

**Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан
Ташкентская медицинская академия**

**Комплексная интегрированная оценка риска
перинатальной смертности**

Методические рекомендации

ТАШКЕНТ - 2008

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская медицинская академия

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник отдела по координации
научно-исследовательской деятельности

_____ Даминов Б.Т.

«__» _____ 2008 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и учебных заведений

_____ Атаханов Ш.Э.

«__» _____ 2008 г.

Комплексная интегрированная оценка риска
перинатальной смертности

Методические рекомендации

ТАШКЕНТ - 2008

основное учреждение – разработчик: Ташкентская медицинская академия.
составитель: соискатель К.М.Кабулов.

рецензенты: к.м.н., доцент кафедры организации, экономики и управления
здравоохранением ТашИУВ Л.Ю.Купцова,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, организации,
и управления здравоохранением ТМА Ш.Д.Каримбаев.

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на
проблемной комиссии ТМА «Гигиена и организация здравоохранения» «__»
ноября 2008 г. Протокол №

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на учёном
совете ТМА «__» _____ 2008 г. Протокол №

Методические рекомендации предназначены для организаторов
здравоохранения, научных работников, занимающихся изучением здоровья
населения, и врачей первичного звена здравоохранения (ВОП), терапевтов,
акушеров-гинекологов, неонатологов ЦРБ, родильных комплексов.

Поиски дальнейших путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности, улучшения физического и психического здоровья родившихся детей - важнейшая медицинская и социальная проблема, решение которой во многом зависит от своевременной и квалифицированной оценки возможностей женщины выносить беременность, создания при ее сохранении оптимальных условий для здоровья женщины и развития беременности.

Высокий риск перинатальной патологии для плода во время беременности может быть определен как увеличение опасности смерти плода или новорожденного вследствие наличия неблагоприятных факторов со стороны матери, заболеваний самого плода и аномалий его развития.

Рекомендуемая в настоящее время в акушерстве и педиатрии «стратегия риска» заключается в опознании и выделении факторов риска, установлении их неблагоприятного влияния на исход беременности и выработке тактики специальной медицинской помощи этим женщинам.

Поскольку перинатальная смертность исходит в основном от группы беременных «высокого риска», необходимо выделить эту группу и организовать пристальное наблюдение, а при необходимости и лечение матери и плода как во время беременности, родов, так и в постнатальном периоде.

Анализ отечественной и зарубежной литературы, собственные данные изучения исходов родов показывает, что риск перинатальной смертности особенно значителен в группе беременных, объединенных в так называемую группу «высокого риска». Нами установлено, что более $\frac{2}{3}$ всех случаев перинатальной смертности детей при беременности приходится на группу женщин «высокого риска», которые составляют $\frac{1}{3}$ от общего числа беременных.

Мы посчитали целесообразным все выделенные факторы риска разделить на 2 большие группы: перинатальные (А) и интранатальные (В).

Перинатальные факторы для облегчения анализа, сравнения и последующей разработки прогностических таблиц были разделены на 5 подгрупп:

- 1) социально – биологические;
- 2) акушерско-гинекологические;
- 3) экстрагенитальная патология;
- 4) осложнения настоящей беременности;
- 5) оценка состояния внутриутробного плода.

Среди интранатальных факторов также было выделено 3 подгруппы::

- 1) факторы со стороны матери,
- 2) плаценты и пуповины,
- 3) плода.

При изучении распространенности этих факторов и их влияния на уровень перинатальной смертности использовали рандомизированный метод и метод контроль - случай.

Контролем служили данные 300 родивших женщин, чьи дети пережили перинатальный период. Группу случаев составили 300 женщин, дети которых умерли в перинатальном периоде. Определяли распространенность изучаемых факторов в основной и контрольной группах, с последующим вычислением коэффициентов относительного риска. Кроме того, по соотношению самого высокого уровня относительного риска и самого минимального уровня в каждой градации факторов нами были определены весовые коэффициенты, т.е. ранговые места, которые каждый фактор перинатальной смертности занимает по значимости.

Весьма существенное влияние на уровень и некоторые закономерности перинатальной смертности оказывают социально-биологические факторы (табл.1).

Таблица 1. Социально - биологические факторы влияющие на уровень перинатальной смертности

№	Фактор	Градация фактора	Основная группа (женщины, дети которых погибли в перинатальном периоде), % (P1)	Контрольная группа рожениц (выписанные после родов из стационара с живым ребенком) (P2)	Коэффициент отношения правдоподобия $P = \frac{P1}{P2}$	Весовой коэффициент R
1	Возраст матери, лет	до 20	5,2 ± 0,9	2,2±0,63	2,4	3,5
		20-24	33,0±2,1	37,5±1,98	0,9	
		25-29	31,9±2,1	36,8±2,16	0,9	
		30-34	15,7± 1,6	13,7±1,55	1,1	
		35-39	12,5±1,5	9,3±1,28	1,5	
		40 и старше	1,7±0,63	0,5±0,44	3,2	
2	Образование матери	начальное	2,8±0,76	1,9±0,63	1,5	1,8
		среднее, среднее специальное	85,9± 1,28	84,6±1,50	1,0	
		высшее	11,3±1,45	13,5±1,50	0,8	
3	Социальное положение матери	рабочая (занят. физ. труд)	17,5±1,72	14,6±1,6	1,2	1,5
		служащая (занят. умст. труд)	37,7±2,12	40,8±2,21	0,9	
		домохозяйка	42,7±2,21	43,1±2,22	1,0	
		студентка	2,1±0,63	1,5±0,63	1,4	
		прочие				
4	Жилищные условия	неблагоприятные	6,7±1,14	4,2±0,88	1,6	1,7
		менее благоприят.	18,9±1,75	13,6±1,55	1,4	
		благоприятные	47,5±2,23	50,8±2,09	0,9	
		хорошие	27,5±2,01	31,3±2,07	0,9	
5	Психологический климат в семье	благоприятный	92,7±1,16	97,8±0,76	0,9	2,5
		неблагоприятный	7,3±1,14	3,2±0,76	2,28	

Распознавание факторов риска начиналось с выявления связи отдельных факторов у женщин при беременности и родах с нежелательными исходами для плода, т.е. с вычисления коэффициента отношения правдоподобия по всем факторам риска перинатальной смертности. Эти коэффициенты говорят, насколько вероятность перинатальной смерти правдоподобнее вероятности благоприятного исхода родов.

Если фактор не оказывал бы влияния на уровень перинатальной смертности, то показатели во всех группах были бы одинаковыми. Поскольку

фактор влияет на уровень перинатальной смертности, в разных группах в пределах данного фактора отмечаются различные показатели.

Например, коэффициент 2,4 показывает, что у женщин в возрасте до 20 лет риск перинатальной смерти в 2,4 раза выше средней вероятности риска, равной 1,0 (табл.1).

Важным фактором, оказывающим существенное влияние на уровень и некоторые закономерности перинатальной смертности, являются экстрагенитальные заболевания матери (табл.2).

Таблица 2. Экстрагенитальные заболевания матери

№	Факторы	Градация фактора	Основная группа, %	Контрольная группа, %	Коэффициент отношения проводимости $P = \frac{P_1}{P_2}$	Весовой коэффициент R
1	Сердечнососудистые заболевания: а) пороки сердца	да	5,4 ± 0,76	1,4 ± 0,44	3,8	4,2
		нет	94,6 ± 1,73	98,6 ± 1,42	0,9	
	б) гипертоническая болезнь I-II-III ст.	да	4,9 ± 0,97	2,1 ± 0,63	2,3	2,4
		нет	95,1 ± 1,93	97,9 ± 1,60	0,97	
2	Инфекции в анамнезе	да	8,4 ± 0,18	4,2 ± 0,11	2,0	2,1
		нет	92,6 ± 1,98	95,8 ± 1,91	0,9	
3	Заболевания почек:					
	а) хронические	да	8,3 ± 0,97	4,2 ± 0,15	1,9	2,0
		нет	91,7 ± 1,97	95,8 ± 1,95	0,95	
	б) обострение при беременности	да	6,2 ± 0,57	2,5 ± 0,79	2,5	2,6
		нет	93,8 ± 1,13	97,5 ± 1,28	0,96	
4	Заболевание щитовидной железы	да	12,1 ± 1,45	4,3 ± 0,88	2,81	3,08
		нет	87,8 ± 1,38	95,7 ± 0,83	0,91	
5	Анемия	Нв 11-100	11,7 ± 1,45	12,0 ± 1,45	0,97	2,1
		Нв 90-80	31,3 ± 2,07	30,1 ± 2,05	1,03	
		Нв 80-70	23,5 ± 1,91	15,0 ± 1,65	1,56	
		Нв 70-60 и ниже	19,6 ± 1,79	9,7 ± 1,34	2,1	

Как было отмечено выше, к изучению факторов риска перинатальной смертности мы подошли с позицией социального,

биологического и клинического аспектов. Акушерский анамнез больше относится к биологическим и клиническим факторам.

Нами было установлено, что частота перинатальной смертности тесно коррелирует с факторами акушерско-гинекологического анамнеза (табл.3).

Таблица 3. Факторы акушерско-гинекологического анамнеза

№	Фактор	Градация фактора	Основная группа, %	Контрольная группа, %	Относительный риск Р	Весовой коэффициент R
1	Возраст вступления в брак, лет	до 15	$2,6 \pm 0,76$	$0,5 \pm 0,44$	5,2	6,11
		16-17	$25,2 \pm 1,85$	$12,1 \pm 1,50$	2,06	
		18-19	$17,4 \pm 1,68$	$16,2 \pm 1,64$	1,07	
		20-21	$21,3 \pm 1,82$	$24,5 \pm 1,85$	0,86	
		22-23	$15,5 \pm 1,64$	$18,2 \pm 1,88$	0,85	
		24-25	$5,8 \pm 1,06$	$5,7 \pm 1,06$	1,01	
		26 и старше	$12,2 \pm 1,50$	$12,1 \pm 1,50$	1,0	
2	Исход предыдущей беременности	выкидыш	$6,5 \pm 1,14$	$1,8 \pm 0,76$	3,6	7,6
		аборт	$3,7 \pm 0,44$	$0,9 \pm 0,3$	4,1	
		мертвый плод	$7,2 \pm 1,14$	$1,7 \pm 0,63$	4,8	
		нормальные роды	$57,2 \pm 2,13$	$89,8 \pm 1,28$	0,63	
		Патолог. роды	$28,4 \pm 2,01$	$14,2 \pm 1,60$	2,0	
3	Число беременностей	1	$42,9 \pm 2,21$	$21,4 \pm 1,82$	2,0	3,22
		2-3	$35,6 \pm 2,15$	$56,7 \pm 2,11$	0,62	
		4-5	$19,5 \pm 1,79$	$15,1 \pm 1,60$	1,29	
		6 и более	$2,0 \pm 0,63$	$1,0 \pm 0,44$	1,0	
4	Число предшествовавших родов	0	$44,9 \pm 2,22$	$26,2 \pm 1,96$	1,71	2,9
		1-2	$18,6 \pm 1,91$	$42,1 \pm 2,21$	0,44	
		3-4	$20,5 \pm 1,82$	$30,5 \pm 2,07$	0,67	
		5 и более	$16,0 \pm 1,64$	$8,0 \pm 1,21$	2,0	
5	Операции по поводу беременности и родов	да	$30,5 \pm 2,07$	$14,1 \pm 1,55$	2,16	2,7
		нет	$69,5 \pm 1,95$	$85,9 \pm 1,48$	0,80	

К факторам, влияющим на показатель перинатальной смертности, относятся осложнения беременности и родов. Токсикозы беременности, кровотечения, тазовое предлежание плода оказывают крайне негативное влияние на исход родов и показатели перинатальной смертности (табл.4).

Таблица 4. Осложнения беременности и родов

№	Фактор	Градация фактора	Основная группа, %	Контрольная группа, %	Относительный риск Р	Весовой коэффициент R
1	Выраженный ранний токсикоз	да	27,7±2,01	14,3±1,55	1,93	2,30
		нет	72,3±1,91	85,7±1,48	0,84	
2	Эклампсия	да	33,3±2,09	10,1±1,34	3,29	4,44
		нет	66,6±2,0	89,9±1,28	0,74	
3	Преэклампсия	да	24,6±0,97	10,0±0,63	2,5	3,0
		нет	75,4±0,93	90,0±0,60	0,84	
4	Кровотечения в 1-й и 2-й половине беременности	да	17,5±1,68	5,2±0,97	3,36	3,90
5	Тазовое предлежание	да	8,5±1,21	2,3±0,63	3,69	3,97
6	Многоводие	да	5,1±0,97	2,1±0,63	2,4	2,50
		нет	94,8±0,93	97,7±0,60	0,97	
7	Маловодие	да	3,3±0,76	1,2±0,44	2,75	2,80

Помимо перинатальных факторов, нами изучено и доказано влияние интранатальных факторов на показатели перинатальной смертности. К их числу относятся несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, быстрые роды, клинически узкий таз и угрожающий разрыв матки (табл. 5).

Таблица 5. Оценка интранатальных факторов

№	Фактор	Градация фактора	Основная группа, %	Контрольная группа, %	Относительный риск Р	Весовой коэффициент R
А) со стороны матери						
1	Несвоевременное излитие околоплодных вод	да	31,7±2,09	18,4±1,72	1,7	2,04
		нет	68,2±1,99	81,6±1,64	0,83	
2	Слабость	да	32,5±2,09	14,0±1,55	2,32	3,31

	родовых сил	нет	67,4±2,0	96,0±0,83	0,70	
3	Быстрые роды	да	31,3±2,07	10,3±1,34	3,03	3,98
		нет	68,6±1,97	89,7±1,33	0,76	
4	Клинически узкий таз	да	16,0±1,64	7,0±1,14	2,28	2,53
		нет	83,9±1,56	93,0±1,09	0,90	
5	Угрожающий разрыв матки	да	18,7±1,82	4,7±0,97	3,97	4,67
		нет	81,2±1,67	95,3±0,93	0,85	
Б) со стороны плаценты						
1	Предлежание плаценты					
	А)частичное	да	14,4±1,55	6,0±1,06	2,4	2,7
		нет	85,5±1,52	94,0±1,01	0,90	
	Б) полное	да	13,6±1,50	2,3±0,63	5,9	6,7
		нет	86,4±0,73	97,7±0,60	0,88	
2	ПОНРП					
	а)I степени	да	17,5±1,68	5,0±0,97	3,5	4,0
		нет	82,4±1,64	95,0±0,93	0,86	
	б)II степени	да	16,5±1,60	3,0±1,14	5,5	6,0
		нет	83,4±1,56	97,0±1,09	0,90	
	в)III степени	да	18,6±1,75	2,5±0,63	7,44	9,0
		нет	81,3±1,67	97,5±0,73	0,83	
В) со стороны плода						
1	Масса ребенка при рождении, г.	1500	1,8±1,14	0,3±0,44	6,0	7,5
		1501-2000	3,7±1,55	0,7±0,76	5,3	
		2001-2500	6,2±1,82	2,5±1,72	2,5	
		2501-3000	29,8±1,68	38,5±2,01	0,8	
		3001-3500	41,8±1,85	46,5±2,15	0,9	
		3501-4000	9,9±1,28	13,0±1,21	0,8	
		4001-4500	6,8±1,14	5,0±0,63	1,3	
2	Продолжительность беременности, нед.	28-30	8,9±0,91	2,2±0,68	4,0	5,0
		31-37	45,6±1,23	10,0±0,79	2,1	
		37-40	7,5±2,05	87,8±1,79	0,8	
3	Патология пуповины: а)выпадение	да	8,6±1,68	2,0±0,63	4,3	4,6
		нет	91,4±1,60	98,0±0,60	0,93	
	б)обвитие	да	12,1±1,68	4,5±0,76	2,7	3,0
		нет	87,9±1,82	97,5±0,83	0,90	
4	Тазовое предлежание а)пособие при тазовых предлежаниях	да	14,6±1,60	6,0±1,06	2,3	2,6
		нет	85,4±1,60	94,0±1,01	0,90	
	б)экстракция плода	да	12,4±1,45	2,0±0,63	6,2	7,0
		нет	87,6±1,38	98,0±0,60	0,89	

5	Оперативное вмешательство а) кесарево сечение	да	$12,6 \pm 1,50$	$4,0 \pm 0,88$	3,15	3,5
		нет	$87,3 \pm 1,43$	$96,0 \pm 0,83$	0,9	
	б) наложение акушерских щипов	да	$10,5 \pm 1,60$	$3,5 \pm 0,76$	3,0	3,2
		нет	$89,5 \pm 1,56$	$96,0 \pm 0,73$	0,93	
	в) вакуум-экстракция	да	$9,1 \pm 1,45$	$4,0 \pm 0,88$	2,3	2,4
		нет	$90,6 \pm 1,38$	$96,0 \pm 0,83$	0,94	
	г) затруднения выведения плечиков	да	$12,3 \pm 1,45$	$6,5 \pm 1,06$	1,89	2,0
		нет	$87,6 \pm 1,38$	$93,5 \pm 1,09$	0,94	

Из приведенных данных следует, что причины перинатальной смертности весьма многообразны и степень их влияния на уровень перинатальной смертности, так же как и возможность их предупреждения, далеко не одинакова. Следовательно, сочетание факторов высокого риска во время беременности и родов сопровождается самыми высокими показателями перинатальной смертности, поэтому мы рекомендуем врачам первичного звена здравоохранения при направлении беременных и рожениц на госпитализацию в направлении листе указывать группы риска беременных для дальнейшего наблюдения и учета в родильных стационарах. Наличие у беременной или роженицы одного из таких факторов требует к ней особого внимания акушера - гинеколога и других специалистов, наблюдающих за ней во время беременности и родов.

Тщательная экспертиза каждого случая перинатальной смерти показывает, что в ряде случаев смерти плода и новорожденного можно было бы избежать. Для этого следует разработать прогностические таблицы по интегрированной оценке риска развития перинатальной смертности, а также рекомендации, позволяющие определить возможности предотвращения перинатальной смертности.