

УДК 618.4-036

© В.В. Скрябина

*ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера  
Минздрава России,*

*г. Пермь, Россия*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПОКАЗАТЕЛЯХ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ В ГОРОДСКОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

**Аннотация.** С целью выявить основные тенденции в показателях работы городской женской консультации за 2007–2011 гг. и выделить наиболее значимые направления работы с беременными женщинами был проведен анализ официальных отчетов деятельности этого лечебного учреждения. Отмечена тенденция к увеличению рождаемости, стабильные и достаточно высокие показатели перинатальной смертности, снижение числа самопроизвольного прерывания беременности, увеличение случаев нарушения развития беременности в более поздние сроки, врожденных пороков развития у плода, тяжелых форм преэклампсии и незначительная тенденция к росту преждевременных родов. Учитывая большое значение нарушений развития беременности в ранние сроки в формировании основных осложнений гестации, сделан вывод о необходимости совершенствования подходов к ведению именно ранних сроков беременности.

**Ключевые слова:** показатели работы городской женской консультации, невынашивание беременности, осложнения беременности.

© V.V. Skryabina

*Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner*

*Perm, Russia*

## **CURRENT TRENDS IN INDICATORS OF WORK WITH PREGNANT WOMEN IN A CITY WOMEN'S HEALTH CLINIC**

**Abstract.** To reveal the main tendencies in indicators of the work of a city women's health clinic for the period from 2007 to 2011 and to allocate the most significant directions of work with pregnant women we analyzed the official reports of this medical institution. The following tendencies were noted: a tendency to birth rate increase; high and stable rates of perinatal mortality; a decrease in the number of spontaneous pregnancy interruption; an increase of the number of late pregnancy violations, congenital fetal defects and heavy forms of preeclampsia and a slight tendency to premature birth increase. Considering the importance of early gestation violations in the formation of the main pregnancy complications we draw a conclusion about the necessity to improve the approaches of management of early terms of pregnancy.

**Key words:** indices of work of a city women's health clinic, habitual miscarriage, pregnancy complications.

В улучшении качества оказания помощи беременным большое значение на сегодняшний день придают «первичному звену» – городской женской консультации (ЖК) [1–4]. В доступной литературе не удалось найти анализа современных тенденций и конкретных задач по оптимизации работы этого структурного подразделения. Поэтому интересным представлялось проанализировать показатели работы ЖК с беременными женщинами и выделить наиболее значимые направления в этой работе.

**Цель исследования** – выявить основные тенденции в показателях работы ЖК за 2007–2011 гг. и выделить наиболее значимые направления работы с беременными женщинами.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы отчеты по работе с беременными в городской ЖК (МУЗ ГКБ № 7 г. Перми) за 2007–2011 гг. Рассчитаны экстенсивные, интенсивные показатели и показатели наглядности.

**Полученные результаты.** По данным отчетов по городской ЖК МУЗ ГКБ № 7 г. Перми за 2007–2011 гг. (табл. 1) отмечается устойчивая тенденция к повышению рождаемости. Количество родов выросло на 21,17 % с 1658 в 2007 г. до 2009 – в 2011 г.

Таблица 1

**Показатели работы с беременными по ЖК МУЗ КГБ №7 в 2007–2011 гг.**

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011
Поступило под наблюдение, всего	1772	2006	2034	2053	2165
Закончило беременность, всего	1658	1714	1853	1992	2009
Срочные роды, всего	1549	1601	1683	1786	1819
Преждевременные роды, всего	60	63	96	108	81
Преждевременные роды, %	3,7	3,78	4,6	5,4	4,0
Самопроизвольные выкидыши, всего	40	39	29	28	32
Самопроизвольные выкидыши, %	2,5	2,3	1,6	1,4	1,6
Аборты по медицинским показаниям, в т.ч. замершие, всего	9	11	36	69	77
Аборты по медицинским показаниям, в т.ч. замершие, %	0,6	0,7	1,9	3,5	3,8
Выявлено пороков развития у плода, %	0,7	0,9	1,2	1,1	0,9
Гестозы, % от общего количества родов, в т.ч.:	6,4	6,1	6,8	6,0	7,3
Отеки, вызванные беременностью, %	3,8	2,9	3,3	2,6	4

Преэклампсия легкой степени, %	1,8	1,5	1,1	1,3	1,4
Преэклампсия средней степени, %	–	–	0,9	0,5	0,3
Преэклампсия тяжелая, %	0,7	1,1	1,4	1,7	1,6
Эклампсия, %	–	0,1	0,1	–	–
Кровотечений, %	1,6	1,4	1,1	0,8	1,7
Гипотонических, %	1,0	0,5	0,6	0,2	0,6
Предлежание плаценты, %	–	0,2	0,1	0,2	0,1
Отслойка плаценты, %	0,2	0,4	0,1	0,5	0,3
Остатки плацентарной ткани, %	0,3	0,4	–	–	0,7
Кесарево сечение, %	14,8	16,4	20,0	19,7	21,5
Экстренное, %	7,0	8,2	11,6	10,8	11,7
Плановое, %	7,8	8,2	8,3	9,0	9,8

В целом стабильным остается показатель перинатальной смертности (табл. 2). В 2007 году он составил 6,2 ‰, в 2011г. – 6,8 ‰. В структуре перинатальных потерь преобладает антенатальная гибель плода. На ее долю приходится от 3,1 ‰ в 2007 году до 5,2 ‰ – в 2011 г. В разные годы имеются существенные процентные колебания антенатальной гибели плода (от 44,44 % в 2009 г. до 79,24 % в 2010 г.) и ранней детской смертности (от 9,4 % в 2010 году до 53,96 % – в 2009) при достаточно стабильных с 2008 года показателях интранатальных потерь – от 7,50 % в 2008 году до 9,52 % – в 2009. При этом отмечается устойчивая тенденция к увеличению (за 5 лет на 13,31 %) оперативных родов (табл. 1) при опережающем росте случаев родоразрешения по экстренным показаниям. Этот показатель увеличился за 4 года в 1,54 раза по сравнению с плановыми оперативными родами. Они за соответствующий период выросли в 1,15 раза.

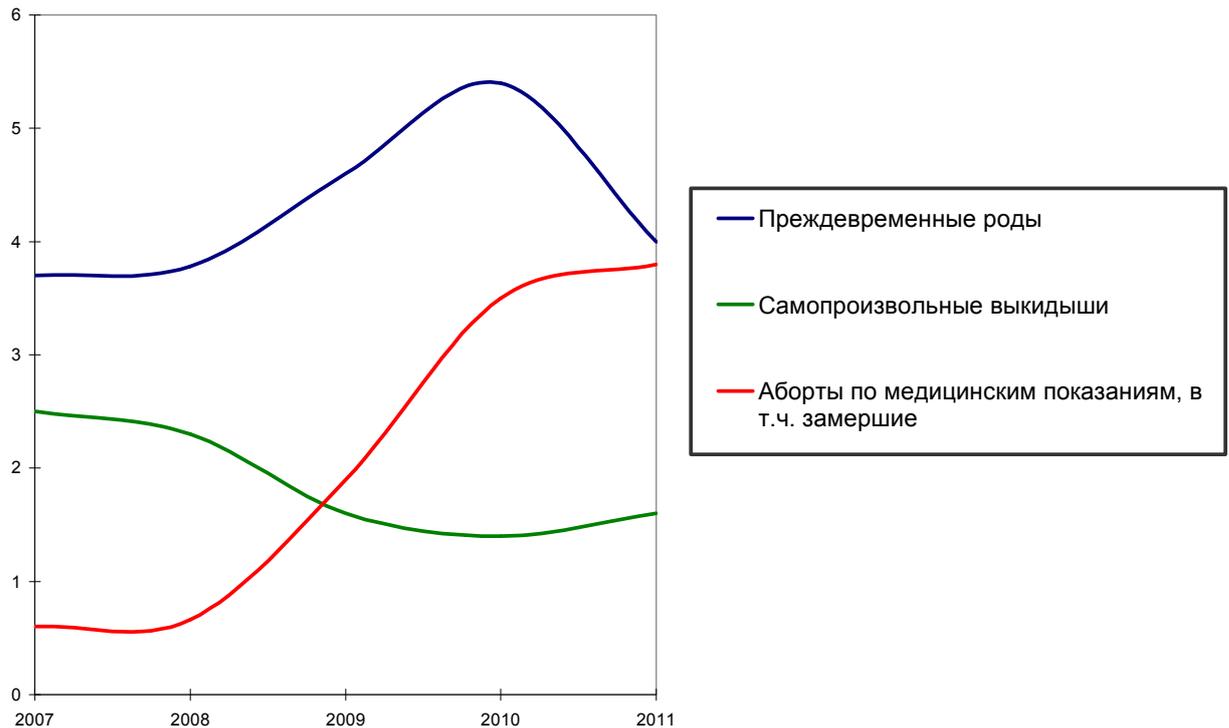
Таблица 2

**Показатели перинатальной смертности  
по ЖК МУЗ КГБ №7 в 2007–2011 гг.**

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011
Перинатальная смертность, ‰ ( % )	6,2 ‰ (100,0 %)	8 ‰ (100,0 %)	6,3 ‰ (100,0 %)	5,3 ‰ (100,0 %)	6,8 ‰ (100,0 %)
Антенатальная гибель плода, ‰ ( % )	3,1 ‰ (50,0 %)	5,4 ‰ (67,5 %)	2,8 ‰ (44,4 %)	4,2 ‰ (79,2 %)	5,2 ‰ (76,5 %)
Интранатальная гибель плода, ‰ ( % )	1,2 ‰ (19,4 %)	0,6 ‰ (7,5 %)	0,6 ‰ (9,5 %)	0,5 ‰ (9,4 %)	0,5 ‰ (7,4 %)
Ранняя детская смертность, ‰ ( % )	1,9 ‰ (30,0 %)	2,4 ‰ (30,0 %)	3,4 ‰ (53,9 %)	0,5 ‰ (9,4 %)	1,0 ‰ (14,7 %)

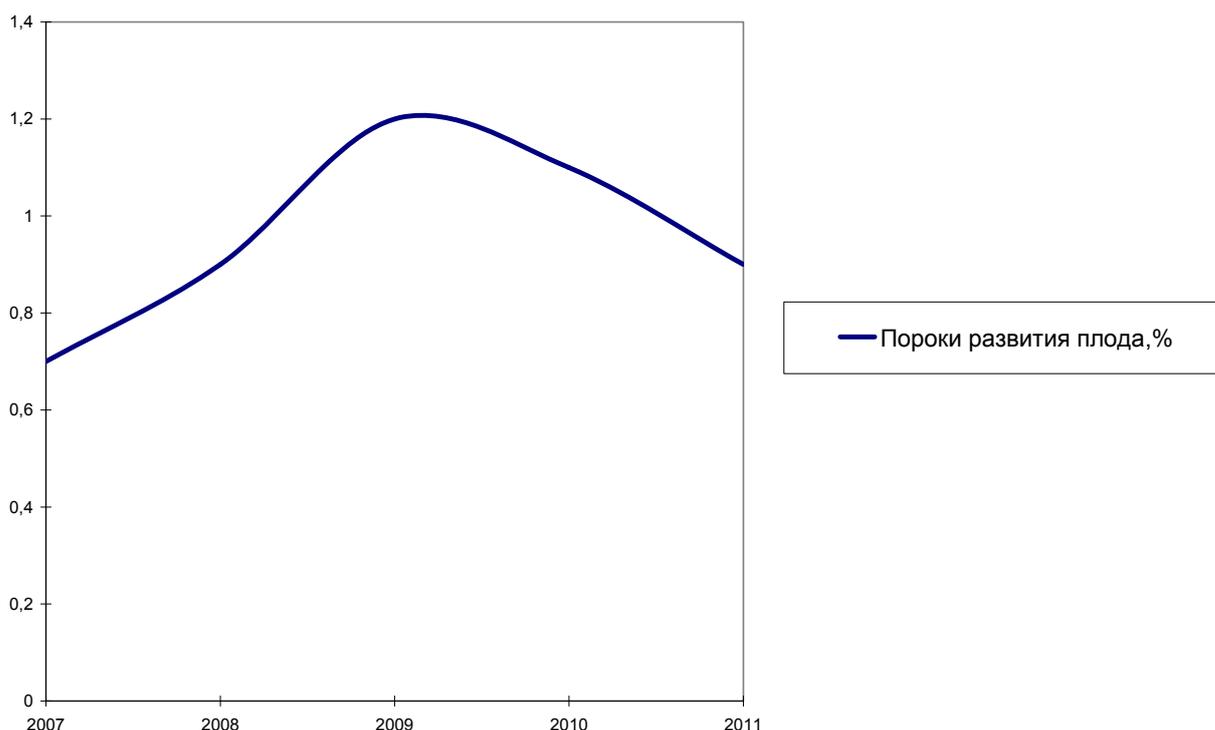
Эти тенденции отражают повышение качества оказания экстренной медицинской помощи в родах в условиях акушерского стационара. Именно на этот этап оказания помощи беременным приходится минимальное количество случаев перинатальной смертности (7,4 % – 9,5 %). Кроме того, на этом этапе оказания медицинской помощи при росте оперативных родоразрешений по экстренным показаниям не происходит снижения интранатальных потерь. Это, вероятнее всего, свидетельствует о том, что в родах осуществляется мониторинг за состоянием плода, и при его ухудшении проводится экстренное оперативное родоразрешение. Следовательно, при используемых на сегодняшний день методах диагностики (ультрасонографии, доплерометрии и кардиотокографии), с присущей им диагностической и прогностической ценностью, практически все резервы уменьшения перинатальных потерь на этом этапе исчерпаны. Неблагополучные для ребенка исходы беременности в большинстве случаев связаны с несовершенством используемых методов прогнозирования исходов родов для плода и обусловлены несостоятельностью тех компенсаторных механизмов, которые были сформированы новорожденным в антенатальном периоде.

Преимущественные перинатальные потери за счет антенатальной и ранней детской смертности (суммарно на их долю в структуре перинатальных потерь приходится от 80,00 до 88,64 %) в большинстве случаев связаны с хронической гипоксией, инфекцией при беременности и врожденными пороками развития (ВПР) [1, 4]. Это определяет необходимость дальнейшего совершенствования методов прогнозирования, диагностики, профилактики и лечения этих осложнений гестации.



**Рис. 1.** Динамика количества преждевременных родов, самопроизвольных выкидышей и абортов по медицинским показаниями (% от вставших на учет) в 2007–2011 гг.

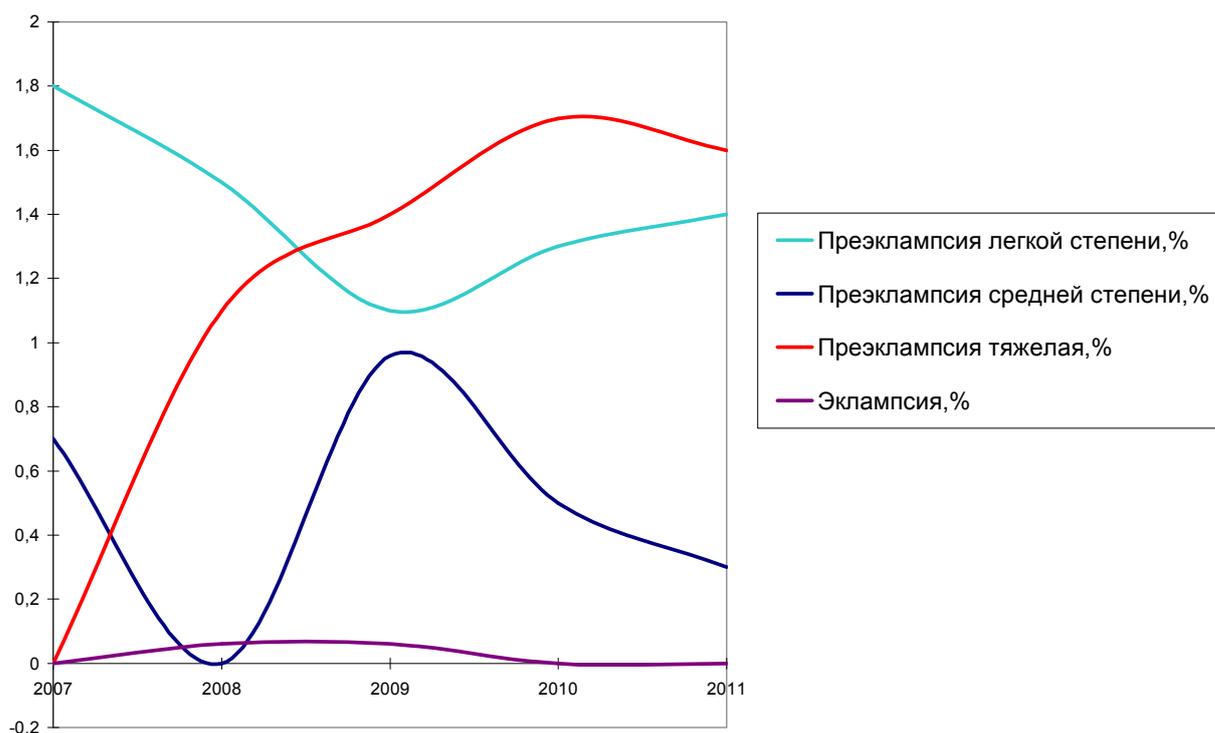
При анализе осложнений беременности констатировано уменьшение в 1,79 раза количества самопроизвольных выкидышей (табл. 1, рис.1) от 40 (2,5 % от общего количества родов) в 2007 году до 32 (1,6 %) – в 2011. При этом отмечается незначительная тенденция к росту преждевременных родов. В 2007 году было 60 случаев этого осложнения беременности (3,7 % от общего количества родов), в 2011 – 81 (4,0 %). Также наблюдается существенное (в 6,33 раза) увеличение количества абортов по медицинским показаниям. Это все случаи прерывания по поводу замершей беременности и выявленных пороков развития у плода (рис. 1). В 2007 году таких было 9 случаев (0,6 % от общего количества родов), в 2011 – 77 (3,8 %). Кроме того, на 28,57 % выросло количество выявляемых у плодов врожденных пороков развития (ВПР). В 2007 году процент выявленных у плода ВПР составил 0,7 % от общего количества родов, в 2011 – 0,9 % (рис. 2).



**Рис. 2.** Динамика количества врожденных пороков развития (% от количества родивших) в 2007–2011 гг.

Следовательно, эффективным оказывается симптоматическое лечение, «сохраняющая» терапия при угрозе прерывания беременности в ранние сроки, но страдает выявление причин, «этиологии» угрожающего выкидыша. Сохраняются «неперспективные» беременности и недостаточно эффективным оказывается или поздно начинается проведение патогенетического лечения. Если учитывать, что в большинстве случаев причиной замерших беременностей, преждевременных родов являются инфекционно-воспалительные заболевания, и они же играют большую роль в формировании ВПР, то можно говорить о недостаточно эффективной профилактике, позднем выявлении и начале лечения инфекционно-воспалительных заболеваний у беременных.

Отмечена незначительная тенденция к увеличению общего количества гестозов с 6,4 % в 2007 году до 7,3 % в 2011 году (на 13,51 %) в основном за счет тяжелых форм. С 2007 по 2010 год их частота увеличилась в 2,29 раза, то есть с 0,7 до 1,6 % (табл. 1, рис. 3).



**Рис. 3.** Графическое отображение структуры поздних гестозов в динамике (% от количества родивших) в 2007–2011 гг.

Практически не меняется показатель частоты кровотечений в родах (табл. 1). Он составляет 1,6 % в 2007 году, 1,7 % – в 2011. При этом отмечается тенденция к снижению частоты гипотонических кровотечений (с 1,0 % в 2007 до 0,6 % в 2011 году) и увеличению частоты кровотечений на фоне остатков плацентарной ткани (с 0,3 до 0,7 %). Это, с одной стороны, свидетельствует об улучшении качества оказания помощи на стационарном этапе – оптимизации принципов ведения родов, качественной профилактике послеродового кровотечения, а с другой – говорит об увеличении осложнений от инфекционно-воспалительных процессов в связи с остатками плацентарной ткани. В течение анализируемого периода не отмечено устойчивых тенденций в изменении частоты предлежания (от 0,1 до 0,2 %) и отслойки (от 0,1 до 0,5 %) плаценты, наблюдаются периодические колебания этих показателей. Учитывая, что низкая плацентация нередко является одним из признаков воспалительного процесса в эндометрии, а отслойка плаценты – формой проявления плацентарной недостаточности, можно еще раз говорить

об отсутствии успехов в профилактике и лечении этой патологии у беременных на амбулаторном этапе.

Таблица 3

**Частота экстрагенитальной патологии у беременных ЖК МУЗ КГБ №7 в 2007–2008 гг. (% от общего количества родов)**

Выявленные экстрагенитальные заболевания	2007	2008	2009	2010	2011
Сердечно-сосудистые заболевания, %	5,8	11,6	8,6	9,7	8,5
Анемии, %	36,0	36,8	39,3	27,7	32,0
Заболевания почек, %	17,3	16,4	15,8	16,0	16,0
Заболевания щитовидной железы, %	3,7	5,9	3,0	3,1	3,6
Сахарный диабет, %	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Венозные осложнения, %	5,4	4,7	5,0	5,0	5,7
Экстрагенитальные заболевания (всего), % от вставших на учет	79,5	87,6	84,0	81,0	66,2

При анализе показателей экстрагенитальной заболеваемости у беременных (табл. 3) констатировано, что ее выявляют часто – в 66,2–84,0 % случаев. При этом за последние 3 года наметилась тенденция к незначительному снижению (на 16,73 %) этого показателя. Среди экстрагенитальной патологии чаще всего диагностируют анемию (в 27,7–38,3 % случаев) с незначительной тенденцией к снижению (за 4 года – на 11,11 %); заболевания почек (15,8–17,3 %) также с незначительной тенденцией к снижению (за 4 года на 7,51 %); патологию сердечно-сосудистой системы (5,8–11,6 %) с выраженным ростом (в 1,57 раза) за анализируемый период. Стабильной остается частота патологии щитовидной железы (3,1–3,7 %), венозных осложнений (4,7–5,4 %) и хронических гепатитов (5,0–6,0 %). В небольшом проценте случаев (0,1–0,3 %) диагностируют сахарный диабет, но отмечается рост этого заболевания (за 5 лет – в 2 раза).

Таким образом, полученные сведения подтвердили общепринятое мнение [1, 5], что среди беременных мало здоровых женщин. У большинства выявляют экстрагенитальные заболевания, которые могут быть причиной развития различных осложнений гестации. Высокий удельный вес анемии в структуре экстрагенитальных заболеваний может быть связан с

особенностями питания, низким социально-экономическим статусом и косвенно отражать наличие других заболеваний (желудочно-кишечного тракта, гинекологических, эндокринных), сопровождающихся нарушением всасывания, метаболизма или высокими потерями железа. Высокий удельный вес среди учитываемых нозологий инфекционно-воспалительных заболеваний (пиелонефрит и гепатит в сумме составляют 20,8–23,3 %) еще раз отражает проблемы, связанные с профилактикой осложнений инфекционно-воспалительного процесса при гестации. Рост сердечно-сосудистых заболеваний при тенденции к росту тяжелых форм гестозов определяет актуальность своевременной диагностики и оптимизации тактики ведения больных с этим осложнением беременности. Настораживает динамичный рост случаев сахарного диабета, что, по-видимому, отражает общую тенденцию к увеличению в популяции ожирения и других метаболических нарушений и требует дальнейшего наблюдения и более подробного анализа.

Проведенный анализ показателей работы городской ЖК с беременными за 2007–2011 годы выявил наличие как положительных, так и отрицательных тенденций. Наиболее значимые положительные тенденции – это увеличение рождаемости и снижение числа самопроизвольных выкидышей; отрицательные – стабильно высокие показатели перинатальных потерь с преобладанием в их структуре антенатальной и ранней детской смертности, рост количества прерываемых по медицинским показаниям беременностей, преждевременных родов, ВПР, тяжелых форм гестозов при стабильно высоких показателях выявляемой у беременных экстрагенитальной заболеваемости. Учитывая, что в основе большинства осложнений беременности (невынашивание, ВПР, неразвивающиеся беременности, поздние гестозы) лежат нарушения развития беременности в ранние сроки, можно сделать вывод о необходимости совершенствования подходов к ведению ранних сроков беременности.

## Выводы

1. Показатели работы городской ЖК за 2007–2011 гг. отражают положительную тенденцию в изменении демографических показателей – увеличение рождаемости на 21,17 %.

2. Стабильными и достаточно высокими остаются показатели перинатальной смертности (от 5,3 ‰ до 8,0 ‰), обусловленные преимущественно антенатальной и ранней детской смертностью (суммарно на их долю в структуре перинатальных потерь приходится от 80,00 до 88,64 %). Учитывая, что причинами их в большинстве случаев являются хроническая гипоксия, инфекция при беременности и ВПР, можно говорить о недостаточной информативности методов прогнозирования и выявления этих осложнений гестации, не всегда эффективных принципах их профилактики и лечения.

3. Стабильно высокой остается частота выявляемой экстрагенитальной патологии у беременных (79,5–84 %), что не позволяет ожидать существенного снижения частоты осложнений гестации в ближайшем будущем. Отмечается незначительная тенденция к увеличению гестозов и достаточно выраженная – к росту тяжелых форм этого осложнения беременности, что определяет актуальность совершенствования мероприятий по прогнозированию, профилактике, ранней диагностике и оптимизации тактики ведения этой категории пациенток.

4. При снижении количества самопроизвольных выкидышей отмечается рост преждевременных родов, случаев нарушения развития беременности в более поздние сроки и увеличение рождения детей с ВПР, что отражает эффективность проводимой «сохраняющей» терапии в первом триместре и недостатки в выявлении этиологических факторов, неадекватность проводимого патогенетического лечения.

5. Преобладание в структуре перинатальных потерь антенатальной гибели плода и ранней детской смертности, то есть патологии,

преимущественно формирующейся в антенатальном периоде, указывает в большей степени на проблемы ведения беременных в условиях женской консультации, чем на дефекты ведения родов. В связи с этим дальнейшее снижение перинатальных потерь без совершенствования принципов ведения беременных, особенно в ранние сроки, в амбулаторных условиях практически невозможно.

### Список литературы

1. Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний*. – М., 2007. – С. 5–19.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. – М.: Литерра, 2007. – 328 с.
3. Ранние сроки беременности (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмуратова. – М.: Status Praesens, 2009. – 480 с.
4. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // *Социальные аспекты здоровья населения: научный электронный журнал*. – 2011. – № 6 (22). – URL: <http://vestnik.mednet.ru> (дата обращения: 04.09.2012).
5. Султанаева З.М. Тенденции показателей заболеваемости женского населения Республики Башкортостан // *Социальные аспекты здоровья населения: научный электронный журнал*. – 2011. – № 3 (19). – URL: <http://vestnik.mednet.ru> (дата обращения: 04.09.2012).

### References

1. Adamyan L.V., Sukhikh G.T. Sostojanie i perspektivy reproduktivnogo zdorov'ja naselenija Rossii [Condition and perspectives of reproductive health of Russian population]. *Sovremennye tehnologii v diagnostike i lechenii ginekologicheskikh zabolevanij*, Moscow, 2007, pp. 5–19 (in Russian).
2. Baranov A.A., Al'bitskiy V.Yu. Smernost' detskogo naselenija Rossii [Mortality of children's population of Russia]. Moscow: Literra, 2007, 328 p. (in Russian).
3. Rannie sroki beremennosti [Early terms of pregnancy]. Ed. by V.E. Radzinsky, A.A. Orazmuratov. Moscow: Status Praesens, 2009. 2-e izd., ispr. i dop. 480 p. (in Russian).
4. Starodubov V.I., Sukhanov L.P. Sychenkov Yu.G. Reproductivnyye poteri kak mediko-social'naja problema demograficheskogo razvitija Rossii [Reproductive losses as a medical–social problem of the demographic development

of Russia]. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija: nauchnyj jelektronnyj zhurnal*, 2011, no. 6 (22). Available at: <http://vestnik.mednet.ru> (in Russian).

5. Sultanayeva Z.M. Tendencii pokazatelej zaboлеваemosti zhenskogo naselenija Respubliki Bashkortostan [Tendencies of female morbidity in the Bashkortostan Republic]. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija: nauchnyj jelektronnyj zhurnal*, 2011, no. 3 (19). Available at: <http://vestnik.mednet.ru> (in Russian).

**Скрябина Валерия Владиславовна** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, раб. телефон: 2441681, Электронный адрес: [skryabina-vv@mail.ru](mailto:skryabina-vv@mail.ru).

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Пермь 614990, ул. Петропавловская, 26.

**Skryabina Valeriya Vladislavovna** – Candidate of Medical Science, associate professor of the department of obstetrics and gynecology, Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner, Perm, tel. 2441681, e-mail: [skryabina-vv@mail.ru](mailto:skryabina-vv@mail.ru).

State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education “Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner” of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Russia, Perm, 614990, Petropavlovskaya street, 26.