашивания беременности.

- Мобилизовать деятельность групп семейных врачей на выявление и своевременное лечение соматической патологии. При формировании группы риска по ПС считать основными факторами риска перинатальной патологии неудовлетворительный быт, соматическую и гинекологическую патологию, особенно УГИ, осложнения беременности и родов.

- Внедрить в практику семейных врачей и акушеров-гинекологов алгоритм обследования и лечения женщин с УГИ вне и во время беременности, разработанный в КНИИАиП и позволяющий в 94% случаях получить жизнеспособных детей.

III. На уровне кабинетов пренатальной диагностики нарушений развития плода:

- Внедрить целенаправленную систему обследования беременных группы риска по ПС и их плодов, включающий ультразвуковой мониторинг плода с доплерометрией в динамике беременности, что позволит прогнозировать перинатальную патологию и своевременно предупреждать ПС.

- Своевременно выявлять беременных женщин, нуждающихся в генетическом консультировании, направлять их в соответствующие сроки в специализированные учреждения.

IV. На уровне кабинетов медико-генетического консультирования:

- Для стандартизации учета ВПР в республике создать единую систему их регистрации согласно правилам Европейского регистра.

- Внедрить систему антенатальной защиты плода, включающую:

- современные технологии диагностики широко распространенных в популяции заболеваний - синдрома Дауна, врожденной гиперплазии коры надпочечников, врожденного гипотиреоза;

- перинатальный биохимический скрининг для выделения женщин группы риска по ПС, которым требуется проведение инвазивной диагностики, исследование клеток плода, полученных из хориона, амниотической жидкости и крови, определение концентрации ферментов, способствующих диагностике ВПР уже на ранних сроках беременности.

- современные методы терапии плода: внутриутробной коррекции некоторых врожденных дефектов развития плода (гидронефроз, гидроторакс, асцит) с помощью манипуляций, основанных на методике амниоцентеза.

V. На уровне стационарных учреждений для женщин:

- Обеспечить плановую госпитализацию женщин с перинатальным риском, особенно при наличии прогноза на оперативное лечение;

- Внедрить в практику акушерских стационаров и кабинетов пренатальной диагностики цифровую пельвиометрию;

- С целью снижения родового травматизма плодов и новорожденных внедрить методику торможения сократительной деятельности матки токолитическими средствами;

- У женщин с угрозой невынашивания внедрить обязательную оценку состояния плода для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности;

- Внедрить современные методы ранней диагностики преэклампсии (определение специфических белков: трофобластического β_1 -глобулина, плацентоспецифического α -микроглобулина и α_2 -микроглобулина фертильности);

- При лечении преэклампсии в комплекс лечебных мероприятий ввести иммунотерапию аллогенными лимфоцитами мужа, которые позволяют снизить материнскую и перинатальную заболеваемость в 2,5 раза и более, а перинатальную смертность - 3,5 раза, а также полиненасыщенные жирные кислоты, иммуноглобулины и малые дозы аспирина;

- Рекомендовать как наиболее оптимальный и бережный метод родоразрешения беременных с первичным невынашиванием различной этиологии, преэклампсией и эклампсией, плацентарной недостаточностью, с заболеваниями крови, с индуцированной беременностью - абдоминальное родоразрешение в плановом порядке;

- В практическую неонатологию внедрить выделение трех групп новорожденных: группа условно здоровых новорожденных; группа новорожденных, требующая экстренной помощи; больные новорожденные, нуждающиеся в лечении и реабилитации;

- Для новорожденных с риском ПС создать условия, отвечающие современным стандартам: мониторинг наблюдение, условия для выхаживания и респираторной поддержки, достаточный объем медикаментозной терапии, экспресс-лабораторные методы исследования.

- Для выхаживания маловесных младенцев внедрить методы «тепловой цепочки», «кенгуру» и другие.

VI. Органам санитарного просвещения:

С целью предупреждения беременностей и аборт у юных женщин в школах, в вузах усилить информационную работу по контрацепции и планированию семьи. Разработать специальные программы-ролики для теле- и радиопередач, усилить издательскую деятельность.

СПИСОК ОСНОВНЫХ РАБОТ,

ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Экология и репродуктивное здоровье женщин // Центр. Азиат. мед. журнал. - 1996. - Т. II. - № 2-3. - С. 57-63. /Соавт. А.И.Муратов.
2. Окружающая среда и здоровье // Наука и новые технологии. - 1997. - № 4. - С. 145-150. /Соавт. З.А.Айдаров.
3. Медицинские и экологические аспекты снижения перинатальной смертности // Центр. Азиат. мед. журнал. - 1997. - Т. III. - № 3. - С. 273-278. /Соавт. З.З.Громова и З.А.Айдаров.
4. Результаты изучения динамики и частоты наследственной патологии по учету показателей репродуктивной функции // Наука и новые технологии. - 1997. - № 1. - С. 69-72. /Соавт. А.З.Айдаров.
5. Экологические факторы и репродуктивная функция // Экологический вестник Кыргызстана. - 1997. - № 4. - С.11-12. /Соавт. З.А.Айдаров
6. Этиология и показатели высокого риска внутриутробных инфекций в формировании перинатальной смертности и

врожденных пороков развития у новорожденных // Наука и новые технологии. - 1998. - № 2. - С. 63-69.

7. Современные тенденции и приоритетные проблемы в области охраны репродуктивного здоровья женщин Кыргызской Республики // Изв. НАН КР. - 1998. - № 1. - С. 5-9. /Соавт. М.С.Мусуралиев.

8. Медико-социальные аспекты здоровья матери и новорожденного: состояние и их перспективы // Социальные и гуманитарные науки. - 1998. - № 1-2. - С. 120-124.

9. Врожденные пороки развития у новорожденных детей г. Бишкек: распространенность, структура, динамика // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Т. IV. - № 1. - 1998. - С. 36-41.

10. ОПГ-гестоз, как одна из причин смерти плодов и новорожденных в перинатальном периоде // Азиат. вестник акуш. гинекол. - 1998. - № 1. - С. 36-37. /Соавт. З.З.Громова.

11. Влияние внутриутробных инфекций на перинатальную патологию // Азиат. вестник акуш. гинекол. - 1998. - № 2. - С. 41-43.

12. Особенности распространения врожденных пороков развития у новорожденных в Кыргызской Республике // Азиат. вестник акуш. гинекол. - 1998. - № 4. - С. 30-33.

13. Особенности распространения врожденных пороков развития у новорожденных // Вестник Международного Университета Кыргызстана. - 1998. - № 2-3. - С. 90 - 94.

14. Modern aspects of Perinatal Mortality Decrease // Science and New Technologies. - № 1. - 1999. - P. 130-133.

15. Перинатальная смертность и пути ее снижения // Известия НАН КР. - 1999. - № 1. - С. 56-59.

16. Статистический анализ базы данных медицинского назначения // Известия НАН КР. - 1999. - № 3-4. - С. 62-64. /Соавт. Т.И.Пруцакова.

17. Компьютерная система прогнозирования невынашивания беременности // Азиат. вестник акуш. гинекол. - 1999. - № 3-4. - Т.6. - С. 32-33.

18. Опыт изучения перинатальной смертности // Азиат. вестник акуш. гинекол. - 1999. - № 1. - С. 32-37.

19. Репродуктивная функция и факторы окружающей среды // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 1999. - № 2. - С. 13-16.

20. К вопросу о структуре и причинах перинатальной смертности // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 1999. - № 4. - С. 36-40.

21. Региональные проблемы экопатологии репродуктивной системы женщин // *Социальные и гуманитарные науки*. - 1999. - № 1-2. - С. 114-115.

22. Анализ причин смерти плодов и новорожденных в перинатальном периоде // *Наука и новые технологии*. - 1999. - № 3. - С. 29-31.

23. Загрязнение окружающей среды и врожденные пороки развития // *Наука и новые технологии*. - 1999. - № 4. - С. 92-99.

24. Технология создания компьютерной системы для прогноза акушерской патологии // *Наука и новые технологии*. - 2000. - № 2. - С. 116-118. /Соавт. Т.И.Пруцакова.

25. Прогнозирование акушерской патологии при угрозе недонашивания беременности // *Центр. Азиат. мед. журнал*. - Т. VI. - 2000. - № 1. - С. 37-39.

26. Заболеваемость и смертность новорожденных и их связь с патологией матери // *Наука и новые технологии*. - 2000. - № 4. - С. 178-180.

27. Очень ранние преждевременные роды: причины, возможности прогнозирования и предупреждения // *Наука и новые технологии*. - 2000. - № 4. - С. 49-51.

28. Компьютерное прогнозирование недонашивания беременности: Методические рекомендации. - Бишкек, 2000. - 11 с.

29. Прогнозирование неблагоприятных перинатальных исходов // *Решение о регистрации объекта авторского права (статья) № 20000082.10 от 19.12.2000 г.* / Соавт. Т.И.Пруцакова.

30. Эпидемиологические характеристики риска перинатальной патологии // *Наука и новые технологии*. - 2001. - № 1. - С. 34-38. /Соавт. Т.И.Пруцакова.

31. The Nature of obstetric and extragenital pathology in cases of perinatal mortality // *Science and new technologies*. - № 2. - 2001. - P. 46-49.

32. Особенности распространения, динамики и структуры врожденных пороков развития в Кыргызской Республике // *Известия НАН КР*. - 2001. - № 1. - С. 28-31.

33. Репродуктивная функция женщин и перинатальные потери в условиях экологического неблагополучия: Монография. - Бишкек, 2001. - 112 с. /Соавт. Р.Р.Тухватшин.

34. Прогнозирование и пути профилактики перинатальных потерь в Кыргызской Республике: Монография. - Бишкек, 2001. - 108 с. /Соавт. М.С.Мусуралиев.

ИЗОБРЕТЕНИЯ:

1. Способ прогнозирования акушерской патологии при угрозе невынашивания беременности. // Предварительный патент № 20000057.1 от 11.12.2000 г.

2. Способ прогнозирования перинатальной патологии. // Уведомление о принятии к рассмотрению заявки на изобретение № 20010009.1 от 13.03.2001 г.

АННОТАЦИЯ

докторской диссертации Шаршенова А.К.

«Прогнозирование перинатальной смертности и обоснование технологии ее снижения»

14.00.01 – «Акушерство и гинекология»

В диссертации представлена эпидемиологическая оценка частоты, структуры, динамики причин перинатальной смертности в Кыргызской Республике.

На основе использования клинико-морфологических методов исследования с проведением анализа протоколов патологоанатомического вскрытия мертворожденных и умерших в первые 0 - 6 дней жизни, новорожденных детей с врожденными пороками развития, умерших на 1 году жизни, с применением многофакторного метода исследования проведен углубленный анализ причин перинатальной патологии и смертности в зависимости от медико-биологических факторов (особенности

формирования функции репродукции, репродуктивное здоровье, сопутствующая соматическая и гинекологическая патология, патология беременности и родового акта), от климатоэкологических условий и календарного срока зачатия. Определена их ранговая значимость.

Разработана компьютерная система прогнозирования акушерской патологии при угрозе недонашивания беременности и способ прогнозирования перинатальной смертности. Дана характеристика и динамика фетоинфантильных потерь детей с ВПР. Представлены результаты исследования репродуктивной функции женщин в экологически неблагоприятных регионах. Вскрыты недостатки в организации медицинской помощи беременным женщинам.

Научно обоснована и разработана программа снижения перинатальных потерь в республике.

АННОТАЦИЯ

А. К. Шаршеновдун «Перинаталдык өлүм санын алдын ала билүү жана аны азайтуунун технологиясын негиздөө» аттуу доктордук диссертациясына

14. 00.01. – «Акушерчилик жана гинекология»

Диссертацияда Кыргыз Республикасындагы перинаталдык өлүм санынын себептеринин жыштыгына, структурасына, динамикасына эпидемиологиялык баа берилген.

Өлүү туулган жана алгачкы эле 0-6 күндө чарчап калган балдарды, 1 жашка жетип-жетпей чарчап калган Т/К (Тубаса өнүгүш кемтиги) бар ымыркай балдарды паталогоанатомиялык союп көрүүнүн протоколдоруна талдоо жүргүзүү менен, изилдөөнүн клиникалык-морфологиялык усулдарын колдонуунун негизинде, изилдөөнүн кп фактордуу усулун колдонуу аркылуу, медициналык-биологиялык факторлорго (тукум улоо функциясын калыптандыруунун өзгөчөлүгү, тукум улоо саламаттыгы, кошо жүрүүчү соматикалык жана гинекологиялык патология, кош бойлуулуктун жана төрөт актысынын патологиясы), климатоэкологиялык шарттарга жана бойго бүтүүнүн

календардык мөөнөтүнө байланыштуу перинаталдык патологиянын жана өлүм санынын себептерин изилдөө жүргүзүлгөн. Алардын ранг мааниси аныкталган.

Кош бойлуулуктун мөөнөтү жетпей калуу коркунучу болгон шартта акушердик патологияны алдын ала билүүнүн компьютердик системасы, жана перинаталдык өлүм санын алдын ала билүүнүн ыкмасы иштелип чыккан. Т/К болгон балдардын фетоинфантилдик жоготууларынын мүнөздөмөсү жана динамикасы берилген. Экологиясы начар чөлкөмдөрдөгү аялдардын тукум улоо функциясын изилдөөнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Боюнда бар аялдарга медициналык жардам уюштуруунун кемчиликтери ачылган.

Республикадагы перинаталдык жоготууларды азайтуунун программасы илимий жактан негизделип жана иштелип чыккан.

ANNOTATION

to the doctoral thesis by A.K.Sharshenov

“Forecasting of perinatal death-rate and substantiation of methods for its lowering”

14.00.01 – “Obstetrics and gynecology”

The dissertation thesis gives the epidemiologic assessment of frequency, structure, dynamics and causes of perinatal death-rate in the Kyrgyz Republic.

On the basis of the applied clinical and morphological research methods combined with the analysis of the records of the pathoanatomical autopsy of mortinatuses and those deceased in the first 0-6 days of life, newly born children with congenital developmental defects, died in the 1st year of life, with application of multi-factor research method the extended analysis of causes of perinatal death-rate was conducted, depending on medical and biological factors (peculiarities of formation of reproductive function, reproductive, health accompanying the somatic and gynecologic pathology, pathology of pregnancy and delivery act) and climate- and ecological conditions and the calendar date of conception.

The computer systems for obstetric pathology forecasting under the menace of pregnancy prematurity and method of perinatal death rate

forecasting have been developed in this thesis. Besides, there were given the characteristics and dynamics of feto-infantile losses of children with congenital developmental defects. And represented the investigation results of women's reproductive function in ecologically unfavorable regions. The applicant reveals the shortages of the organization of medical aid for pregnant women.

This work gives the scientifically substantiated and developed program for lowering of perinatal losses in the republic.

ANNOTATION

Forecasting of perinatal death-rates and substantiation of methods for its lowering.
"Obstetrics and gynecology", 1997, 1-00-01.

The dissertation thesis gives the epidemiologic assessment of frequency, structure, dynamics and causes of perinatal death-rate in the Kyrgyz Republic.
On the basis of the applied clinical and morphological research methods combined with the analysis of the records of the pathoanatomical autopsy of moribunduses and those deceased in the first 0-6 days of life, newly born children with congenital developmental defects, died in the 1st year of life with application of multi-factor research method, the extended analysis of causes of perinatal death-rate was conducted depending on medical and biological factors (occurrences of formation of reproductive function, reproductive health, accompanying the somatic and gynecologic pathology of pregnancy and delivery act) and climate and ecological conditions and the calendar date of conception.
The computer systems for obstetric pathology forecasting under the method of pregnancy perinatalivity and method of perinatal death-rate

Подписано к печати 6.04.2001. Формат 60x84 1/16.
Офсетная печать. Объем 2,4 п.л.
Тираж 100 экз. Заказ 197.

Отпечатано в типографии КРСУ, г.Бишкек, ул.Шопокова, 68.