

© ТЕРЛЕЦКАЯ Р.Н., 2022

УДК 614.2.618.3

*Терлецкая Р.Н.***Фетоинфантильные потери — от мифов к реальности**

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119991, Москва, Россия

Фетоинфантильные потери характеризуют не только здоровье населения и его репродуктивный потенциал, но и социально-экономические условия жизни населения, качество оказания медицинской помощи, внедрение современных технологий. Считается, что они оказывают существенное влияние на основные социально-демографические показатели. По рекомендациям ВОЗ, данный интегрированный показатель необходимо использовать как новый методический критерий при анализе деятельности служб материнства и детства, разработке эффективных управленческих решений по профилактике младенческой и перинатальной смертности. Представлены особенности регистрации рождений в России с момента принятия Генеральной Ассамблеей ВОЗ в 1950 г. соответствующих мировым этическим представлениям определений и критериев таких перинатальных понятий, как «живорождённый», «мертвождённый», «жизнеспособный плод», «аборт» по настоящее время. Полный переход на международные критерии регистрации рождения в 2012 г. стал важнейшим событием в деле дальнейшего снижения фетоинфантильных потерь в стране. Включение в число живорождённых детей с экстремально низкой массой тела потребовало использования самых высоких технологий не только по предотвращению их гибели, но и по их инвалидизации; отечественные показатели статистики фетоинфантильных потерь стали более достоверными и сопоставимыми с международными. В условиях новых требований к регистрации рождения был проведён анализ учёта младенческой смертности в регионах России по 5 специально разработанным критериям, а также реконструкция её показателей с использованием модели перерасчёта по уровню постнеонатальной смертности. Установлено, что продолжается недостоверное представление сведений: отмечается повторение тенденций, наблюдавшихся в предыдущие годы, изменилась лишь крайняя учитываемая весовая категория. Приведены данные, свидетельствующие о значимости предложенных критериев недоучёта младенческой смертности, что позволяет рекомендовать их для использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: регистрация рождений; фетоинфантильные потери; перинатальная смертность; младенческая смертность; охрана материнства и детства; приоритеты здравоохранения

Для цитирования: Терлецкая Р.Н. Фетоинфантильные потери — от мифов к реальности. *Российский педиатрический журнал*. 2022; 25(4): 236–241. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-4-236-241>

Для корреспонденции: *Терлецкая Римма Николаевна*, доктор мед. наук, проф., гл. науч. сотр. лаб. социальной педиатрии и качества жизни ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, rterletskaya@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 15.06.2022
Принята к печати 29.06.2022
Опубликована 30.08.2022

*Rimma N. Terletskaya***Fetoinfantile losses — from myths to reality**

National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation

The literature review shows fetoinfantile losses to characterize not only the health of the population and its reproductive potential, but also the social and economic living conditions of the population, the medical care quality, the implementation of modern technologies. They are believed to have a significant impact on basic socio-demographic indicators. According to WHO recommendations, this integrated indicator should be used as a new methodological approach to analyze the activities of maternity and childhood services, to develop the most effective management decisions for the prevention of infant and perinatal mortality. The review presents the features of birth registration in Russia since the adoption by the WHO General Assembly in 1950 of definitions and criteria of such perinatal concepts as “live-born”, “stillborn”, “viable fetus”, “abortion” corresponding to world ethical concepts to the present. The complete transition to international birth registration criteria in 2012 was the most important event in the further reduction of fetoinfantile losses in the country. Thus, the inclusion of infants with extremely low body weight in the number of live births required the use of the highest technologies not only to prevent death, but also their disability, domestic statistics indicators of fetoinfantile losses have become more reliable and comparable to international ones. In the context of the new requirements to birth registration, an analysis of the infant mortality accounting in the regions of Russia was carried out according to five specially developed criteria, as well as the reconstruction of its indicators using a recalculation model for the level of postnatal mortality. It was established that the unreliable presentation of information continues — there is a repetition of the trends observed in previous years, only the extreme weight category has changed. Provided data show the validity of the proposed infant mortality undercount criteria, allowing researchers to recommend them for use in practical healthcare.

Keywords: birth registration; fetoinfantile losses; perinatal mortality; infant mortality; protection of motherhood and childhood; health care priorities

For citation: Terletskaya R.N. Fetoinfantile losses — from myths to reality. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2022; 25(4): 236–241. (In Russian). <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-4-236-241>

For correspondence: *Rimma N. Terletskaya*, MD, PhD, DSci, Professor, Project Leader of the Project of the laboratory of social paediatrics and quality of life of the National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation, rterletskaya@mail.ru

Information about the author:

Terletskaya R.N., <https://orcid.org/0000-0001-6313-3810>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received: June 15, 2022
Accepted: June 29, 2022
Published: August 30, 2022

В отечественной и зарубежной медицинской литературе показатели младенческой (МС) и перинатальной (ПС) смертности рассматриваются, как правило, независимо друг от друга. Такой подход, однако, не позволяет комплексно оценить потери всех жизнеспособных детей в возрасте до 1 года. Кроме того, при статистическом учёте в ряде случаев имеет место «переброс» умерших детей в первые часы и сутки после рождения в мертворождённые, что приводит к искажению истинных показателей МС и ПС [1, 2].

В связи с этим был предложен коэффициент фетоперинатальных потерь (ФИП), — отношение суммы числа родившихся мертвыми и умерших на 1-м году жизни детей к числу родившихся живыми и мёртвыми [1–3]. Считается, что ФИП оказывают существенное влияние на основные социально-демографические показатели [4]. Так, при снижении мертворождаемости и МС в суммарном исчислении до уровня 15% максимальная продолжительность жизни для новорождённого могла увеличиться на 1,08 года, число доживающих до начала трудовой деятельности — на 1,7%, продолжительности периода экономической активности — на 0,67 года [5]. Этот интегрированный показатель Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать как новый методический критерий при анализе деятельности служб материнства и детства, для разработки эффективных управленческих решений по профилактике МС и ПС. Целесообразность изучения ФИП продиктована единством значительной части причин этих потерь, а также выявлением возрастных отрезков с наибольшими потерями. Интегрированный коэффициент, объединяющий информацию о возрастной и причинной структуре смертности плодов и младенцев, должен помочь руководителям здравоохранения правильно планировать и распределять материальные ресурсы. При их распределении основная часть должна быть направлена на развитие и внедрение перинатальных технологий [6–8].

В последние годы ВОЗ использует ряд новых методических подходов для анализа эффективности деятельности служб материнства и детства, определяя соотношение различных составляющих ФИП. Например, коэффициент эффективности ante- и постнатальной профилактики — соотношение умерших в постнеонатальном периоде (от 28 дней до 1 года) и суммы мертворождённых детей и умерших в неонатальном периоде (0–27 дней жизни ребёнка). Предложена шкала оценки медико-социальной эффективности деятельности служб охраны материнства и детства: при соотношении 1,0 и более — очень низкая, 0,5–1,0 — низкая, 0,4–0,5 — средняя, 0,3–0,4 — высокая, 0,3 и меньше — очень высокая [6].

В соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утверждённой Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351, важнейшими задачами демографической политики в стране

являются сокращение уровня МС не менее чем в 2 раза. МС является общепризнанным критерием оценки эффективности репродуктивно-демографического развития. Указом Президента РФ от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» уровень МС включён в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. На снижение смертности детей 1-го года жизни направлены главные усилия системы здравоохранения [9].

Принципиальной особенностью динамики МС в России до 2012 г., качественно отличающей её от показателей стран Европейского союза, была устойчивая тенденция «старения» — снижение доли неонатальной и, соответственно, увеличение постнеонатальной смертности. Предполагалось, что эта особенность динамики МС была обусловлена недорегистрацией детей, умерших в 1-ю неделю жизни, — переносом данных в категории нерегистрируемых мертворождённых или «плодов» с массой тела менее 1000 г [10].

Понятия «перинатальный период», «перинатальная смертность», «перинатальные потери» впервые были введены в медико-демографический оборот в 1948 г. австрийским демографом С. Пеллером с целью обозначить единство этиологических причин и патогенетических механизмов, воздействующих на развитие плода, которые в зависимости от ряда обстоятельств могут привести к его гибели до начала родовой деятельности (антенатальная гибель плода), в процессе родов (интранатальная гибель плода) или в первые 7 сут после рождения ребёнка (ранняя неонатальная смертность) [11].

Осознанию важности и значимости перинатальных проблем для воспроизводства и здоровья населения предшествовало принятие Всемирной ассамблеи ВОЗ в 1950 г. соответствующих мировым этическим представлениям определений и критериев таких основополагающих перинатальных понятий, как «живорождённый», «мертворождённый», «жизнеспособный плод», «аборт». В соответствии с рекомендациями ВОЗ, принятыми затем Генеральной Ассамблеей ООН в том же 1950 г., жизнеспособным считался плод, достигший срока беременности 22 нед и более (или имеющий при рождении массу тела 500 г и более) и проявивший при рождении любой из признаков жизни: дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины или производные движения мускулатуры. Плод без этих признаков жизни считается мертворождённым [12].

Таким образом, уже более 70 лет тому назад международной медициной было признано, что к 22 нед беременности плод достигает нижнего порога своей биологической зрелости (жизнеспособности), когда специальными методами выхаживания можно сохранить его жизнь и здоровье вне организма матери. Именно поэтому с момента достижения 22 нед беременности плод подлежит полной правовой и юридической защите как человеческая личность. На указанных критериях базируются ос-

новополагающие международные правовые документы: Всеобщая декларация прав человека, Конвенция о правах ребёнка, Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей, которые были ратифицированы Россией в конце 1980-х — начале 1990-х гг.

Вопреки международным рекомендациям, в СССР (до 1991 г.) и России (до 1993 г.) действовала Инструкция Наркомздрава СССР от 10.07.1937 № 10, согласно которой родившимся живым (и, следовательно, подлежащим официальной юридической регистрации в органах записи актов гражданского состояния, считался ребёнок, родившийся в 28 нед беременности и позже с весом 1000 г и более и ростом 35 см и более, имеющий самостоятельное внеутробное лёгочное дыхание [12].

Статистика МС, в отличие от мертворождаемости, в СССР всегда строго контролировалась всеми уровнями управления. Если же мероприятия по реанимации оказывались безуспешными, то ребёнок с любыми параметрами относился к мертворождённым и не попадал в статистику МС. По мнению Р.К. Игнатъевой (2006), при подобном законодательстве в худшем положении всегда оказывались те врачи-акушеры и неонатологи, а также лечебные учреждения в целом, которые пытались «оживить» и выхаживать детей, родившихся в асфиксии, и маловесных [13]. Это формировало определённый отрицательный стереотип у медицинских работников относительно целесообразности спасения подобных детей, который не преодолен до сих пор. И это было одной из причин резкого отставания нашей страны в развитии службы реанимации и интенсивной терапии новорождённых непосредственно в родильных домах и неонатологии в целом [12].

Отечественные учёные социал-гигиенисты Е.Н. Шиган, Р.К. Игнатъева, Ю.М. Комаров, В.Ю. Альбицкий ещё в советские времена неоднократно поднимали вопрос о необходимости перехода нашей страны на рекомендуемые ВОЗ критерии жизнеспособности плода, но не встречали понимания ни в Министерстве здравоохранения СССР, ни среди отечественных акушеров-гинекологов и педиатров-неонатологов [13–17]. Тем не менее при поддержке Управления статистики Минздрава СССР (Г.Ф. Церковный) была проделана большая работа по созданию в стране государственной статистики перинатального периода, которая предоставляла информационную основу для разработки программ в области перинатальной охраны плода. Было разработано и впервые в мире внедрено специальное Свидетельство о перинатальной смерти с принципиально новой формой записи о причине смерти, отражающей сочетание причин смерти ребёнка (плода) и патологии со стороны материнского организма, оказавшей поражающее влияние на плод. После апробации в ряде регионов это Свидетельство было внедрено на всей территории России [18].

В литературе достаточно подробно анализировались данные об исходах «поздних аборт» для плода, причём однозначного решения проблемы не найдено. Сторонники перехода России на рекомендуемые ВОЗ критерии перинатального периода с 22 нед беременности и массы тела 500 г — параметры жизнеспособного плода (В.Ю. Альбицкий, Р.К. Игнатъева) объясняли это необходимостью достижения международной сопоставимости отечественных показателей ПС и МС, тем более что существовала методика «пересчёта» показателя, согласно которой коэффициенты

и уровень ПС в нашей стране были выше регистрируемых в 1,5 раза. Кроме того, отсутствие в отечественной государственной статистике официального учёта родившихся и умерших плодов 22–27 нед гестации с массой тела 500–999 г являлось важным фактором, способствующим недооценке маловесных умерших детей за счёт «переброса» умерших детей выше 1000 г в категорию «плодов» до 1000 г. Действующие таким образом критерии определения перинатального периода с 28 нед гестации авторы называли «механизмом фальсификации» показателей ранней неонатальной смертности, а через неё и всей МС [17, 18].

Однако при обсуждении проблем перехода на новые критерии учёта перинатального периода существовало другое мнение, основанное, прежде всего, на анализе исходов у детей с массой тела менее 1000 г (высокий уровень смертности, заболеваемости, инвалидности и др.). Данные о негативных результатах выхаживания этих детей позволяли делать вывод о неготовности отечественной службы родовспоможения к подобной реформе, которая потребовала бы значительных материальных затрат, существенного повышения ресурсного и кадрового обеспечения службы.

Таким образом, оставленный в российском законодательстве юридически бесконтрольный отрезок перинатального периода от 22 до 28 нед беременности порождал многие проблемы правового, этического, экономического, медицинского, демографического характера. В частности, это входило в противоречие со стремлением международного сообщества гарантировать права отдельных социальных групп, в том числе детей, с первых минут их жизни. Он создавал «удобные» условия для фальсификации показателей МС на всех уровнях, начиная с первичного звена здравоохранения, и не позволял правильно ориентироваться при оценке динамики перинатальных потерь и эффективности мероприятий, предпринимаемых для их снижения.

Отсутствие официального учёта таких детей через органы ЗАГС и Госкомстата России препятствовало обоснованию запросов в Правительство на финансирование дорогостоящих перинатальных программ [19, 20]. Считалось не менее важным и то, что установление полного государственного учёта перинатальных потерь будет стимулировать развитие службы реанимации и интенсивной терапии непосредственно в родильных домах не только для недоношенных новорождённых, но и для доношенных детей, нуждающихся в своевременной экстренной медицинской помощи. Неоказание таким детям необходимой высококвалифицированной помощи влекло за собой рост числа детей-инвалидов и взрослых инвалидов с детства [13].

Доказательства недоучёта случаев смерти детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) в России подробно представлены в публикациях Р.К. Игнатъевой [13] и Л.П. Сухановой [17]. Суммируя, можно сказать, что способами занижения показателя МС были следующие:

- случаи летального исхода в родах не регистрировались в силу непризнания ребёнка живорождённым;
- детей с массой тела при рождении от 1000–1499 г, умерших в раннем неонатальном периоде, относили к поздним выкидышам, фиксируя их массу менее 1000 г;

- детей с низкой массой тела при рождении, умерших в ранний неонатальный период, относили к категории мертворождённых [13, 17].

Расчёт истинного уровня МС различными методами показал, что ее недоучет в середине 2000-х гг. составлял 7–8%, и предполагалось, что при переходе на международные критерии регистрации рождений, когда будет исключена возможность искажения статистики, уровень МС в России составит более 10% [15]. Эти данные не принимались во внимание органами здравоохранения. Вместе с тем все международные организации (ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ и др.) традиционно пользовались соответствующими поправочными коэффициентами при анализе демографической ситуации в России. Недоучёт МС в последнее десятилетие оценивался российскими экспертами примерно в 15%, экспертами ВОЗ — в 18–20%, т.е. его оценка, особенно оценка ВОЗ, была достаточно точной [12].

В 2012 г., согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи», впервые в истории отечественной перинатологии и родовспоможения критерием рождения установлен срок беременности 22 нед и более; масса тела ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребёнка при рождении неизвестна). И начиная с апреля 2012 г., согласно новым критериям рождения, прерывание беременности в сроке 22–27 нед, трактовавшееся до 2011 г. как «поздний аборт», учитывается как сверхранные преждевременные роды. С принятием указанного правового акта отечественные показатели ПС и МС стали сопоставимыми с международными, с большинством европейских стран.

Важно отметить, что Россия приближалась к этому акту последовательно, в течение 20 лет были приняты многочисленные документы, регламентирующие организацию акушерской и неонатальной помощи¹ [9, 21].

Сразу после перехода России на новые критерии регистрации рождений отечественные учёные стали проводить анализ статистических данных, характеризующих этот процесс [17, 18, 22–25]. Крайней учитываемой весовой группой стала категория 500–999 г., и наблюдалась та же тенденция — снижение её численности (прежде всего за счёт увеличения числа аборт до 22 нед гестации) и «экстренное» (в течение 1 года) улучшение перинатальных показателей в группе детей/плодов с ЭНМТ за счёт включения «административного ресурса» [18].

В.Е. Радзинский, анализируя данные о репродуктивных потерях в 2012 г., отмечал, что в I квартале 2012 г.

при учёте умерших детей с массой тела от 500 г показатель ПС увеличился в стране почти в 3 раза (до 18%), «что близко к прогностическим данным» [23]. И далее автор заключает: «Но уже во втором квартале был активирован административный ресурс формирования отчетности, и цифры «сползли» до 8%. Цена этой статистики ясна». Очевидно, что основным механизмом «снижения» ПС сегодня, как и ранее, является «переброс» умерших и мертворождённых из категории ЭНМТ в неучитываемую весовую группу с массой тела менее 500 г [17].

Ещё одним фактором, характеризующим особенности перинатальной ситуации при новых критериях рождения, явилась трансформация соотношения родившихся живыми и мертвыми детей/плодов с ЭНМТ в сторону снижения числа и доли мертворождённых. В той же работе были представлены данные о увеличении выживаемости родившихся живыми с массой тела менее 1000 г на этапе акушерского стационара [18].

Отмеченные неблагоприятные тенденции МС в 2012 г., по мнению Е.М. Андреева и соавт. (2013), были обусловлены не только учётом нового контингента детей с ЭНМТ, но и повышением достоверности регистрации МС, заниженной в прежние годы [24]. Высказывалось предположение, что эти данные могут также характеризовать снижение качества базовой акушерской помощи в общей сети родовспоможения при увеличении объёма оказываемой стационарной помощи в связи с перераспределением части её из гинекологической службы в акушерскую (в условиях трансформации поздних аборт в преждевременные роды) при одновременном снижении кадрового обеспечения и коечного фонда акушерских стационаров.

Таким образом, при сопоставлении перинатальных параметров за 2011–2012 гг. все исследователи отмечали большой диапазон произошедших трансформаций в течение 1 года: трехкратное уменьшение числа родившихся мёртвыми плодов с ЭНМТ; уменьшение числа родов в 22–27 нед в 1,7 раза (при увеличении числа аборт в сроке до 22 нед); «перекрёст» числа родившихся детей с массой тела 500–999 г (снижение) и рост числа детей с весом 1000–1499 г. Подобную динамику данных они связывали со стремлением достичь желаемых целевых показателей, характеризующих эффективность деятельности органов управления региона в целом, и считали, что фактически повторяются тенденции, наблюдавшиеся при прежних критериях ПС. По их мнению, изменилась лишь крайняя учитываемая весовая категория — теперь это дети с массой тела 500–999 г, и также наблюдается снижение её численности и улучшение перинатальных показателей среди этих детей за счёт включения «административного ресурса».

Переход на международные критерии регистрации рождения стал несомненным важнейшим событием в деле дальнейшего снижения МС в нашей стране. Во-первых, включение в число живорождённых детей с ЭНМТ (500–999 г) требует использования самых высоких технологий не только по предотвращению гибели, но и по инвалидизации указанного контингента. Во-вторых, отечественные показатели статистики ФИП стали сопоставимы с международными. В-третьих, повышается достоверность упомянутой статистики из-за прекращения «переброса» умерших детей с ЭНМТ в группу

¹Приказ Минздравсоцразвития России от 09.12.2004 № 308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров»; Приказ Минздравсоцразвития России от 24.09.2007 № 621 «Об организации деятельности родильного дома (отделения)»; Приказ Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»; Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2010 № 409н «Об утверждении Порядка оказания неонатологической медицинской помощи»; Письмо Минздравсоцразвития РФ от 21.04.2010 № 15-4/10/2-3204 «О направлении методического письма Минздравсоцразвития РФ «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»; Методическое письмо Минздравсоцразвития от 16.12.2011 России № 15-0/10/2-11336 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».

ЭНМТ [12]. Потребовалось всего 3 года, чтобы сравнить названные уровни в условиях, когда стал учитываться контингент детей с ОНМТ, имеющий самый высокий риск летального исхода. Это неоспоримое свидетельство высокой эффективности стратегии Минздрава России по развитию реанимации новорождённых, регионализации акушерской помощи, строительства современных высокотехнологичных перинатальных центров в регионах страны [9].

В условиях использования новых критериев регистрации мертво- и живорождений стала возможна оценка недоучёта МС путём сопоставления показателей России и среднего показателя по странам Европейского союза. По данным «Population Reference Bureau/World Population Data Sheet», в 2013 г. коэффициент МС в России составил 10,3 на 1000 родившимся живыми, а по данным Росстата — 8,2. Таким образом, имел место недоучёт в 20,4%. В 2011 г. без учёта детей с ЭНМТ эта разница составляла уже 29,2% (10,6 против 7,4 на 1000 живорождённых соответственно) [26].

В последующие годы нами было проведено изучение медико-статистических особенностей МС в условиях трехлетней регистрации рождений в стране согласно рекомендациям ВОЗ, в соответствии с международной практикой [12]. Особое внимание было уделено достоверности регистрируемого уровня МС, т.к. истинность данных статистики важна не только для органов управления, но и для всего российского общества. Вероятный недоучёт МС в конкретных регионах проводился по 5 критериям, которые были рассчитаны, исходя из 2 стандартных отклонений от средних значений показателей территорий, не превышающих российский уровень:

- годовой темп снижения уровня показателя более чем на 7%;
- удельный вес ранней неонатальной смертности во всей МС менее 30%;
- удельный вес смертности в 1-й день жизни во всей МС менее 10%;
- соотношение ранней неонатальной смертности и мертворождаемости 1 : 2,2;
- соотношение удельного веса родившихся мёртвыми с массой тела 750–999 г и 500–549 г среди всех мертворождённых 1 : 1,5 [12].

Реконструкция показателей МС проводилась с использованием модели перерасчёта данного показателя по уровню постнеонатальной смертности [18]. Установлено, что в условиях новых требований к регистрации рождения продолжается недостоверное представление сведений: отмечается повторение тенденций, наблюдавшихся при прежних критериях, изменилась лишь крайняя учитываемая весовая категория. Выявлены признаки нарушений регистрации случаев смерти младенцев по возрастной, весовой, нозологической, гестационной структурам их смертности, темпам изменения показателей, соотношению разных составляющих, а также степени соответствия динамики репродуктивных потерь их структуре. Авторы акцентируют внимание на том, что недостоверность статистических данных всегда очевидна как в виде «улучшенных» показателей, обеспечивающих достижение целевых их уровней некорректной регистрацией умерших, так и применённых методов фальсификации данных [12]. Были приведены доказательства,

свидетельствующие о достоверности предложенных критериев недоучёта МС, что позволило рекомендовать их для использования в практическом здравоохранении. Определена значимость привлечения внимания органов исполнительной власти к проблеме регистрации МС в территориях, где имеются более 3 критериев недоучёта смертности детей на 1-м году жизни [12].

Недавние исследования свидетельствуют о сохраняющейся актуальности проблемы ФИП, которая обусловлена нереализованными возможностями репродуктивного потенциала, на фоне более высоких показателей смертности населения. Представляется, что ФИП характеризуют не только здоровье населения и его репродуктивный потенциал, но и социальные и экономические условия жизни населения, качество оказания медицинской помощи, внедрения современных технологий и аудита перинатальных потерь. Обсуждаются приоритетные направления по повышению качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, новорождённым [27–32]. Установлено, что демографические процессы последнего десятилетия отличаются значительным уменьшением фетоинфантильных потерь, которые имеют высокую межрегиональную вариабельность показателей. Получена современная картина потерь жизнеспособных детей во всех регионах России, что, в свою очередь, на практическом уровне позволило выявить регионы с низким уровнем профилактики ФИП и оценить существенную вариабельность медико-социальной эффективности работы службы материнства и детства в зависимости от её ресурсного обеспечения и уровня профилактики заболеваемости беременных женщин. Уровень мобильного резерва ПС, связанного с управляемыми причинами, составляет 51,8%, а гестационный возраст мертворождённых и новорождённых детей, умерших в первые 7 дней жизни, в преобладающей доле соответствует возрасту 28 нед гестации и более.

Таким образом, актуальная стратегия снижения ФИП в России определяется следующими направлениями: преодоление негативных тенденций в обеспечении общего состояния здоровья и качества жизни женщин при одновременном повышении эффективности антенатальной охраны плода; охрана репродуктивного здоровья женщин и профилактика аборт; усовершенствование принципов распределения трудовых ресурсов путём создания релевантного кадрового резерва. Предложенные социальные и организационные мероприятия позволят мобилизовать резервы уменьшения потерь всех жизнеспособных детей [32].

Литература

(п.п. 7; 8; 11; 16; 19; 25; 26 см. References)

1. Альбицкий В.Ю., Ваганов Н.Н., Резайкин В.И. *Руководство по методам изучения и анализа младенческой смертности*. Нижний Новгород; 1991.
2. Альбицкий В.Ю., Никольская Л.А., Абросимова М.Ю. *Фетоинфантильные потери*. Казань; 1997.
3. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Гудимова В.В., Глиняная С.В. Новые методические подходы к оценке исходов беременности. *Акушерство и гинекология*. 1994; 70(2): 11–3.
4. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2011; (6): 1.
5. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьков Т.Л. *Смертность и продолжительность жизни. Население России*. М.: Университет; 2002.

- ВОЗ. Важен каждый ребенок. Аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти. Женева; 2016.
- Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н., Рожковская С.А. Медико-социальные аспекты здоровья детей в многодетных семьях. *Российский педиатрический журнал*. 2016; 19(6): 361–6. [https://doi.org/10.18821/1560-9561-2016-19\(6\)-361-366](https://doi.org/10.18821/1560-9561-2016-19(6)-361-366)
- Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации рождений. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016; 24(6): 340–5. <https://doi.org/10.18821/0869-866-2016-24-6-340-345>
- Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. *Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации рождений*. М.: ПедиатрЪ; 2016.
- Игнатъева Р.К. *Перинатальные проблемы. Мифы и реальность*. М.; 2006.
- Альбицкий В.Ю. Переход на международные критерии регистрации младенческой смертности. Да или нет? *Врач*. 1990; (2): 36–8.
- Терлецкая Р.Н., Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Конова С.Р. Причины детской смертности вне медицинских организаций. *Российский педиатрический журнал*. 2020; 23(5): 304–12. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-5-304-312>
- Суханова Л.П., Бушмелева Н.Н., Сорокина З.Х. Младенческая смертность в России с позиций достоверности ее регистрации. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2012; (6): 2.
- Суханова Л.П. Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013; (3): 7.
- Николаева Е.И., Фролова О.Г., Голубев В.А. Исходы прерывания беременности в 22–27 недель. *Акушерство и гинекология*. 2007; (2): 59–60.
- Байбарина Е.Н. Основные направления деятельности Минздрава России в области детского здравоохранения. *Заместитель главного врача*. 2013; (5): 11–6.
- Стародубов В.И., Суханова Л.П. *Репродуктивные проблемы демографического развития России*. М.: Менеджер здравоохранения; 2012.
- Радзинский В.Е. Нерешенные проблемы репродуктивной медицины: Актовая речь. В кн.: *Материалы научной программы 5-го общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии»*. Сочи: Status Praesens; 2012: 4–6.
- Андреев Е.М., Кваша Е.А. Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги. *Демоскоп Weekly*. 2013; (541-542): 35–40.
- Беженарь В.Ф., Иванова Л.А., Григорьев С.Г. Беременность «высокого риска» и перинатальные потери. *Акушерство и гинекология*. 2020; (3): 42–7. <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.42-47>
- Беженарь В.Ф., Иванова Л.А., Иванов Д.О. Юридические аспекты перинатальных потерь. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2021; 70(3): 143–50. <https://doi.org/10.17816/JOWD64324>
- Зелинская Д.И., Кешишян Е.С., Терлецкая Р.Н. *Сестринский уход за новорожденными в амбулаторных условиях*. М.: ГЭОТАР; 2021.
- Мирзабекова Б.Т. Потенциальные факторы риска перинатальных потерь. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2020; (1): 58–64.
- Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В., Блощинская И.А., Князева Т.П. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2020; (3): 114–9. <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2020-3-114-119>
- Иванов Д.О., Шевцова К.Г., Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д. Результаты перинатального аудита Северо-Западного федерального округа. *Казанский медицинский журнал*. 2020; 101(5): 727–33. <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-727>
- Smith L.K., Hindori-Mohangoo A.D., Delnord M., Durox M., Szamotulska K., Macfarlane A., et al. Quantifying the burden of stillbirths before 28 weeks of completed gestational age in high-income countries: a population-based study of 19 European countries. *Lancet*. 2018; 392(10158): 1639–46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31651-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31651-9)
- Zelinskaya D.I., Terletskaya R.N., Rozhkovskaya S.A. Medico-social aspects of health of children in large families. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2016; 19(6): 361–6. [https://doi.org/10.18821/1560-9561-2016-19\(6\)-361-366](https://doi.org/10.18821/1560-9561-2016-19(6)-361-366) (in Russian)
- Al'bitskiy V.Yu., Terletskaya R.N. The infant mortality in the Russian Federation in conditions of new requirements to birth registration. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016; 24(6): 340–5. <https://doi.org/10.18821/0869-866-2016-24-6-340-345> (in Russian)
- Peller S. Proper delineation of the neonatal period in perinatal mortality. *Am. J. Public Health Nations Health*. 1965; 55(7): 1005–11. <https://doi.org/10.2105/ajph.55.7.1005>
- Al'bitskiy V.Yu., Terletskaya R.N. *The Infant Mortality in the Russian Federation in Conditions of New Requirements to Birth Registration [Mladencheskaya smertnost' v Rossiyskoy Federatsii v usloviyakh novykh trebovaniy k registratsii rozhdeniya]*. Moscow: Peditr™; 2016. (in Russian)
- Ignat'eva R.K. *Perinatal Problems. Myths and Reality [Perinatal'nye problemy. Mify i real'nost']*. Moscow; 2006. (in Russian)
- Al'bitskiy V.Yu. Transition to international infant mortality registration criteria. Yes or no? *Vrach*. 1990; (2): 36–8. (in Russian)
- Terletskaya R.N., Fisenko A.P., Timofeeva A.G., Konova S.R. Causes of pediatric out-of-hospital deaths. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2020; 23(5): 304–12. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-5-304-312> (in Russian)
- Maruthappu M., Ng K.Y., Williams C., Atun R., Zeltner T. Government health care spending and child mortality. *Pediatrics*. 2015; 135(4): e887–94. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1600>
- Sukhanova L.P., Bushmeleva N.N., Sorokina Z.Kh. Infantile mortality in Russia: the issue of verified registration. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2012; (6): 2. (in Russian)
- Sukhanova L.P. Pregnancy outcomes and perinatal losses in the context of new birth criteria. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2013; (3): 7. (in Russian)
- Karlsson O., Dribe M., Subramanian S.V. Changing speed of reduction in under-5 mortality rates over the 20th century. *J. Epidemiol. Community Health*. 2021; 75(1): 36–9. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213045>
- Nikolaeva E.I., Frolova O.G., Golubev V.A. Pregnancy termination outcomes at 22–27 weeks. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2007; (2): 59–60. (in Russian)
- Baybarina E.N. The main areas of activity of the Ministry of Health of Russia in the field of children's health. *Zamestitel' glavnogo vracha*. 2013; (5): 11–6. (in Russian)
- Starodubov V.I., Sukhanova L.P. *Reproductive Problems of Demographic Development of Russia [Reproduktivnye problemy demograficheskogo razvitiya Rossii]*. Moscow: Menedzher zdravookhraneniya; 2012. (in Russian)
- Radzinskiy V.E. Unresolved Reproductive Medicine Issues: Act Speech. In: *Materials of the Scientific Program of the 5th All-Russian Seminar «Reproductive Potential of Russia: Versions and Counter-Versions» [Materialy nauchnoy programmy 5-go obshcherossiyskogo seminar «Reproduktivnyy potentsial Rossii: versii i kontrversii»]*. Sochi: Status Praesens; 2012: 4–6. (in Russian)
- Andreev E.M., Kvascha E.A. New infant mortality count: Preliminary totals. *Demoskop Weekly*. 2013; (541-542): 35–40. (in Russian)
- Masquelier D., Hug L., Sharrow D., You D., Mathers C., Gerland P., et al. Global, regional, and national mortality trends in youth aged 15-24 years between 1990 and 2019: a systematic analysis. *Lancet Glob. Health*. 2021; 9(4): e409–17. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00023-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00023-1)
- Population Reference Bureau. World Population Data Sheet; 2014. Available at: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2015/11/2014-world-population-data-sheet_eng.pdf
- Bezhenar' V.F., Ivanova L.A., Grigor'ev S.G. High-risk pregnancy and perinatal losses. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2020; (3): 42–7. <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.42-47> (in Russian)
- Bezhenar' V.F., Ivanova L.A., Ivanov D.O. Legal aspects of perinatal loss. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2021; 70(3): 143–50. <https://doi.org/10.17816/JOWD64324> (in Russian)
- Zelinskaya D.I., Keshishyan E.S., Terletskaya R.N. *Nursing Care for Newborns on an Outpatient Basis [Sestrinskiy uhod za novorozhdennymi v ambulatornykh usloviyakh]*. Moscow: GEOTAR; 2021. (in Russian)
- Mirzabekova B.T. Potential risk factors of perinatal losses. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. 2020; (1): 58–64. (in Russian)
- Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Yurasov I.V., Bloschinskaya I.A., Knyazeva T.P. Perinatal losses: problems, priorities, potentials. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2020; (3): 114–9. <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2020-3-114-119> (in Russian)
- Ivanov D.O., Shevtsova K.G., Moiseeva K.E., Kharbediya Sh.D. Results of the perinatal audit of the northwestern federal district. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2020; 101(5): 727–33. <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-727> (in Russian)

References

- Al'bitskiy V.Yu., Vaganov N.N., Rezeykin V.I. *Guidance on Methods for Studying and Analyzing Infant Mortality [Rukovodstvo po metodam izucheniya i analiza mladencheskoj smertnosti]*. Nizhniy Novgorod; 1991. (in Russian)
- Al'bitskiy V.Yu., Nikol'skaya L.A., Abrosimova M.Yu. *Fetoinfantile Losses [Fetoinfantil'nye poterj]*. Kazan'; 1997. (in Russian)
- Frolova O.G., Pugacheva T.N., Gudimova V.V., Glinyayana S.V. New methodological approaches to assessing pregnancy outcomes. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1994; 70(2): 11–3. (in Russian)
- Starodubov V.I., Suhanova L.P., Sychenkov Ju.G. Reproductive losses as medical social problem in demographic development of Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2011; 22(6). URL: <https://vestnik.mednet.ru/content/view/367/27/lang.ru/> (in Russian)
- Andreev E.M., Kvascha E.A., Khar'kova T.L. *Mortality and Life Expectancy. Population of Russia [Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni. Naselenie Rossii]*. Moscow: Universitet; 2002. (in Russian)
- WHO. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva; 2016.
- Barfield W.D. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics*. 2016; 137(5): e20160551. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0551>