

15,6% случаев. Образ беременной с развившейся ФПН и ЗРП значительно отличался от образа беременной без данной патологии. Если в первом случае это чаще всего (в 42,2%) пациентка со второй беременностью, но при этом с первыми родами (71,9%) из-за наличия в анамнезе искусственного аборта (31,3%), самопроизвольного выкидыша (7,8%) или неразвивающейся беременности (3,1%), то во втором случае речь идет не только о второй беременности (в 52,7%), но и о повторных родах (61%), а также намного реже встречающемся наличии в анамнезе искусственного аборта (19,4%) и неразвивающейся беременности (2,7%). Угроза прерывания беременности (УПБ) у беременных с ФПН наблюдалась в 28,1% случаев, а у беременных контрольной группы данная патология не встречалась. У женщин основной группы артериальная гипертензия (АГ) встречалась в 5,6 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. Беременные с ФПН и ЗРП переносили ЛОР-заболевания в 3,6 раза чаще, ОРВИ в 1,5 раза чаще, чем беременные контрольной группы. Анемия легкой и средней степени тяжести сопровождала беременность у женщин основной группы в 6,5 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. Пристрастие к курению встречалось в 2,3 раза

чаще у женщин с ФПН и ЗВУР, чем у беременных контрольной группы.

В ходе проведенного нами исследования отчетливо выявлены основные факторы риска развития ФПН и ЗРП. Наиболее яркими маркерами имеющегося риска развития данной патологии являются возраст беременной в интервале 25—29 лет, УПБ, первые роды, но вторая беременность после искусственного аборта, самопроизвольного выкидыша или неразвивающейся беременности, анемия, АГ, хронические ЛОР-заболевания, курение, перенесенное ОРВИ во время беременности. Из этого следует, что уже при постановке беременной на учет и выявлении у нее вышеуказанных явлений, она может быть отнесена к группе риска развития ФПН и ЗРП. Лишь проведя грамотный сбор анамнеза у пациентки, измерив ее артериальное давление и изучив общий анализ крови, можно выявить основные моменты, прогнозирующие дальнейшее течение беременности и ее исход. Если верифицировать ФПН еще до ее возникновения, появляется возможность проведения мероприятий, направленных на улучшение плацентарной перфузии, что даст возможность плоду расти и развиваться в благоприятных для него условиях.

Игнатко И.В., Самусевич А.Н., Богомазова И.М., Родионова А.М., Кузнецов А.С.

ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА «NEONATAL NEAR MISS» В ОЦЕНКЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии), г. Москва

Существует острая необходимость в стандартизации Всемирной организацией здравоохранения понятия «neonatal near miss» и его критериев для возможности выявления этих случаев среди других, а также в разработке клинических рекомендаций отдельно для каждого тяжелого случая неонатальной заболеваемости. В медицинских учреждениях случаи «neonatal near miss» могут быть определены как дополнительные средства для оценки уровня медицинского обслуживания и выявления проблем в сфере здравоохранения.

There is an urgent need to standardize the near miss concept and criteria, preferably by an international organization such as the WHO, for comparisons among different contexts and hopefully elaboration of a package of recommended interventions for each specific severe neonatal morbidity condition identified. At institutions near miss cases may be assessed as supplemental resources to evaluate health care services and identify issues of health care quality.

Термин «neonatal near miss» можно определить как состояние новорожденного, который едва не умер, но пережил тяжелые осложнения во время родов или в течение первых 7 дней внеутробной жизни. В медицинской статистике Российской Федерации нет четких критериев и специальной формулы для расчета уровня этого показателя, особенностью которого является то, что число новорожденных, пострадавших от тяжелых заболеваний (и «едва не умерших») всегда в несколько раз больше, чем количество произошедших смертей. Именно поэтому использование концепции «neonatal near miss» можно считать основным методом определения факторов риска смерти новорожденных.

Цель исследования: оценить ранние неонатальные потери, уровень «neonatal near miss» и определить дальнейшие пути совершенствования методологии и снижения числа случаев «neonatal near miss».

Проведено ретроспективное исследование в роддоме ГКБ им. С.С. Юдина (бывшая ГКБ № 7) за период с 1 января 2013 г. по 1 января 2016 г. За это время на свет появились 20 089 живорожденных детей. За критерии «neonatal near miss» были приняты масса тела при рождении менее 1500 г, оценка по шкале Апгар на 5-й минуте жизни менее 7 баллов и срок беременности при рождении менее 33 нед. Из иностранной литературы нами была заимствована формула расчета показателя «neonatal near miss» (NNM):

$$\text{NNM} = \frac{\text{число детей, соответствующих критериям NNM, в течение определенного промежутка времени}}{\text{число детей, родившихся живыми в течение определенного промежутка времени}} \cdot 1000$$

Результаты. Количество случаев смерти новорожденных в ранний неонатальный период за 3 года равня-

лось 60 (2,98 на 1000 живорожденных): в 2013 г. — 30 (4,19 на 1000 живорожденных), в 2014 г. — 21 (2,88 на 1000 живорожденных), в 2015 г. — 9 (1,60 на 1000 живорожденных).

Случаи «neonatal near miss» за 3 года были зафиксированы в 1452 наблюдениях (72,2 на 1000 живорожденных): в 2013 г. — 557 (77,8 на 1000 живорожденных), в 2014 г. — 454 (62,93 на 1000 живорожденных), в 2015 г. — 441 (78,1 на 1000 живорожденных).

Число детей с тяжелыми неонатальными исходами (ранняя неонатальная гибель плюс случаи «neonatal near miss») за 3 года составило 1512 наблюдения (75,26 на 1000 живорожденных): в 2013 г. — 587 (82 на 1000 живорожденных), в 2014 г. — 475 (65,1 на 1000 живорожденных), в 2015 г. — 450 (79,7 на 1000 живорожденных).

Уровень смертности за 3 года исследования (число случаев ранней неонатальной гибели, деленное на общее количество тяжелых неонатальных исходов) составил 3,96%.

Основными причинами гибели новорожденных в раннем неонатальном периоде были: болезнь гиалиновых мембран/внутрижелудочковые кровоизлияния (в 2013 г. — 15, или 50% наблюдений, в 2014 г. — 8, или 30,7%, в 2015 г. — 6, или 10,6%); врожденные инфекции (в 2013 г. — 6, или 20% наблюдений, в 2014 г. — 7, или

26,9%, в 2015 г. — 3, или 5,3%); врожденные пороки развития (в 2013 г. — 9, или 30% наблюдений, в 2014 г. — 5, или 19,2%, в 2015 г. — 2, или 3,5%); синдром дыхательных расстройств (в 2014 г. — 3, или 0,4%, в 2015 г. — 1, или 0,1%); и гемморагическая болезнь (в 2014 г. — 3, или 0,4%, в 2015 г. — 3, или 0,4%).

Структура «neonatal near miss» близка к таковой при анализе причин ранней неонатальной смертности. Основными факторами были: масса менее 1500 г при рождении — 317 (1,57%) наблюдений, срок при рождении менее 32 нед и болезнь гиалиновых мембран/внутрижелудочковые кровоизлияния — 112 (5,78%) наблюдений, тяжелые гипоксически-ишемические поражения мозга новорожденного — 49 (2,53%) наблюдений.

Таким образом, для усовершенствования методологии аудита ранней неонатальной летальности и снижения «neonatal near miss» в первую очередь надо определить классифицирующие признаки «едва не умерших» новорожденных, роль уровня акушерской помощи беременным и роженицам и уровня оказания помощи детям. Необходимо разработать простые критерии, которые можно будет легко использовать как в отдельных медицинских учреждениях, так и на уровне системы здравоохранения. Очень важно, чтобы эти параметры были понятны как врачам, так и менеджерам, специалистам здравоохранения.