

возможности предоставления персональной информации о себе, так как потребитель сам выбирает подключение своего мобильного устройства к беспроводной сети.

Современная технология WiFi-мониторинга может предоставить больший объем качественной информации, по сравнению с более привычными технологиями видеомониторинга, так как именно маршрут передвижения покупателя играет важную роль. Зная параметры покупательского маршрута, предприятие торговли сможет эффективно улучшать торговое пространство по пути следования покупателя, с учетом его фактических потребностей, принимать обоснованные решения об изменениях бренд-коммуникаций, организовывать интерактивные зоны [3].

Еще одним перспективным направлением, обеспечивающим развитие технологий маркетинговых исследований, можно назвать современную технологию отслеживания траектории взглядов покупателей на товары или частоты взглядов на рекламные носители. Опираясь на информацию, получаемую на основе такой технологии на сегодняшний день специалисты по маркетингу многих производителей ведущих потребительских брендов, изучают реакции покупателей и строят вероятностные прогнозы

относительно взаимосвязи изменения порядка представления товаров и их реализации. Так в практике текущей деятельности предприятия торговли, по результатам такого рода исследований может оказаться важным изменение положения товара на полке, взаимного расположения относительно других товаров.

Таким образом, все рекомендованные технологические решения, призванные обеспечить информационную поддержку основных процессов в структуре технологии проведения маркетинговых исследований, по своей сути являются новым видом информационных источников в маркетинге, либо за счет простого сбора количественных, статистических данных, либо за счет создания новой, ценной информации по технологии Data Mining, для ее последующего использования в процессе маркетингового исследования.

Список литературы

1. Ищенко Н.А. Покупатель под контролем // Ведомости. 21.10.2013, № 194 (3456).
2. Маниш Бхуптани, Шахрам Морадпур RFID-технологии на службе вашего бизнеса. – М.: Альпина Паблишер, 2007. – 290 с.
3. Роздольская И.В., Ледовская М.Е., Ледовская И.И. Оценка многофункциональности маркетинговых исследований как ключевого инструмента анализа рынка трудовых ресурсов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 12. – С. 103-107.

«Современные наукоемкие технологии», Израиль, 20-27 февраля 2014 г.

Медицинские науки

К ВОПРОСУ ОБ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Сувернева А.А., Буткеева А.А., Сапахова Е.Х.
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» Минздрава России,
Астрахань, e-mail: alya.suverneva@mail.ru

В последние годы в России отмечается тенденция к снижению перинатальной смертности (ПС) с 12,8% в 2001 г. до 7,2% в 2011 г. Однако уровень её всё ещё остаётся высоким [1, 3]. Снижение ПС происходит преимущественно за счет ранней неонатальной смертности при гораздо меньшем снижении мертворождаемости (с 6,8% до 4,5%) [1, 4]. Кроме того, Россия сейчас находится в конце этапа максимально возможного уровня рождаемости в течение всего постсоветского периода перед закономерным и неизбежным снижением рождаемости в ближайшие годы, обусловленным вступлением в репродуктивный возраст малочисленного поколения родившихся в 90-е годы [4].

Решая демографическую проблему, многие исследователи обращают внимание на явление мертворождаемости, поскольку снижение её уровня включает в себе одно из условий вос-

становления нарушенного демографического статуса (Посисеева Л.В., Васильева Т.П., 2001; Шевченко Ю.Л. и др., 2001; Кича Д.И., 2004; Амиров Н.Х. и др., 2005; Филиппова Г.Ю., 2006; Кулаков В.И., 2007). Интранатальные потери наряду с антенатальными наносят обществу значительный социальный (сокращая на 1-2 года среднюю продолжительность жизни) и экономический (уменьшая на 2-3% участие каждого поколения в процессе общественного производства) ущерб, в связи с чем проблема снижения потерь жизнеспособных плодов выступает не только как медицинская, но и общественная [2].

Цель исследования – изучить динамику и основные тенденции мертворождаемости, интранатальной смертности в г. Астрахани за 2001-2011 гг., определить факторы риска интранатальных потерь.

Методы: ретроспективный анализ годовых отчетов по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам ГБУЗ АО «Клинический Родильный Дом» г. Астрахани за 2001-2011 гг. (уч. форма № 32), сплошное ретроспективное исследование 41 истории родов (уч. форма № 096/у) пациенток с интранатальной гибелью плода, 41 заключения гистологических

исследований последов (уч. форма № 014/у), 41 медицинского свидетельства о перинатальной смерти (уч. форма № 106-2/у-98, № 106-2/у-08).

Результаты. Мертворождаемость по г. Астрахани снижалась с 2001г. по 2010г. с 8,9% до 4,3%, а в 2011 году показатель вырос и составил 5,5%. Доля мертворождаемости в структуре ПС также возросла, достигнув к 2011г. 83% среди городского населения. За анализируемый период наблюдается снижение интранатальной смертности (с 1,3% до 0,2%) по г. Астрахани. В структуре же перинатальных потерь в последние годы выявлены резкие колебания доли интранатально погибших плодов (2006 г. – 12%, 2007 г. – 18%, 2008 г. – 2,9%, 2009 г. – 13,9%, 2010 г. – 2,9%).

Анализ факторов риска интранатальных потерь свидетельствует о том, что в данной группе преобладали пациентки в возрасте от 20 до 24 лет (39%). Средний возраст обследуемых – $26,8 \pm 0,67$ лет. Достаточно высоким оказался процент беременных в возрасте от 30 до 34 лет (22%). Отцы преобладали в возрасте от 30 до 34 лет (23,9%), хотя распределение их в возрастных группах 20-24, 25-29, 35-39 лет оказалось равномерным (по 17%). Домохозяйка в изучаемой группе больше, чем социально занятых женщин (56,1%). Среди обследуемых с интранатальной гибелью плода преимущество осталось за пациентками со среднеспециальным образованием (34,2%). В 63% наблюдений пациентки состояли в официально зарегистрированном браке.

Наличие вредных привычек зафиксировано у 29% родителей. Курящих среди обследованных женщин было 12%, среди мужчин – 10%, употребляющих наркотики – поровну (2%), алкоголизмом страдали только мужчины (3%). У 3% матерей было выявлено воздействие неблагоприятных факторов, связанных с профессиональной деятельностью. В 20% случаев наследственность матерей со стороны родителей была отягощена онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией, психическими заболеваниями и алкоголизмом.

Сроки наступления менархе преобладали в возрасте 12-13 лет (56,1%). Более половины (51,2%) пациенток рано начали половую жизнь (в возрасте до 18 лет). У 44% женщин в анамнезе имели место искусственные аборты, причем у 24,3% пациенток было 2 и более аборта. При этом у 20% женщин искусственные аборты были сделаны до первых родов, а перед настоящей беременностью сделали аборты 44% пациенток (24% из них даже 2 и более аборта). Самопроизвольные выкидыши встречались в 12% случаев. У 6% пациенток зафиксированы в анамнезе перинатальные потери. У 10% женщин в прошлом имело место прерывание беременности по медицинским показаниям.

Для 80% женщин наступившая беременность была желанной. Лишь 1/5 пациенток не находились на диспансерном наблюдении по беременности. Из состоявших на учёте в женской консультации, 97% женщин регулярно её посещали. При этом у 55% пациенток, состоявших на учёте в женской консультации, была определена высокая степень перинатального риска.

У 54% пациенток диагностированы заболевания сердечно – сосудистой системы, у 27% – патология желудочно-кишечного тракта. В 68% наблюдений гестационный период осложнился анемией. Одинаково часто встречались дефицит массы тела и ожирение (14,6%). Эндокринная патология диагностирована в 14,6% случаев. В 34% наблюдений беременность протекала на фоне ОРВИ (в том числе в 26,8% случаев с повышением температуры). У 24,4% женщин в гестационном периоде диагностирован пиелонефрит (в том числе в 7% случаев – его обострение). В 19,5% наблюдений выявлена миопия.

У 27% беременных диагностирован ранний токсикоз. В 24,4% наблюдений беременность осложнилась отеками, в 7,3% – преэклампсией средней степени тяжести. У 70,7% обследуемых беременность протекала с явлениями хронической фетоплацентарной недостаточности. В 43,9% случаев гестационный период осложнился угрозой прерывания (в том числе у 15% женщин она имела характер рецидивирующей). У 41,5% пациенток диагностировано многоводие. В 19,5% случаев были выявлены врожденные пороки развития плода.

В 56% наблюдений имели место воспалительные заболевания гениталий: кольпит (46,3%), хронический аднексит (20%), хронический метроэндометрит (5%). По нозологии преобладали: вульвовагинальный кандидоз (31,7%), хронический аднексит (19,5%), бактериальный вагиноз (14,6%) и генитальный герпес (7,3%).

В 27% случаев родоразрешение произошло на сроке гестации 39-40 недель. А в 17% наблюдений плод погиб интранатально, родившись на 28-29 неделе гестации. Интранатальная потеря плода у женщин, рожавших естественным путём, наиболее часто возникала во втором периоде родов – 63%.

В 46% случаев роды были срочными, в 51% – преждевременными, в 3% – запоздалыми. Преждевременное излитие вод зафиксировано у 53% пациенток. В 32% наблюдений проводилась амниотомия. Качество околоплодных вод (цвет, консистенция и запах) не вызвало сомнений лишь в 54% случаев. Течение родов осложнилось отслойкой плаценты у 27% пациенток. В 29% наблюдений произошла декомпенсация хронической фетоплацентарной недостаточности в родах. Аномалии родовой деятельности диагностированы у 7,3% женщин. У 7,3% пациенток роды осложнились дли-

тельным безводным периодом (более 12 часов). У 4,9% женщин в родах прогрессировал гестоз. В 17,3% наблюдений имела место патология пуповины (изменение длины, наличие узлов). Родостимуляция проводилась у 12% женщин, родовозбуждение – у 37%. Эпизиотомия в родах применялась в 17% случаев. Операция кесарево сечение выполнена по показаниям в 34% наблюдений.

Существенных гендерных различий не выявлено. Тем не менее, мужской пол ребенка преобладал (51%). Недоношенные дети составили 53,7%. Вместе с тем, достаточно высоким является процент доношенных детей, погибших интранатально (46,3%).

Исследование плаценты показало, что наиболее часто встречались циркуляторно – дистрофические изменения (83%), хотя более чем в половине случаев имели место воспалительные. При гистологическом исследовании последствий выявлены: кровоизлияние в межворсинчатое пространство (41%), отек и некроз стромы ворсин – (34%), фибриноидный некроз оболочек (32%), базальный децидуит (31%), очаговый хориодецидуит (24%), продуктивный виллузит (27%), плацентарный хорионит (17%).

В 92,7% случаев ведущей причиной интранатальной гибели плода была интранатальная асфиксия, а в 7,3% – множественные врожденные аномалии развития, не совместимые с жизнью (фетопатия инфекционной природы). Интранатальная асфиксия развилась на фоне нарушения маточно – плацентарного кровообращения (отслойка плаценты и воспалительные изменения в ней) – (31,7%), нарушения плацентарно – плодового (пуповинного) кровообращения (в связи с выпадением петли пуповины, патологией пуповины) – (19,5%). В 34,2% наблюдений причиной интранатальной асфиксии послужила декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность с нарушением кровотока в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном звеньях. В 4,9% случаев асфиксия наступила вследствие аспирации околоплодными водами и в 2,4% случаев – вследствие несоответствия плода и таза матери.

Выводы. На фоне длительного десятилетнего снижения мертворождаемости, по нашим данным, существенно не отличающимся от общероссийских, в последнее время в г. Астрахани регистрируется рост мертворождаемости. Кроме того, мертворождаемость выросла и в структуре перинатальных потерь. И хотя интранатальная смертность за анализируемый период снизилась, она по-прежнему требует пристального внимания.

Наиболее значимыми факторами интранатального риска являются: раннее начало по-

ловой жизни, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (искусственные аборт), сердечно-сосудистая патология, наличие анемии, инфекционные заболевания во время беременности, многоводие, угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, генитальная инфекция, преждевременные роды.

Не следует забывать, что принципиальной особенностью здоровья рожаящих женщин и рождающихся детей является большая роль медико-организационных факторов, и среди повреждающих факторов, действующих преимущественно в процессе родов и рождения, большое значение имеют осложнения ятрогенного характера особенно в условиях «акушерской агрессии» (Савельева Г.М., 2007, Радзинский В.Е., 2011) [5]. К тому же в нашем исследовании установлено, что интранатальная потеря плода наиболее часто возникала во втором периоде родов – периоде наиболее активной акушерской помощи. Именно поэтому наряду с оценкой материнских и отцовских факторов риска, факторов гестационного процесса и оценки времени и характера родоразрешения, необходим объективный анализ течения родов с обязательной оценкой качества интранатальной медицинской помощи, иными словами требуется изучение и учет ятрогенных факторов риска интранатальной смертности. Высокий процент доношенных детей среди погибших в интранатальном периоде акцентирует внимание не только на уровне оказания помощи в родах высокого риска, но и на обеспечении безопасного родоразрешения при обычных (физиологических) родах.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России 2012: Статистический сборник. – М.: Федеральная служба государственной статистики, 2012. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 (дата обращения: 5.01.2014).
2. Денисова Т.Г. Пути совершенствования управления процессом профилактики антенатальных и интранатальных потерь на региональном уровне (по материалам чувашской республики): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Казань, 2008. – 43 с.
3. Кулаков В.Н., Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народно-население, Демо-скоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». – 2004. – № 3. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0241/analit02.php> (дата обращения: 24.01.2013).
4. Суханова Л.П. Статистика родовспоможения: тенденции, пути развития. // Всероссийское совещание службы медицинской статистики. XII Всерос. конф. «Информационные технологии в медицине-2011». Москва. 13-14 окт. 2011 г. URL: <http://www.mednet.ru/ru/materialy-konferencij-i-seminarov/1173-vsrossijskoe-soveshhanie-sluzhby-medicinskoj-statistiki.html> (дата обращения: 5.01.2014).
5. Суханова Л.П. Статистика родовспоможения в России: тенденции, проблемы, пути совершенствования. // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2009. – Т. 10. – № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/125/30/> (дата обращения: 5.01.2014).