**АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ**

**ЗА 2008-2010 ГГ. ПО Г. АЛМАТЫ**

**Тастанбеков Б.Д., Божбанбаева Н.С., Мустафазаде Т.Ш., Гончарова А.В.**

**Каз НМУ имС.Д.Асфендиярова, кафедра неонатологии**

**Tұжырым.** 2008-2010 жылдар аралығында Алматы қаласы бойынша перинатальды жәңе ерте неонатальді өлімшілдік сараптамасы жүргізілді. Ерте неонатальды өлімшілдік себептерінің ішінде жетекші орынды инфекционды фактор алатыны анықталды. Неонатальді өлімшілдік қурылысында шала туылғандар 82,6% құрайды.

Түйінді сөздер: перинатальды кезең, жаңа туылған нәресте, шала туулы

Summary. Analysing of perinatal and early neonatal mortality for the period 2008-2010 years in the Almaty City. Found that among the causes of early neonatal mortality is the leading infectious factor value In the structure of neonatal mortality accounted for 82.6% of premature babies.

Key words: perinatal period, newborn, prematurity

Актуальной проблемой современной педиатрии, по – прежнему, является профилактика неотложных состояний и снижение младенческой смертности, в том числе неонатальной (ранней и поздней). Показатель неонатальной смертности является одним из ключевых показателей системы здравоохранения, который используется для принятия политических и административно-управленческих решений. Правильный и своевременный анализ младенческой смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей, оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства.

**Целью** исследования явилось проведение перинатального аудита по уровню показателя и причинам как основу для разработки мер снижения перинатальной и неонатальной смертности. В связи с этим нами был проведен ретроспективный анализ 2760 случаев смертности за 2008-2010 гг. по г. Алматы.

**Результаты исследования и обсуждение**

При изучении структуры непосредственных причин смерти новорожденных (патологоанатомический диагноз) было установлено, что ведущее место занимает асфиксия (31,1%), второе место – ВУП (27,5%), РДС (20,5%), ВПР (14,9%), другие (6,1%).

Проведенные исследования выявили, что в раннем неонатальном периоде умерло 1139 новорожденных, что составило 41,3% от общего числа всех потерь в возрасте от 0 до 27 суток и мертворожденных. Из общего числа мертворожденных и умерших в возрасте от 0 до 27 суток, в позднем неонатальном периоде умерло 605 новорожденных, что составило 21,9%. Мертворожденность составила 1016 случаев (36,8%).

По месту смерти основные потери новорожденных детей происходили в родильных домах (32,7%), перинатальном центре (54,7%), инфекционных больницах (3,5%) и детских больницах (9,1%).

Среди всех умерших в неонатальном периоде, недоношенных новорожденных было 82,6%, доношенных – 15.5% и переношенных – 1,9%.

С массой тела при рождении от 500 до 999 грамм умерло всего 32,1% детей и от 1000 до 1499 грамм – 24,4%. Следовательно, глубоконедоношенных детей было – 56,5%

Новорожденных с массой тела от 1500 до 2499 грамм составило 26,1% и от 2500 грамм и более – 17,4%. (табл.1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Таблица 1 Сведения о мертворожденных и умерших детях в возрасте до 27 суток (включая родившихся при сроке беременности 22 недели и более) за 2008-2010 гг. по г. Алматы | | | | | |
| Масса тела при рождении (в граммах) | Число родившихся мертвыми | из них | | Умерло в раннем неонатальном периоде (0-6 суток) | Умерло в позднем неонатальном периоде (7-27 суток) |
|
| смерть наступила в антенатальном периоде | смерть наступила в интранатальном периоде |  |  |
| 500-999 | 332 | 189 | 143 | 446 | 108 |
| 1000-1499 | 210 | 171 | 39 | 297 | 168 |
| 1500-2499 | 278 | 256 | 22 | 252 | 189 |
| 2500 и более | 196 | 143 | 53 | 144 | 140 |
| Всего | 1016 | 759 | 257 | 1139 | 605 |
| 2760 | | | | |

В структуре мертворожденных, в антенатальном периоде погибло большинство - 74,7%, в интранатальном – 25,3%.

В структуре заболеваемости матерей инфекционный фактор продолжает оставаться ведущим: простудные заболевания - (72,1%), хронический тонзиллит - (46,3%), хронический пиелонефрит - (74,5%), хронический сальпингоофорит - (31,8%), инфекции, передающиеся половым путём (53,2%). Высокая частота анемии (92,6%) свидетельствует о неправильных условиях питания, образа жизни, а также является неблагоприятным фактором для гестации. Из социально-бытовых факторов следует отметить, что у (38%) женщин брак не зарегистрирован, поэтому у большинства беременность была не запланированной и нежеланной, (17,8%) проживают в неудовлетворительных жилищных условиях.

При распределении женщин по районам города Алматы, выявило, что наибольший процент случаев отмечался по Турскибскому, Ауэзовскому, Жетысуйскому району.

Существенным фактором риска перинатальной и неонатальной смертности, согласно полученным данным, является гестоз беременных, который наблюдался у (88,3%): рвота – (14,7%), отёки - у (48,7%), лёгкая преэклампсия - (17,8%), тяжёлая –(7,1). Угроза прерывания беременности выявлена у (44%). Матери юного возраста составили (2,6%), первородящие старшего возраста (22,9%).

Установлено, что 85,7% детей родились недоношенными, из них 52,5% младенцев родились с оценкой по шкале Апгар 1-5 баллов. Большинство детей (45,5%) погибли в первые двое суток, на 3-4 день - (17,1%), на 5-6 сутки - (23,4%), на 7 сутки - (8,1%). Нами отмечено, что среди причин РНС частота асфиксии и родовой травмы убывает от 1-го дня жизни новорожденного к последующим, тогда как частота внутриутробной инфекции возрастает к 3-4 дню жизни.

Быстрые и стремительные роды привели к гибели 37,5% новорожденных, затяжные роды у 21,3% женщин закончились неблагоприятно.

Таким образом, анализ причин и факторов риска постнатальных потерь (социально-бытовые условия, состояние здоровья женщины, особенности течения беременности и родов) показал, что все они в различной степени оказывают влияние на состояние новорожденного, однако первостепенное значение среди причин ранней неонатальной смертности имеет инфекционный фактор. В связи с этим профилактика РНС у матерей должна включать санацию очагов инфекции, планирование беременности.

**Выводы**

1. Результаты исследования показали снижение неонатальной смертности и мертворождаемости во всех весовых категориях новорожденных с массой тела более 2500г.
2. Внедрение более эффективных клинических алгоритмов ведения беременных и повышения уровня практических навыков персонала, вероятно, повлияло на снижение частоты неонатальной патологии.
3. Среди причин заболеваемости и смертности новорожденных «лидировали» отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. Наиболее чаще выявлялись: замедление роста и недостаточность питания; неонатальная желтуха; внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах; родовая травма.
4. За анализируемые годы значительно снизилась частота выявления «внутриутробной гипоксии, асфиксии в родах». В меньшей степени, но снизилась частота «родовой травмы».
5. В динамике большинства показателей официальной статистики, характеризующих основные акушерские практики, имелись отчетливые положительные тенденции, доказывающие эффективность мероприятий, проводимых в соответствии с внедряемыми клиническими рекомендациями.

**Литература:**

1. Котова Е.Г. Роль акушерского консультативного центра в снижении перинатальной смертности / Котова Е.Г., Мурашко М.А. //Материалы симпозиума «Здоровье человека на Севере» в рамках Третьего Северного социально-экологического конгресса «Социальные перспективы и экологическая безопасность». Сыктывкар, 2006. – С. 34.
2. **Вартапетова Н.В.** Показатели смертности доношенных детей и мертворождаемость - как факторы качества организации работы учреждений родовспоможения // Социальные аспекты здоровья населения – электронный научный журнал. – [Институт здоровья семьи](http://www.ifhealth.ru/), Москва, 2010.
3. Кудайбергенов Т. Пути снижения материнской и младенческой смертности. Казахстанский опыт. // Москва, октябрь, 2011.
4. РК АГИУВ ЗАО «Казахская академия питания». Причины младенческой и детской смертности в Казахстане // Министерство здравоохранения Алматы, 2002
5. Байрашева В.К., Дудниченко Т.А. Анализ ранней неонатальной смертности у юных матерей // Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова Санкт-Петербург, Россия.

459 с.

1. [www.medinfo.kz](http://www.medinfo.kz)