

# Сокращение материнской и младенческой смертности: случайность или закономерность?

*За последние десять лет наметилась устойчивая тенденция роста рождаемости, с одной стороны, и снижения материнской и младенческой смертности – с другой. Во многом эти положительные результаты достигнуты благодаря масштабному техническому перевооружению учреждений здравоохранения, подготовке высококвалифицированных специалистов, внедрению новейших технологий в диагностике и лечении заболеваний репродуктивной системы. Обсуждение актуальных вопросов охраны здоровья матери и ребенка состоялось в рамках научно-практической конференции, прошедшей 11 ноября 2010 г. в Ярославской государственной медицинской академии.*

**Н**еподдельный интерес у слушателей вызвал доклад академика РАМН, профессора, президента РОАГ В.Н. Серова о профилактике материнской смертности. «Нередко организаторам

здравоохранения хотелось бы свести проблему к уровню оказания медицинской помощи, к медицинским ошибкам, – отметил В.Н. Серов. – Однако 37% случаев материнской смертности в России обусловлены так называемыми управляемыми причинами, то есть более трети летальных исходов можно предотвратить. У нас доминируют кровотечения, сепсис и преэклампсия, а в развитых странах преобладают тромбозы и экстрагенитальные заболевания – причины, которые трудно поддаются регуляции». По статистике, в нашей стране наблюдается снижение показателя материнской смертности. «При этом, – рассуждает докладчик, – условия жизни существенно не улучшились, кризисные явления в экономике остаются. Более того, многочисленные исследования говорят об ухудшении здоровья беременных женщин. В данной связи целесообразно проанализировать причины снижения материнской

смертности, чтобы выяснить, носят ли эти изменения устойчивый или случайный характер. На мой взгляд, улучшилось качество предоставления медицинской помощи беременным женщинам. Это обстоятельство связано с использованием технологий из смежных с акушерством областей – мы стали привлекать анестезиологов, хирургов, трансфузиологов, терапевтов...». Таким образом, заключил академик В.Н. Серов, «абсолютно очевидно, что улучшение акушерских показателей в условиях низкой рождаемости и повышенной заболеваемости беременных на фоне социального кризиса возможно лишь путем внедрения в практическое акушерство современных научных знаний и эффективных технологий». Улучшение демографической статистики, отмечаемое по стране в целом, наблюдается и в Ярославской области. По словам **главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Де-**



Доклад академика В.Н. Серова

## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» (Ярославль)

партамента здравоохранения и фармации Ярославской области Д.Л. Гурьева, важнейшей задачей демографической политики региона является сокращение материнской и младенческой смертности. За последние десять лет этот показатель снизился ровно в 2 раза. Только за 11 месяцев 2009 г. младенческая смертность уменьшилась на 6,9%<sup>1</sup>. В области действует программа «Родовый сертификат», направленная как на дальнейшее снижение материнской и младенческой смертности, так и на повышение рождаемости и выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела. Уже к 2012 г. должен начать работу областной перинатальный центр, в котором будут заниматься улучшением репродуктивного здоровья населения, а также оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь тяжелым роженицам и детишкам.

Согласно принятой в 2007 г. Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года, основополагающим принципом оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения должна стать так называемая регионализация. О том, как идет работа по координации деятельности родовспомогательных учреждений разных уровней, рассказала профессор, руководитель группы медико-социальных исследований ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Т.П. Васильева.

Напомним: механизм регионализации предполагает наличие четырех уровней оказания медицинской помощи: простые медицинские учреждения, обеспечивающие уход за беременными и новорожденными на периферийном уровне; районные больницы с акушерскими отделениями второго уровня; городские перинатальные центры третьего уровня и областной перинатальный центр (ОПЦ) – это



*Профессор Т.П. Васильева, Д.Л. Гурьев, академик В.Н. Серов, профессор М.Б. Охупкин (слева направо)*

четвертый уровень. В идеале должна существовать единая интегрированная сеть учреждений родовспоможения. Взаимодействие между тремя низшими уровнями оказания медицинской помощи и областным перинатальным центром должно обеспечиваться соответствующей системой коммуникаций, общей системой сбора данных, наличием показаний для перевода пациентов в ОПЦ, существованием клинических протоколов для организации оказания медицинских услуг, обеспечивающих эффективную и безопасную помощь на каждом из уровней. В качестве примера создания новых организационных форм оказания медицинской помощи Т.П. Васильева привела дистанционное реанимационно-консультативное отделение ОПЦ. Сегодня, по ее словам, похвастаться подобными новшествами может лишь Иркутская область, в то время как в Ивановской и Ярославской областях преобладающее большинство роддомов (около 73%) первого уровня.

В выступлении д.м.н., профессора, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Ярос-

лавская государственная медицинская академия Росздрава» М.Б. Охупкина речь шла об инновационном развитии медицинской помощи беременным женщинам при плацентарной недостаточности. Докладчик констатировал: буквально за последние пять лет резко увеличилось количество беременных женщин с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза. Очень важно, по мнению М.Б. Охупкина,

*В 2009 г. в России родилось 1 млн 764 тыс. детей, что на 50,2 тыс. детей больше, чем в 2008 г. Коэффициент рождаемости (на 1000 человек населения) составил 12,4 против 12,1 в 2008 г. Доля вторых и третьих рождений увеличилась с 44,2% в 2008 г. до 45,3% в 2009 г. В прошлом году суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных в среднем одной женщиной) равнялся 1,56, а в 2008 г. – 1,49. Более высокий уровень рождаемости в России регистрировался только до 1992 г.*

<sup>1</sup> Коэффициент рассчитывается на 1000 родившихся младенцев.

## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» (Ярославль)

рассматривать плацентарную недостаточность как самостоятельный клинический синдром или симптомокомплекс, сопровождающий основное патологическое состояние.

В течение последних лет в экономически развитых странах значительно возросла частота кесарева сечения (КС), что связано, главным образом, с отказом от родов через естественные родовые пути у пациенток с анамнезом абдоминального родоразрешения. По мнению **д.м.н., профессора, заместителя директора по научной работе МОНИИАГ Л.С. Логутовой**, частота абдоминального родоразрешения у первородящих находится в прямой взаимосвязи с укорочением длины шейки матки в середине второго триместра беременности. Наибольшее влияние на общую частоту КС оказывает также первичное оперативное родоразрешение. В свою очередь среди показаний к первичному КС ведущее место принадлежит недостаточной динамике родового акта (дистоция), что, в свою очередь, может быть спрогнозировано на основании хорошо изученных факторов риска.

В то же время до сих пор остаются недостаточно изученными отдаленные осложнения и гинекологические заболевания женщин с рубцом на матке после родов. Акушерский и гинекологический прогноз для женщин, перенесших кесарево сечение, не всегда благоприятен, особенно если операция проводилась в условиях инфицирования, сопровождалась различными осложнениями. У данных пациенток возрастает риск развития так называемых поздних осложнений кесарева сечения, высока частота гинекологических заболеваний, вторичного бесплодия, нарушений менструальной, сексуальной и детородной функций.

Проблемы репродуктивного здоровья пациенток с гиперпролактинемией были рассмотре-

ны на секции «Соматическая патология и беременность». Как отметила в своем выступлении **д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии РУДН С.Ю. Калинин**, клиническая картина характеризуется нарушением менструального цикла, чаще по типу олигоменореи или вторичной аменореи. В 5% случаев у пациенток бывает иррегулярный или неустойчивый менструальный цикл. Примерно 70% пациенток нарушение менструального цикла связывают с тяжелыми стрессовыми ситуациями, травмами, оперативными вмешательствами, длительным приемом КОК и нейролептиков.

Более детально С.Ю. Калинин остановилась на функциональной гиперпролактинемии. Последняя наблюдается у женщин с различными гинекологическими заболеваниями, в частности при эндометриозе, миоме матки, воспалительных процессах. Это обстоятельство можно объяснить постоянным раздражением интерорецепторов при патологическом процессе и импульсацией в ЦНС, то есть состоянием хронического эндогенного стресса. При современных методах диагностики и лечения гиперпролактинемии, подытожил докладчик, для здоровья пациентов ожидается благоприятный прогноз как в целом, так и в плане выполнения генеративной функции, в частности. Для профилактики рецидива заболевания необходимо диспансерное наблюдение, особенно при пролактиномах гипофиза.

В докладе **В.И. Кисинной, д.м.н., профессора кафедры кожных и венерических болезней ФППО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова**, речь шла о проблеме урогенитальных хламидийных инфекций у беременных женщин. Докладчик привел неутешительную статистику. В настоящее время генитальный хламидиоз довольно часто встречается у женщин в период их репродуктивного пика – в возрасте от 20 до 30 лет. Среди ги-

некологических больных, страдающих воспалительными процессами, хламидийная инфекция обнаруживается у 30% пациенток, среди женщин с бесплодием – у 50% и у 60% пациенток с тубным бесплодием.

«Частота встречаемости урогенитального хламидиоза среди беременных женщин, – отметила В.И. Кисина, – равна 8%. Передача возбудителя ребенку возможна и при наличии, и при отсутствии явных клинических проявлений инфекции у матери (вероятность передачи достигает 70%). Плод инфицируется как при непосредственном контакте с родовыми путями матери, так и внутриутробно: при заглывании или аспирации околоплодных вод. Следует особо отметить, что частота перинатальной смертности плода в группе женщин с хламидиозом гениталий составляет 5,49%. У 80% беременных хламидиоз протекает латентно. При этом почти каждый десятый новорожденный инфицирован хламидиями. Частота выделения *Chlamydia trachomatis* из внутренних органов перинатально погибших плодов составляет до 20%».

Урогенитальная инфекция, подчеркнула выступающая, является одной из главных причин невынашивания беременности, поэтому при планировании беременности необходимо комплексное всестороннее обследование будущих родителей в целях выявления явных и скрытых очагов инфекции, характера возбудителя и проведения этиотропной терапии. При наступлении беременности у женщин из группы риска по невынашиванию беременности следует осуществить комплексное микробиологическое обследование, а при обнаружении урогенитальной инфекции провести соответствующее лечение.

Лечение инфекционных заболеваний у беременных должно быть комплексным. Оно включает антибактериальную и десенсибилизирующую общеукрепляющую терапию, мероприятия, направ-

акушерство

## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» (Ярославль)

ленные на повышение иммунологической реактивности беременной, нормализацию функции печени, профилактику и лечение осложнений беременности и родов, профилактику внутриутробного инфицирования плода, его гипоксии и гипотрофии. Обязательно назначение эубиотиков.

В.И. Кисина особо подчеркнула необходимость профилактического обследования на урогенитальный хламидиоз до наступления беременности, особенно у женщин, имевших в анамнезе факт заболевания этой инфекцией ранее. Это важно, учитывая особенности течения хламидиоза и возможность развития его персистирующей формы. При выявлении у беременных женщин микст-инфекции необходимо назначение Вильпрафена курсом не менее 10 дней – для предупреждения рецидивов заболевания и риска развития патологии в течение беременности и в родах.

О ревматологических заболеваниях и вариантах исхода беременности при них рассказал **д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрова»**, главный внештатный специалист по ревматологии Ярославской области **А.А. Баранов**. «Возможность и прогноз беременности при ревматизме, – отметил докладчик, – зависят от стадии и активности процесса, наличия или отсутствия пороков сердца и степени их компенсации. Неактивный ревматизм (ревматизм в анамнезе) не является препятствием к физиологическому протеканию беременности, однако необходимо провести курс противорецидивной терапии во время беременности и сразу после родов».

«Диагностика активного ревматизма во время беременности сложна, поскольку физиологическая иммунодепрессия приводит к латентному течению. – продолжил А.А. Баранов. – Суставные

проявления при беременности крайне редки. Отмечается субфебрильная температура, умеренное учащение частоты сердечных сокращений (ЧСС), СОЭ может повышаться до 40–80 мм/ч. На ЭКГ может быть увеличение интервала PQ, утолщенный, уширенный, зубчатый зубец Т. Отмечается снижение сегмента ST и зубца Т. Активный ревмокардит является абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности, поскольку может привести к смерти женщины даже без формирования порока. Затяжной ревмокардит с минимальной степенью активности в ряде случаев позволяет сохранить беременность (по настоянию самой беременной). Ревматоидный артрит при любой его форме не является абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности. Обычно период гестации и роды протекают благополучно. Ревматоидный артрит встречается у 1,6% всех беременных. Нередко во время беременности наступает длительная ремиссия, однако после родов она может смениться бурным обострением».

Новые технологии в диагностике, лечении и профилактике гемолитической болезни плода и новорожденного рассматривал в своем докладе **к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ А.Г. Конопляников**. Развитие гемолитической болезни обуславливается воздействием продуктов распада гемоглобина (преимущественно непрямого билирубина) на различные органы плода и кроветворную систему. Важную роль в ранней диагностике играет выделение среди беременных группы риска по гемолитической болезни. Основными критериями при этом являются: резус-отрицательная кровь при резус-положительной крови у отца ребенка; переливание крови в анамнезе без учета резус-фактора; наличие в анамнезе выкидышей, мертворождений и ге-

молитической болезни, а также рождение детей с отставанием в психическом развитии. Для диагностики тяжелой формы гемолитической болезни плода сегодня используются внутриутробные методы диагностики. К ним относят операцию пункции вены пуповины под ультразвуковым контролем (кордоцентез).

«В настоящее время, – рассказал А.Г. Конопляников, – основным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода являются внутрисосудистые переливания плоду отмытых эритроцитов донора. Технические условия для выполнения операции возникают после 18–20 недели беременности. Проведение внутриутробных внутрисосудистых гемотрансфузий стало реальностью благодаря появлению ультразвукового оборудования с высокой разрешающей способностью. Эти вмешательства оказались спасительными для плодов, которым раньше невозможно было оказать какую-либо терапевтическую помощь. Если анемика плода угрожает его жизни, а внеутробное существование невозможно в связи с недоношенностью, проведение гемотрансфузий показано на любом сроке беременности».

«Внутриутробная трансфузионная терапия, – заключил докладчик, – позволяет проводить лечение и добиваться хороших результатов даже в наиболее тяжелых случаях, в том числе и при отечной форме гемолитической болезни плода вне зависимости от срока беременности. Более чем 90% детей, перенесших тяжелую форму гемолитической болезни, в дальнейшем не имеют нарушений неврологического статуса. Совершенствование техники внутриутробных внутрисосудистых гемотрансфузий сделало возможным рождение практически здоровых детей у матерей с тяжелыми формами иммунной патологии».

Подготовила Елена Кулькова  
(Ярославль)