

В.А.Медик, Т.Е.Котова

**ОБ ИТОГАХ ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА  
СЛУЧАЕВ ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО ПЕРИОДАМ ГИБЕЛИ  
С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
МАТЕРЯМ И ДЕТЯМ**

An examination of all cases of dead babies birth and babies under 1 year of age death for the period of 1998-2001 has been made. The objects of the examination were four cohorts of pregnant women and dead-born babies, mothers and their babies (afterwards died). In total 407 pairs were examined. It has been established that 50% of revealed defects of medical assistance could be eliminated without using additional finances and expensive techniques.

До 1997 г. в отечественной и зарубежной медицинской литературе, за исключением отдельных публикаций [1], показатели младенческой и перинатальной смертности рассматривались отдельно, что не давало возможности объективно оценить ситуацию с потерями всех жизнеспособных детей в возрасте до одного года [2]. В последние годы большое внимание стало уделяться изучению рекомендованного ВОЗ показателя фетоинфантильных потерь (ФИП), объединяющего мертворождаемость и младенческую смертность [3]. Данный показатель наиболее исчерпывающе представляет работу системы охраны материнства и детства на всех ее этапах.

В настоящее время представляет большой интерес изучение региональных особенностей динамики уровня и структуры ФИП, особенно на территориях Северо-Запада России, которые имеют свои природно-климатические, экологические, социально-экономические, медико-демографические и другие черты.

Целью исследования, проведенного в Новгородской области, стала экспертиза всех случаев мертворождений и смерти детей в возрасте до одного года за 1998 — 2001 гг. Объектами исследования явились четыре когорты беременных женщин и мертворожденных, женщин-матерей и рожденных ими (впоследствии умерших) детей. Всего было исследовано 407 пар.

Для сбора информации была использована выкопировка данных из индивидуальной карты беременной и родильницы (ф. 111/у), обменной карты родильного дома (ф. 113/у), истории родов (ф. 096/у), истории развития новорожденного (ф. 097/у), карты стационарного больного (ф. 033/у), истории развития ребенка (ф. 112), врачебного свидетельства о перинатальной смертности (ф. 106-2/у), протокола патологоанатомического исследования (ф. 013/у). Сбор проводился ретроспективно из статистически достаточных по численности источников, сплошным методом.

Для выполнения исследования были разработаны специальные статистические «Карты экспертной оценки случаев фетоинфантильных потерь» для каждого возрастного периода (анте- и интранатального, раннего неонатального, позднего неонатального, постнеонатального).

На основании экспертного анализа случаев фетоинфантильных потерь было выявлено, что 15,2% от общего числа смертей были предотвратимыми, 52,6% — условно предотвратимыми, 32,2% — непротвратимыми.

Случаи смерти плодов и детей, расцененные экспертами как предотвратимые и условно предотвратимые, были изучены более глубоко. Выявлены основные дефекты оказания медицинской помощи беременным и детям до одного года по группам: организационные, тактические, диагностические, лечебные, дефекты межведомственного взаимодействия (см. табл.).

## Структура дефектов оказания медицинской помощи по периодам гибели детей (плодов) (в %)

Виды дефектов	Всего	В т.ч. по периодам гибели детей (плодов)			
		Анте- и интранатальный	0 — 6 суток	7 — 28 суток	29 суток — 1 год
Организационные (со стороны медицинских работников)	21,3	24,0	25,0	19,4	10,2
Тактические	32,5	36,7	29,6	29,9	30,3
Диагностические	21,9	23,6	18,1	20,9	25,6
Лечебные	15,1	13,8	16,0	13,4	16,5
Дефекты межведомственного взаимодействия	9,2	1,9	11,3	16,4	17,3

Более детальный анализ структуры дефектов оказания медицинской помощи в анте- и интранатальном периодах выявил серьезные недостатки в тактике ведения беременных (36,7% всех дефектов). Чаще всего это была запоздалая госпитализация беременной, поздняя постановка ее на учет в женской консультации, а также нарушение сроков и методов оперативного родоразрешения беременной.

На втором месте — организационные дефекты (24%), и среди них преобладали нарушения в плановом систематическом наблюдении за беременными, в том числе неопределение группы риска, отсутствие дородовых патронажей и т.д.

На третьем месте — диагностические недостатки (23,6%). Как правило, это были недостаточно полное обследование беременной, отсутствие сведений о скрининговых обследованиях (на наличие инфекций, сывороточных маркеров наследственных и врожденных заболеваний и др.), а чаще всего — несоблюдение стандарта ультразвукового обследования беременной и плода.

Среди лечебных дефектов необходимо обратить внимание на неадекватное по качеству или полное отсутствие лечения беременной (санации) по поводу хронических экстрагенитальных заболеваний, что, как известно, неизбежно приводит к неблагоприятному течению беременности, развитию осложнений у матери и ребенка.

Сходна структура дефектов в случае гибели детей в возрасте до 6 суток: ведущую роль играют тактические недостатки (29,6%), организационные (25%) и диагностические (18,1%). На наш взгляд, это вполне обоснованно, так как здоровье матери является определяющим для выживания ребенка, и действия медицинских работников, направленные на организацию качественного наблюдения и оздоровления беременных, оправдывают себя более всего в эти два периода.

Риск смерти ребенка в раннем неонатальном периоде возрастает при нерегулярном наблюдении беременной, отсутствии дородовых патронажей, поздней постановке на учет и поздней госпитализации беременной, невыполнении стандарта ее обследования, непроведении своевременного лечения экстрагенитальных заболеваний, а также отсутствии медико-социальных патронажей к беременным из семей социального риска. Это подтверждают результаты проведенного исследования.

Надо также отметить лишь единичные дефекты в наблюдении, обследовании и лечении новорожденных, что свидетельствует о высокопрофессиональных действиях неонатологов и педиатров. Упущения в их работе были обусловлены недостаточным оснащением стационаров (аппараты ИВЛ, мониторы витальных функций и др.) и отсутствием специально оборудованного для транспортировки новорожденных автотранспорта, что не позволяло своевременно переводить новорожденных из районных больниц в областную детскую клинику.

В позднем неонатальном периоде обращает на себя внимание то, что тактические дефекты по-прежнему занимают лидирующее место (29,9%), но наряду с нарушениями такти-

ки ведения беременных регистрируются и недостатки ведения новорожденных. Чаще всего это несвоевременное оказание экстренной помощи, позднее взятие на ИВЛ, в некоторых случаях — поздняя госпитализация ребенка в стационар.

На втором месте — диагностические ошибки (20,9%), связанные с недооценкой тяжести, неправильной первичной диагностикой основной или сопутствующей патологии. Некоторые случаи запоздалой диагностики связаны по-прежнему с невыполнением стандарта обследования беременной. Как правило, это поздняя диагностика ВПР ввиду некачественного или несвоевременного ультразвукового обследования. На третьем месте — организационные недостатки наблюдения за беременными.

Возрастает в этом периоде значимость дефектов межведомственного взаимодействия в работе с семьей (16,4%), что вполне объяснимо, так как качество жизни ребенка в семье зависит от ее благополучия, организации ухода, рационального вскармливания ребенка и т.д.

В постнеонатальном периоде тактические дефекты неизменно занимают ведущее место (30,3%). Но здесь уже большее значение имеют поздняя госпитализация ребенка, несвоевременно начатое лечение, оказание неотложной помощи с опозданием либо ранняя выписка ребенка из стационара недоленным.

На втором месте — диагностические ошибки (25,6%). Как и в предыдущем периоде, имели место недооценка состояния ребенка, неправильная и поздняя первичная диагностика, невыполнение стандарта обследования беременной и ребенка, что, конечно, влияло на правильность установления диагноза.

На третье место — впервые — в этом периоде вышли дефекты межведомственного взаимодействия (17,3%), что не случайно, так как именно в постнеонатальном периоде резко возрастает роль так называемых «внешних» причин смертности детей. Чаще всего смерти от внешних причин случаются в социально неблагополучных семьях, где ребенок лишен опеки, присмотра, качественного ухода и питания.

Лечебные дефекты в данном периоде (16,6%) также имеют свои особенности. Зарегистрировано несоблюдение стандартов лечения на всех уровнях оказания медицинской помощи (доврачебном, в поликлинике, в амбулатории, в стационаре). Также обращает на себя внимание довольно частое отсутствие своевременного лечения фоновой патологии, что приводит, как правило, к ухудшению состояния ребенка и прогрессированию основного заболевания.

В организационном плане, как показывает спектр дефектов этой группы, по-прежнему актуальна организация систематического планового наблюдения за детьми, оснащение первичного звена здравоохранения минимальными наборами медицинского оборудования, повышение квалификации и ответственности за свою работу фельдшеров ФАП и МП, обеспечение медицинского персонала на всех этапах алгоритмами оказания неотложной помощи детям и достаточным количеством медикаментозных средств для ее оказания.

### Выводы

1. Полученные данные свидетельствуют о неисчерпанности резервов в снижении фетоинфантильных потерь и доказывают, что более 50% дефектов могут быть устранены без привлечения финансовых средств и дорогостоящей техники (организационные, тактические).

2. Результаты исследования являются основой для разработки комплекса мер по снижению фетоинфантильных потерь в Новгородской области, среди которых ключевым является внедрение стандартов и алгоритмов оказания медицинской помощи матерям и детям.

- 
1. Фролова О.Г., Николаева Е.И., Токова З.З. // Акушерство и гинекология. 1994. № 4. С.34-37.
  2. Альбицкий В.Ю., Абросимова М.Ю. // Здравоохранение РФ. 1997. № 3. С.36-37.
  3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. М.: Триада X, 1997. С.188.