

УДК 618.2/5 + 616 – 053.31] 616.9

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

^{1,2}Лещенко Я.А., ²Боева А.В., ²Лахман Т.В.

¹Иркутский научный центр Сибирского отделения РАН, Иркутск, e-mail: yalshenko@gmail.com;

²ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», Ангарск, e-mail: lsioz@mail.ru

Представлены результаты динамического анализа показателей заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных в Иркутской области за 13-летний период – с 2000 по 2012 год. Среди заболеваний, осложнивших роды и послеродовой период, выявлены благоприятные тенденции в динамике показателей частоты кровотечений в связи с предлежанием плаценты и с нарушением функции свертываемости крови. На фоне умеренной тенденции снижения заболеваемости новорожденных (в частности, показателей частоты внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах) отмечались высокие уровни распространенности дыхательных нарушений перинатального периода, перинатальных гематологических нарушений, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде. Результаты исследования свидетельствуют как о сохраняющемся социальном неблагополучии некоторых групп женского населения, так и о недостаточном использовании всех современных достижений перинатальной медицины.

Ключевые слова: беременные, роженицы, новорожденные, заболеваемость

SPECIFIC SICKNESS RATE OF PREGNANT, PARTURIENT WOMEN AND NEWBORNS IN IRKUTSK REGION

^{1,2}Leshchenko Y.A., ²Boyeva A.V., ²Lakhman T.V.

¹Irkutsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Irkutsk, e-mail: yalshenko@gmail.com;

²FSBSI «East-Siberian Institute of medico-ecological researches», Angarsk, e-mail: lsioz@mail.ru

The results of dynamic analysis of sickness rate of parturient women and newborns in Irkutsk region are presented for 13 years – from 2000 till 2012 year. Among complicating childbirth and postnatal period there were determined positive effects in dynamic rate of bleeding because of placental presentation, coagulability of blood disorder. There were signed high rates of abundance of respiratory violations in perinatal period, perinatal hematological disorders, and other states in perinatal periods which are based on moderate trend of decrease of newborns' sickness (particularly in rates of prenatal hypoxia and labor asphyxia). The results of research demonstrate remained social troubles of some women population groups and poor using all modern achievements in perinatal medicine.

Keywords: pregnant, parturient woman, newborns, sickness rates

Состояние здоровья беременных женщин непосредственно определяет качество здоровья и жизнеспособность потомства на всех этапах онтогенеза [6]. Снижение уровня жизни, рост общей заболеваемости женского населения в 1990-х – 2000-х гг., увеличение возраста беременных и рожениц предопределили наблюдаемые сегодня процессы и явления: высокую частоту экстрагенитальной патологии беременных, акушерской и перинатальной патологии [10]. Наличие хронической патологии у женщин, неблагоприятное течение беременности, родов создают замкнутый цикл: больной плод – больной ребенок – больной подросток – больные родители, при этом длительность цикла составляет 20-25 лет, а с каждым новым циклом патологическая пораженность новорожденных, а, следовательно, и всей детской популяции возрастает. Нарушения здоровья в период новорожденности лежат в основе развития

большинства детских заболеваний и инвалидности.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации и вступления в репродуктивный возраст женщин из малочисленных поколений, рожденных в 1990-х гг., изучение состояния репродуктивного здоровья и проблем воспроизводства населения приобретает особую актуальность и медико-социальную значимость.

Цель исследования: оценить региональные особенности показателей заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных как индикаторов, характеризующих потери репродуктивного потенциала населения и детерминирующих состояние здоровья будущих поколений в Иркутской области.

Материалы и методы исследования

Динамический анализ заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных проведен за 13-летний период – с 2000 по 2012 год – по данным,

содержащимся в статистической форме № 32 – «Заболеваемость беременных, рожениц, родильниц и новорожденных», формируемой Медицинским информационно-аналитическим центром Министерства здравоохранения Иркутской области.

Оценка «суммарных» потерь перинатального здоровья осуществлена нами по методике «Интегральная оценка состояния здоровья населения на территориях», утвержденной Главным государственным санитарным врачом РФ [2]. Расчет интегрального показателя потерь перинатального здоровья произведен по показателям заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных. Показатель представляет безразмерную величину, интегрально характеризующую потери перинатального здоровья по вышеуказанным характеристикам. Согласно принятой методике критериями оценки (градациями) уровня нарушений перинатального здоровья (Q) являются следующие значения интегрального показателя:

1. $Q \leq 0,312$ – низкий уровень нарушений здоровья;
2. $0,313 \leq Q \leq 0,500$ – умеренный;
3. $0,501 \leq Q \leq 0,688$ – повышенный;
4. $Q \geq 0,689$ – высокий уровень.

Результаты исследования и их обсуждение

Эпидемиологический анализ заболеваемости беременных в Иркутской области в 2000–2012 гг. показал, что показатель общей заболеваемости последовательно снизился на 43,0% – с 991,9 (2000 г.) до 565,12‰ (2012 г.), за счет снижения частоты таких патологий как анемия, гестоз, болезни мочеполовой системы, болезни щитовидной железы.

В структуре заболеваемости беременных первое место в течение всего периода исследования занимала анемия. В 2000–2008 гг. показатель заболеваемости анемией стабилизировался на сравнительно высоком уровне (317,4–382,8 на 1000 женщин, закончивших беременность), и только в 2009–2012 гг. произошло заметное снижение заболеваемости – до уровня 210,7–238,3‰. Эксперты ВОЗ рассматривают анемию беременных как социально обусловленную патологию и критерий социально-экономического благополучия населения [10]. По мнению, Н.М. Римашевской (2003) именно ухудшение социально-экономических условий жизни и качества питания беременных в РФ повлекло за собой рост частоты анемии беременных в конце 1990-х начале 2000-х гг. [8]. Высокая социальная значимость данной патологии подтверждается положительной корреляционной связью показателя частоты анемии беременных с численностью лиц с доходом ниже прожиточного минимума [10], поэтому анемию беременных характеризуют как «патологию бедных регионов».

Второе место в структуре заболеваемости беременных занимали болезни моче-

половой системы. Последовательное снижение уровня заболеваемости по данному классу наблюдалось в 2006–2012 гг. с 214,8 до 129,4‰.

На третьем месте находилась группа патологических состояний беременных, обозначаемая как «отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства» (гестоз). Высокая распространенность данной патологии свидетельствует об ухудшении здоровья беременных, так как в основе её патогенетического механизма лежит нарушение процессов адаптации основных систем организма (системы кровообращения, системы нейрогуморальной регуляции), вследствие повышенных нагрузок во время беременности [3]. Динамика заболеваемости гестозами в Иркутской области была позитивной: показатель снизился в 1,9 раза – с 135,5‰ (2000 г.) до 70,5‰ (2012 г.). Уровень заболеваемости тяжелыми формами гестоза (преэклампсия, эклампсия) после скачкообразного подъема в 2005 г. (до 38,7‰) стабилизировался в 2007–2012 гг. на уровне 19,8–24,6‰.

Класс болезней системы кровообращения в структуре заболеваемости беременных находился на четвертом месте. Следует отметить последовательное снижение значений показателя заболеваемости по данному классу в период исследования на 25,6% (с 70,2‰ в 2000 г. до 52,2‰ в 2012 г.), что является положительным фактором улучшения здоровья беременных, рожениц и новорожденных, так как артериальная гипертензия способствует развитию таких осложнений как гестоз, внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития плода, а 20–33% случаев она выступает в качестве основной причины материнской смертности [11].

Заболевания населения, связанные с дефицитом йода, в Иркутской области, относящейся к эндемичным по данному фактору территориям, особенно важно выявлять в контингентах беременных женщин. Патология щитовидной железы у беременных является причиной развития пороков развития транзитного неонатального гипотиреоза, который в большинстве случаев развивается вследствие пре- и постнатального дефицита йода, и чаще всего в эндемичных по дефициту йода регионах [4]. Высокая частота патологии щитовидной железы наблюдалась у беременных в 2000–2005 гг. (186,8–139,3‰), с 2006 г. наблюдалось стойкое последовательное снижение данной патологии. К 2011–2012 гг. показатель стабилизировался на уровне 46,8–47,6‰. Динамика снижения йоддефицитных заболеваний была следствием длительного про-

ведения мероприятий по массовой йодной профилактике (йодирование хлеба на всей территории Иркутской области). Прекращение производства йодированного хлеба с 2007 повлечет за собой, по мнению, Л.А. Решетник (2011), в скором времени, рост патологии щитовидной железы и увеличение транзиторного неонатального гипотиреоза [9].

На фоне снижения или стабилизации частоты вышеуказанных патологий высокими темпами в 2000–2010 гг. шел рост частоты заболеваемости сахарным диабетом у беременных – в 3,5 раза (с 1,3‰ в 2000 г. до 4,6‰ в 2010 г.). Высокая заболеваемость сахарным диабетом у беременных может быть причиной возникновения других осложнений беременности (гестоз, преэклампсия, эклампсия, самопроизвольное прерывание беременности) и многочисленных патологических процессов у плода.

В течение 2000-х гг. в Иркутской области доля нормальных родов последовательно возросла с 34,0% (2000 г.) до 53,2% (2012 г.). Это произошло за счет снижения, главным образом, частоты: затрудненных родов в 4,5 раза с 104,1‰ (2000 г.) до 30,2‰ (2012 г.); нарушений родовой деятельности – в 1,2 раза (с 104,1 до 84,1‰); кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде – в 2,1 раза (с 24,6 до 11,9‰); болезней мочеполовой системы – в 1,8 раза (с 111,9 до 63,4‰); гестозов – в 1,4 раза (с 120,6 до 82,2‰); венозных осложнений – в 1,7 раза (с 22,3 до 12,8‰); анемий – в 1,3 раза (с 231,5 до 179,4‰).

Среди заболеваний, осложнивших роды и послеродовой период, возросла частота болезней системы кровообращения в 2000–2006 гг. с 52,8 до 68,3‰, к 2012 г. показатель плавно снизился и стабилизировался на уровне 47,3‰. На высоком уровне оставалось значение частоты преэклампсии и эклампсии, без тенденции к ро-

сту или снижению показателей. В течение всего периода исследований наблюдались скачкообразные подъемы показателей частоты разрыва матки и разрыва промежности III-IV степени. В 2000–2012 гг. частота кровотечений в связи с предлежанием плаценты снизилась в 2,8 раза (с 2,0 до 0,7‰), частота кровотечений в связи с нарушением функции свертываемости крови снизилась в 5,8 раза (с 0,5 до 0,1‰). Частота кровотечений в связи с преждевременной отслойкой плаценты скачкообразно возросла в 2005 г. до 22,1‰, затем значения показателя стабилизировались на уровне 7,4–8,4‰. Стабильно высокие значения показателя частоты кровотечений с преждевременной отслойкой плаценты в послеродовом и послеродовом периодах, скачкообразные подъемы показателя частоты разрывов матки, по мнению специалистов, указывают на низкий уровень акушерской помощи и наличие проблемы «акушерской агрессии» (чрезмерное форсирование родов), а большинство кровотечений считают предотвратимыми при правильном ведении родов [7].

Сравнение показателей заболеваемости, осложнившей течение родов и послеродового периода, показало, что в Иркутской области уровень распространенности отдельных патологий ниже по сравнению с РФ и Сибирским федеральным округом (СФО). Так заболеваемость анемией ниже, чем в РФ, на 17,2%, и ниже, чем в СФО, на 17,7%; заболеваемость болезнями системы кровообращения ниже на 21,9 и 35,4% соответственно, частота гестоза – на 41,4 и 43,2%, нарушений родовой деятельности – на 12,6 и 22,0%. Выше, чем в РФ (на 25,0%) и СФО (на 5,3%) частота болезней мочеполовой системы. Показатели частоты кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах находятся на уровне общероссийских характеристик (таблица).

Осредненные показатели заболеваемости, осложнившей течение родов и послеродового периода в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Иркутской области за период 2005–2012 гг. (на 1000 родов)

Заболеваемость, осложнившая течение родов	Среднемноголетние значения показателей, на 1000 родов		
	РФ	СФО	Иркутская область
Анемия	241,7	243,2	200,1
Болезни системы кровообращения	68,1	82,4	53,2
Сахарный диабет	2,4	2,5	2,1
Отеки, протенинурия и гипертензивные расстройства	203,4	209,7	119,1
Болезни мочеполовой системы	82,5	97,9	103,1
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	14,3	12,9	13,0
Нарушения родовой деятельности	116,1	130,1	101,5

Число новорожденных, родившихся больными и заболевшими, увеличилось в 1,4 раза в 2000-2007 гг. – с 418,9 до 583,8‰, в последующем (2008–2012 гг.) наблюдалось снижение показателя, осредненный за пятилетний период показатель составил 452,4‰.

Снижение уровня заболеваемости новорожденных в основном происходило за счет снижения показателей частоты внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (в 2,6 раза – с 120,9 в 2000г. до 45,8‰ в 2012 г.) и родовой травмы (в 1,3 раза – с 30,7 до 23,9‰ соответственно). Остаются на высоком уровне с тенденцией к росту показатели распространенности дыхательных нарушений перинатального периода (осредненный показатель за 2000-2012 гг. составлял 37,9‰), в том числе увеличились показатели частоты: врожденной пневмонии – в 1,7 раза (с 9,3 в 2000 г. до 15,6‰ в 2012 г.); неонатального аспирационного синдрома – в 3,4 раза (с 1,6 в 2000 г. до 4,4‰ в 2010 г.). Наблюдалось снижение распространенности некоторых дыхательных нарушений: дистресс-синдрома (в 1,7 раза – с 25,2‰ в 2002 г. до 14,9‰ в 2012 г.) и неонатальной аспирационной пневмонии (в 1,5 раза – с 3,2‰ в 2002 г. до 1,4‰ в 2012 г.).

В 2000-2007 гг. наблюдался стремительный рост частоты перинатальных гематологических нарушений (в 2,7 раза – с 11,2 до 27,3‰) и неонатальной желтухи, обусловленной чрезмерным гемолизом и другими неуточненными причинами (в 1,8 раза – с 42,8 до 78,6‰), с последующим снижением показателей к 2012 г. до 18,3‰ и 26,3‰ соответственно. С 2000 по 2007 год также возросла частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в частности таких как замедление роста и недостаточность питания (с 372,5 до 509,6‰ и с 77,5 до 110,6‰ соответственно); в последующем показатели распространенности этих состояний, стабилизировались на уровне 393,2–406,7‰ и 85,0–96,2‰ соответственно.

На высоком уровне стабилизировались показатели распространенности врожденных аномалий и инфекционных болезней перинатального периода (осредненные значения показателей составили 27,8 и 22,6‰ соответственно).

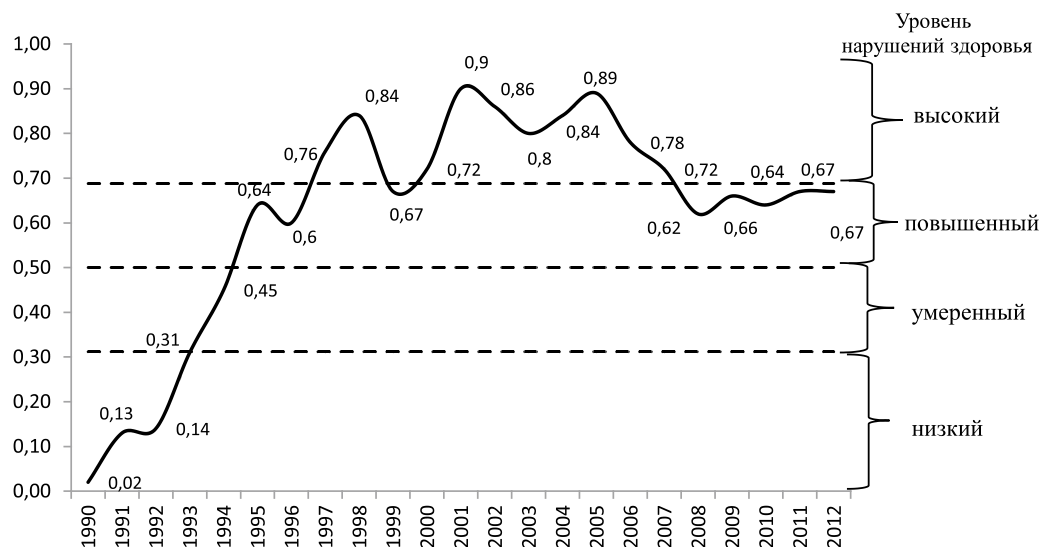
На рост заболеваемости новорожденных оказали влияние не только условия жизнедеятельности матерей, но также медико-организационные дефекты акушерской и перинатальной помощи, обуславливающие возникновение патологии ребенка в процессе его рождения. В тоже время рост заболеваемости новорожденных отчасти связан, парадоксальным образом, с развитием перинатологии, приведшим к увеличению

выживаемости недоношенных, «маловесных» детей и детей с тяжелой перинатальной патологией, а также с успехами в лечении бесплодия, в том числе с применением экстракорпорального оплодотворения [1].

По мнению специалистов, заболеваемость новорожденных отражает в большей мере уровень и качество диагностики и неонатальной помощи, а обобщенным объективным критерием состояния здоровья рождающегося поколения является масса тела новорожденного. Увеличению доли детей с дефицитом массы тела при рождении и низкорослостью способствует неполноценное и несбалансированное питание матери во время беременности. В 1990-е гг. в России с ухудшением социально-экономического положения населения наблюдалось увеличение доли родившихся «маловесных» детей. По мере улучшения качества жизни населения наблюдалась четкая тенденция к уменьшению числа «маловесных» и увеличению числа крупных детей. Динамический анализ состава новорожденных по массе тела показал, что в Иркутской области в 2000–2007 гг. показатели доли детей с массой тела менее 2500 г находились на уровне 7,7–8,4%, в 2008–2012 гг. наблюдалась стабилизация показателей на уровне 7,0–7,5%.

Оценка потерь перинатального здоровья и анализ динамики интегрального показателя нарушений перинатального здоровья показали, что ситуация в сфере перинатальной медицины весьма нестабильна. Наметившаяся с 2007 г. положительная тенденция изменения эпидемиологических показателей перинатального здоровья не привела к реальному улучшению положения. Так сравнение с показателями начала 1990-х гг. (когда регистрировались наименьшие значения показателей заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных), показало, что уровень нарушений перинатального здоровья в 2000–2010 гг. можно охарактеризовать как высокий, в 2011–2012 гг. – как повышенный. Следовательно, говорить о стабильной тенденции к улучшению ситуации в данной сфере пока преждевременно (рисунок). Высокий уровень нарушений перинатального здоровья в 2000–2010 гг., безусловно, отрицательным образом может сказываться на формировании репродуктивного потенциала и процессе воспроизводства населения Иркутской области в последующие годы.

Следует отметить, что по основным показателям, характеризующим состояние здоровья беременных, рожениц и новорожденных, Иркутская область, в сравнении с аналогичными показателями других одиннадцати регионов Сибирского федерального округа, в последние три года занимала, в основном, 6–8 ранговые места [5].



Динамика интегрального показателя нарушений здоровья беременных, рожениц и новорожденных (перинатального здоровья) в Иркутской области в 1990–2012 гг.

Заключение

Уровень общей заболеваемости беременных в Иркутской области в период наблюдения (2000–2012 гг.) изменялся в пределах 908,0–1171,1‰ без какой-либо выраженной тенденции к росту или снижению. Выявлены разнонаправленные во времени тенденции изменения распространённости таких форм патологии беременных как анемия, гестоз, болезни системы кровообращения, болезни щитовидной железы. Существенно возросла заболеваемость беременных сахарным диабетом (в 3,5 раза). Стабилизировались на высоком уровне (выше, чем в РФ на 25,0%) показатели распространённости преэклампсии и эклампсии, болезней мочеполовой системы.

Среди заболеваний, осложнивших роды и послеродовой период, остаётся значительной распространённость кровотечений с преждевременной отслойкой плаценты в послеродовом и послеродовом периодах, что указывает на наличие недостатков в оказании акушерской помощи.

Число новорожденных, родившихся больными и заболевшими, в течение 2000–2007 гг. увеличилось в 1,4 раза. Сохраняются высокие уровни распространённости дыхательных нарушений перинатального периода, перинатальных гематологических нарушений, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (замедление роста и недостаточность питания), врожденных аномалий и инфекционных болезней перинатального периода. Отмечался последовательный

рост частоты перинатальных гематологических нарушений, неонатальной желтухи, обусловленной чрезмерным гемолизом.

Результаты исследования свидетельствуют как о сохраняющемся социальном неблагополучии некоторых групп женского населения, так и о недостаточном использовании всех современных достижений перинатальной медицины.

Список литературы

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – М.: Наука, 2001. – 638 с.
2. Интегральная оценка состояния здоровья населения на территориях: методические указания / Госкомсанэпиднадзор. URL: http://www.lawrussia.ru/texts/legal_319/doc319a708x390.htm (дата обращения: 18.10.2015).
3. Интранатальная охрана здоровья плода. Достижения и перспективы / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, П.А. Клименко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 3–7.
4. Коваленко Т.В. Неонатальный транзиторный гипотериоз: прогноз для здоровья и развития детей // Проблемы эндокринологии. – 2001. – № 6(47). – С. 23–26.
5. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2012 году. / Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 12, [под общ. ред. к.м.н. О.В. Стрельченко]. Новосибирск: ЗАО ИПП «Офсет», 2013. – 332 с.
6. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / Союз педиатров России, Центр информации и обучения; [под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной]. – М., 2003. – 477 с.
7. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. – М.: «ЭКМО», 2009. – 285 с.
8. Римашевская Н.М. Человек и реформы: Секреты выживания. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.
9. Современное состояние йодной эндемии в Иркутской области / Л.А. Решетник, С.Б. Гармаева, Д.П. Самчук [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 141–143.
10. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с.
11. Jacob S., Bloebaum L., Shah G. Maternal mortality in Utah // Obstet. and Gynec. – 1998. – № 2 (91). – С. 187–191.