

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н  
Ульянова», г. Чебоксары

**Яхьяева Амина Тагировна**-студентка медицинского факультета, Чувашский  
государственный университет имени И.Н.Ульянова

**Васильева Надежда Валентиновна**-кандидат медицинских наук, старший  
преподаватель кафедры управления и экономики здравоохранения, Чувашский  
государственный университет имени И.Н.Ульянова

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ, ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ,  
МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ И РАСЧЕТА. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА  
УРОВЕНЬ И ТЕНДЕНЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ.  
ПОНЯТИЕ «ЖИВОРОЖДЕНИЯ» И «МЕРТВОРОЖДЕНИЯ».  
СТАТИСТИКА МЕРТВОРОЖДЕННОСТИ И ЖИВОРОЖДЕННОСТИ**

**Аннотация**

В статье представлен системный анализ современного состояния перинатальной смертности с акцентом на её основные причины, методологические подходы к изучению и расчёту показателей, а также факторы, оказывающие влияние на уровень и динамику. Рассмотрены понятия «живорождение» и «мертвоорождение», уточнены критерии их регистрации в статистической практике. Приведена совокупная оценка статистики мертвоорождаемости и живорождений, обсуждены методические проблемы, связанные с полнотой и сопоставимостью данных.

**Ключевые слова:** перинатальная смертность, мертвоорождение, живорождение, показатели перинатальной статистики, причины перинатальной смертности, методика расчёта, факторы риска, акушерская помощь.

**Perinatal mortality, main causes, methods of study and calculation.  
Factors influencing the level and trends of perinatal mortality. The concept of  
"live birth" and "stillbirth". Statistics on stillbirths and live births.**

Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary  
**Yahyaeva Amina Tagirovna**-Student of the Faculty of Medicine, I.N.Ulyanov  
Chuvash State University

**Vasilyeva Nadezhda Valentinovna**-Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer  
at the Department of Healthcare Management and Economics, Chuvash State  
University named after I.N. Ulyanov

### **Annotation**

The article presents a systematic analysis of the current state of perinatal mortality with an emphasis on its main causes, methodological approaches to the study and calculation of indicators, as well as factors influencing the level and dynamics. The concepts of "live birth" and "stillbirth" are considered, and the criteria for their registration in statistical practice are clarified. A cumulative assessment of the statistics of stillbirths and live births is given, methodological problems related to the completeness and comparability of data are discussed.

**Keywords:** perinatal mortality, stillbirth, live birth, indicators of perinatal statistics, causes of perinatal mortality, calculation method, risk factors, obstetric care

**Актуальность проблемы** перинатальной смертности не утрачивает своей значимости в современном здравоохранении поскольку она выступает одним из ключевых индикаторов эффективности системы охраны материнства и детства. Высокие показатели перинатальной смертности не только отражают серьёзные проблемы в организации медицинской помощи беременным роженицам и новорождённым, но и несут в себе значительные социально-экономические последствия для общества.

**Цель исследования** заключается в анализе современного состояния проблемы перинатальной смертности с выделением основных причин,

определяющих её уровень и тенденции, а также в уточнении методологических подходов к изучению и расчёту её показателей.

**Задачи исследования** направлены на изучение распространённости и структуры перинатальной смертности в различных регионах и странах мира и на выявление ключевых факторов риска, способствующих её повышению. В задачи исследования входит анализ существующих методик регистрации живорождений и мертворождений с последующей оценкой их влияния на статистическую достоверность показателей перинатальной смертности. Ещё одной задачей является разработка рекомендаций по совершенствованию системы профилактики и снижения уровня перинатальной смертности на основе полученных данных и выявленных закономерностей.

### **Материалы и методы**

Исследование проведено в рамках аналитического обзора научной литературы посвященной проблематике перинатальной смертности. В качестве источников информации использовались публикации в рецензируемых медицинских журналах научные монографии диссертационные работы и материалы конференций. Поиск релевантных источников осуществлялся в ведущих электронных библиографических базах данных таких как PubMed Scopus Web of Science РИНЦ Elibrary.ru, в базе данных Всемирной организации здравоохранения с использованием специально разработанных поисковых запросов. Включались исследования, опубликованные за период с 2020 по 2025 годы, написанные на русском или английском языках. Предпочтение отдавалось оригинальным исследованиям метаанализам систематическим обзорам и руководствам, включающим актуальные данные о глобальных и региональных тенденциях перинатальной смертности её этиологических факторах и эффективных стратегиях профилактики и снижения. Анализ полученной информации производился методом тематического анализа с группировкой данных по основным аспектам заявленной проблемы. Особое внимание уделялось выявлению пробелов в текущих знаниях и формулированию перспективных направлений для дальнейших исследований.

## Результаты исследования

### Критерии и методика расчёта основных перинатальных показателей

Перинатальная смертность традиционно определяется как сумма мертворождений и неонатальных смертей в первые семь дней жизни на тысячу перинатальных случаев или на тысячу родившихся; при этом ключевую роль играет единообразие определения границ перинатального периода, что непосредственно влияет на величину показателя. В отечественной статистической практике границы перинатального периода, как правило, соотносятся с периодом от 22-й недели беременности до седьмых суток жизни новорождённого, однако при межрегиональном сравнении и анализе тенденций необходимо учитывать возможные отличия в применяемых порогах по срокам гестации и по минимальной массе тела при рождении. Регистрация живорождений и мертворождений основывается на клинических и документальных критериях, к числу которых относятся наличие дыхательной и сердечной деятельности, спонтанных движений или других признаков жизнедеятельности в момент рождения и фиксированные параметры веса и срока беременности. Для обеспечения качества статистики предусмотрены стандартные формы отчётности и инструкции по заполнению медицинской документации, регламентирующие порядок фиксации клинических данных и кодирования причин перинатальных исходов [1].

Расчёт отдельных показателей требует четкого определения числителя и знаменателя. Мертворождаемость обычно выражается числом мертворождений на тысячу родившихся, включая мёртвых и живых, а неонатальная смертность раннего периода, числом смертей среди живорождённых в первые семь суток на тысячу живорождённых. Неправильный выбор знаменателя или неполнота учёта отдельных групп новорождённых приводит к систематическим искажениям. В литературе обсуждаются варианты стратификации показателей по возрасту матери, срокам беременности, массе плода и социально-экономическим переменным для получения более информативных и клинически релевантных оценок. Методологические трудности включают неполноту регистрационных

данных, различия в практиках ведения документации, вариабельность в интерпретации критериев жизнеспособности и отсутствие единого подхода к кодированию сопутствующих состояний матери и плода. Для минимизации подобных проблем авторы предложений обращают внимание на необходимость унификации инструкций по регистрации, систематического обучения медицинского персонала и контроля за полнотой заполнения отчётной документации. Важным аспектом является проведение ретроспективных проверок и сверок с историей болезни и патологоанатомическими данными в спорных случаях, что способствует уточнению причин и момента наступления перинатальной гибели. При аналитической обработке данных применяются как простые индексы, так и более сложные статистические методы, включая стандартизацию показателей по возрасту матери и другим характерным признакам, анализ регрессионных зависимостей и временных рядов для выявления тенденций. Стандартизация позволяет корректировать влияние демографической структуры популяции на уровень перинатальной смертности и обеспечивает более корректные межрегиональные и межпериодные сравнения [1].

### **Основные причины перинатальной смертности**

Анализ отечественных и зарубежных публикаций позволяет выделить ряд ведущих причин перинатальной смертности, каждая из которых отражает совокупность биологических, медицинских и социальных факторов и требует дифференцированного подхода при аналитической обработке и разработке профилактических мер. Среди причин, регулярно отмечаемых в литературе и статистических отчетах, наиболее значимыми являются потенциально предотвратимые акушерские осложнения, пороки развития плода и внутриутробная гипоксия, преждевременные роды и следствия незрелости органов и систем новорождённого, и инфекционные процессы у матери и у ребёнка. Акушерские осложнения включают кровотечения, эклампсию, атонию матки, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты и осложнения при родовой деятельности, которые в значительной мере зависят от

доступности и качества дородовой и родовой помощи. Несвоевременная диагностика состояний матери, недостаточная подготовленность персонала или дефицит специализированной помощи в периоды обострения приводят к росту числа неблагоприятных перинатальных исходов. Повреждения плода при родах и задержка реплантации плаценты остаются важными источниками перинатальной гибели. Пороки развития плода занимают существенную долю в структуре перинатальной смертности, особенно в тех популяциях, где ограничен доступ к дородовому скринингу и пренатальной диагностике. Хромосомные и структурные аномалии, сочетанные с другими осложнениями беременности, часто приводят к внутриутробной смерти или к тяжёлому состоянию новорождённого, несовместимому с жизнью [2].

Преждевременные роды и связанные с ними осложнения являются одной из ведущих причин неонатальной смертности. Недостаточная функциональная зрелость лёгких, незрелость систем терморегуляции и иммунной защиты и повышенная склонность к инфекциям у недоношенных новорождённых существенно увеличивают риск неблагоприятного исхода. Инфекционные заболевания, как матери, так и новорождённых, продолжают оказывать значимое влияние на перинатальную смертность. Внутриутробные инфекции, перинатальные сепсисы и пневмонии нередко приводят к быстрой деградации состояния ребёнка при отсутствии адекватной антибиотикотерапии и специализированной неонатальной помощи. Эпидемиологическая своевременность диагностики и возможность проведения эффективного лечения играют решающую роль в снижении доли инфекционных причин. К числу сопутствующих факторов, увеличивающих риск перинатальной гибели, относятся хронические соматические заболевания матери, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания почек и системы кровообращения и состояние матери в отношении питания и вредных привычек. Социально-экономические детерминанты, включая низкий уровень образования, ограниченный доступ к дородовой помощи, неблагоприятные условия проживания и отсутствие социальной поддержки, опосредованно способствуют

ухудшению перинатальных исходов через позднее обращение за медицинской помощью и несвоевременное выявление осложнений [2].

### **Факторы риска и социальные детерминанты перинатальных исходов**

Факторы риска перинатальных исходов представляют собой совокупность биологических, поведенческих и социальных обстоятельств, способных увеличивать вероятность неблагоприятного завершения беременности или раннего неонатального периода. К числу биологических факторов относятся возраст матери на момент беременности, особенно подростковый и пожилой репродуктивный периоды, наличие хронической соматической патологии, эндокринные нарушения, инфекции половой системы и сопутствующие акушерские состояния. Для клинической практики важно учитывать сочетание факторов, поскольку их суммарное воздействие часто превышает эффект каждого отдельного риска. Генетические и наследственные особенности включены в круг рисков, в том числе наличие хромосомных аномалий в семье или выявленные мутации, повышающие вероятность пороков развития плода. Поведенческие факторы матери оказывают существенное влияние на перинатальные исходы. Курение табака, употребление алкоголя и наркотических веществ во время беременности ассоциируются с повышенным риском внутриутробной задержки роста, преждевременных родов и неонатальных осложнений. Недостаточное питание, включая дефицит ключевых микроэлементов и витаминов, снижает резервы плода и матери и повышает уязвимость к осложнениям. Ранний или поздний старт дородового наблюдения и нерегулярное посещение медицинских учреждений снижают вероятность своевременной диагностики и коррекции выявленных состояний [3].

Социальные детерминанты оказывают опосредованное, но зачастую решающее воздействие на перинатальную смертность. Низкий уровень материального обеспечения, ограниченный доступ к качественной дородовой и родовой помощи, неблагоприятные жилищно-бытовые условия и недостаточная социальная поддержка формируют контекст, в котором медицинская помощь оказывается затруднённой или запоздалой. Образовательный статус матери

коррелирует с осведомлённостью о факторах риска и с готовностью следовать рекомендациям по родовому наблюдению, что в свою очередь влияет на исходы беременности. Региональные и инфраструктурные различия в доступности специализированной помощи относятся к важным детерминантам. Отдалённость от лечебных учреждений, дефицит транспортной сети и недостаточная оснащённость родильных отделений увеличивают риск несвоевременной репозиции осложнений и перехода простых ситуаций в фатальные. Наличие централизованных систем перенаправления беременных с высоким риском и организованных современных перинатальных центров демонстрирует снижение перинатальной смертности за счёт концентрации ресурсов и опыта. Психосоциальные факторы, включая стресс, депрессивные состояния, отсутствие социальной поддержки и домашнее насилие способствуют ухудшению перинатальных исходов, влияя на поведенческие реакции матери и биологические механизмы, такие как изменение иммунного и эндокринного статуса. Важную роль играет доступность программ психосоциальной помощи и консультирования для беременных в группах повышенного риска. Организационные особенности системы здравоохранения выступают как модификаторы риска. К ним относятся стандарты оказания акушерской и неонатальной помощи, качество обучения медицинского персонала, регламенты по ведению родов и своевременной транспортировке сложных случаев. Внедрение современных протоколов, систем контроля качества и постоянного повышения квалификации персонала снижает выраженность негативного влияния прочих факторов риска [3].

### **Практика регистрации живорождений и мертворождений и проблемы сопоставимости данных**

Регистрация живорождений и мертворождений представляет собой фундаментальный элемент перинатальной статистики и основывается на ряде клинических, юридических и административных процедур, направленных на фиксацию факта рождения и установление исхода беременности. В рамках здравоохранения данная практика регулируется национальными нормативными

актами и медицинскими руководствами, однако на деле её реализация сопровождается рядом методических и организационных сложностей, влияющих на полноту и сопоставимость данных. Ключевой проблемой является неодинаковость критериев, применяемых при определении момента начала перинатального периода и минимальных порогов по срокам беременности и массе тела плода для регистрации как живорождения и мертворождения. В одних системах учёт ведётся с 22-й недели беременности и при массе тела от 500 граммов, в других с 24-й недели или при иной минимальной массе, что приводит к систематическим различиям в показателях при сопоставлении региональных и международных данных. Различия в порогах существенно осложняют анализ тенденций и оценку эффективности вмешательств. Другая значимая трудность связана с однозначностью клинической оценки признаков жизни у новорождённого в момент рождения. В отдельных случаях признаки дыхательной деятельности или сердечной работы могут быть слабо выражены и интерпретироваться по-разному разными специалистами, что ведёт к ошибкам в классификации и кодировании исхода [4].

Качество заполнения медицинской документации и форм отчётности оказывает прямое влияние на достоверность статистики. Неполнота сведений о сроке беременности, массе плода, наличии сопутствующей патологии матери и данных о пренатальной диагностике затрудняет корректное распределение случаев по категориям причинной патологии и по времени наступления гибели плода. В ряде учреждений отмечаются системные пробелы в отчётности, связанные с высокой рабочей нагрузкой, недостатком кадров и отсутствием контроля за полнотой и правильностью заполнения документов. Проблема сопоставимости данных усугубляется различиями в кодировании причин перинатальной гибели. Использование разных редакций международных классификаций и национальных вариантов кодирования ведёт к неоднородности статистических рядов и затрудняет проведение ситуационного анализа и исследований факторов риска. Важным аспектом является временное несоответствие между клинической диагностикой и регистрацией исхода в

материальной документации. Задержки в оформлении актов, ошибки при передаче данных в региональные регистры и отсутствие оперативной системы сверки с первичными источниками приводят к искажениям в ежемесячных и годовых отчетах, что особенно заметно при анализе краткосрочных тенденций. Для повышения сопоставимости и качества статистики применяются практики стандартизации регистрационных процедур, унификации форм отчётности и внедрения электронных систем учёта, обеспечивающих возможность оперативной проверки данных и их автоматизированной валидации [4].

### **Оценка качества перинатальной помощи и системы мониторинга**

Оценка качества перинатальной помощи представляет собой многогранный процесс, направленный на определение соответствия объёма и содержания медицинских вмешательств установленным стандартам и на выявление структурных и процессных недостатков, приводящих к неблагоприятным исходам. В научной и практической литературе выделяются несколько ключевых компонент оценки. Доступность услуг, соответствие клинических протоколов, квалификация и организационная готовность персонала, материально-техническое оснащение учреждений и на результативность оказанной помощи, измеряемая через показатели смертности и заболеваемости новорождённых и матерей. Доступность перинатальной помощи включает территориальную близость специализированных учреждений, наличие системы своевременного перенаправления беременных с высоким риском, финансовую и социальную доступность услуг. Ограничения в доступе усугубляют тяжесть клинической картины при прибытии пациентки и снижают шансы на проведение своевременных и адекватных мероприятий, что отражается на уровне перинатальной смертности и инвалидизации новорождённых. Соответствие практики установленным клиническим рекомендациям оценивается по соблюдению алгоритмов ведения беременности, родов и неонатальной помощи, корректности применения препаратов и процедур и по полноте документирования проведённых мероприятий. Регулярный внутренний контроль, обзоры клинических случаев и разборы неблагоприятных исходов

позволяют выявлять систематические отклонения и целенаправленно корректировать практику. Наличие локальных регламентов в сочетании с периодической актуализацией протоколов повышает единообразие действий медицинского персонала [5].

Квалификация персонала и система его профессионального развития являются одним из основных факторов качества. Непрерывное обучение, тренинги по оказанию неотложной акушерской и неонатальной помощи, отработка навыков в условиях моделируемых ситуаций способствуют снижению ошибок при ведении сложных случаев. Материально-техническое оснащение и организация рабочей среды определяют возможный объём оказываемой помощи. Наличие современного реанимационного оборудования для новорождённых, технологий поддержания дыхания, лабораторной диагностики и средств мониторинга состояния матери и плода непосредственно влияет на исходы при осложнённых родах и на выживаемость недоношенных детей. Кроме того, наличие протоколов приёма и транспортировки сложных случаев, оборудованных машин скорой помощи и специализированных перинатальных центров снижает необоснованные риски. Система мониторинга перинатальной помощи включает сбор, обработку и анализ клинической и статистической информации, позволяющую отслеживать ключевые показатели процесса и результатов. Эффективный мониторинг базируется на стандартизированных регистрационных формах, оперативной отчётности и периодических аудитах качества. Применение стратифицированного анализа по клиническим и социальным характеристикам даёт возможность выявлять уязвимые группы и оценивать эффективность целевых вмешательств. Регулярные межрегиональные и региональные сводки, сравнительный анализ показателей и тематические разборы позволяют оценивать динамику и направлять ресурсы в приоритетные области [5].

### **Сравнительный анализ международного опыта и национальных практик в учёте и снижении перинатальной смертности**

Сравнительный анализ международного опыта и национальных практик позволяет выявить ключевые подходы, доказавшие свою эффективность в снижении перинатальной смертности, а также определить ограничивающие факторы, характерные для отдельных систем охраны здоровья. В разных странах применяются сходные принципы регистрации, однако конкретные критерии начала перинатального периода, минимальные пороги по сроку беременности и массе плода различаются. В государствах с развитой системой перинатального надзора приняты единые национальные стандарты, обеспечивающие сопоставимость внутренней статистики и соответствие международным рекомендациям; при этом осуществляется регулярная ревизия критериев с учётом современных клинических возможностей. Создание специализированных центров с высоким объёмом сложных родов и концентрацией опытных команд доказало снижение перинатальной и неонатальной смертности за счёт оптимального распределения ресурсов и опыта. В то же время важным компонентом является эффективно организованная сеть первичной помощи и системы своевременного перенаправления, обеспечивающая идентификацию и доставку беременных с высоким риском в специализированные учреждения. Профилактические программы и меры общественного здоровья. На уровне населения эффективными оказались программы скрининга и дородового наблюдения, направленные на раннее выявление факторов риска. Программы адресной поддержки социально уязвимых групп, включая образовательные инициативы и социальную помощь, в странах с позитивной динамикой перинатальной статистики рассматриваются как неотъемлемая часть стратегии улучшения исходов [6].

Международный опыт подчёркивает значение непрерывного профессионального образования, внедрения стандартов ведения родов и неонатальной реанимации. Там, где практикуется систематическое обучение, моделирование экстренных ситуаций и контроль выполнения протоколов, наблюдается устойчивое снижение ошибок и улучшение клинических показателей. Особое значение придаётся междисциплинарному взаимодействию

между акушерскими, неонатальными и анестезиологическими службами. Мониторинг и оценка результатов. Широкое внедрение электронных медицинских карт и национальных регистров облегчает проведение стратифицированного анализа и оценку результативности вмешательств. Регулярные аудиты, внешние проверки и публикация отчётности повышают прозрачность и стимулируют улучшение практики. Механическое перенесение протоколов без учёта этих факторов может привести к неэффективности мер. В условиях низкого финансирования и дефицита кадров приоритетными представляются меры, ориентированные на снижение наиболее частых и предотвратимых причин перинатальной смертности, простые алгоритмы скрининга и усиление первичной помощи. Механизмы стимулирования улучшений включали создание целевых программ, обучение кадров, модернизацию перинатальных центров и развитие транспортной сети для экстренной эвакуации пациенток [6].

### **Практические рекомендации**

Необходимо обеспечить единство критериев регистрации живорождений и мертворождений на уровне системы здравоохранения, установив минимальные пороги по срокам беременности и массе плода, согласованные с современными клиническими возможностями. Это требует разработки подробных методических указаний, по клинической оценке, признаков жизни у новорождённых, стандартизации порядка документирования и выработки алгоритмов действий при спорных случаях. Переход на единые регистрационные формы и внедрение электронного учёта позволит повысить полноту и оперативность данных, упростит централизованную проверку их качества и обеспечит сопоставимость показателей на региональном и национальном уровнях. Следует усилить систему дородового наблюдения, ориентируя её на раннее выявление биологических и социальных факторов риска. Необходимы доступные скрининговые программы, своевременное лабораторное и инструментальное обследование и профилактические меры по снижению вредных поведенческих факторов и обеспечению адекватного питания и

микронутриентов. Особое значение имеет адресная поддержка социально уязвимых групп, включающая не только медицинские, но и социальные меры, направленные на устранение барьеров доступа к услугам.

Постоянное повышение уровня подготовки медицинского персонала и систематическая отработка практических навыков в ведении экстренных акушерских и неонатальных состояний остаются ключевыми факторами улучшения исходов. Требуются регулярные практико-ориентированные занятия, сценарные тренировки, разборы клинических случаев и анализ неблагоприятных исходов с целью выявления причин и разработки превентивных мер. Важным компонентом является развитие координации между акушерскими, неонатальными, анестезиологическими и патологоанатомическими службами для обеспечения скоординированного оказания помощи в сложных ситуациях. Укрепление материально-технической базы учреждений, оказывающих перинатальную помощь, должно сопровождаться обеспечением необходимого уровня оборудования для реанимации и мониторинга новорождённых, доступом к лабораторной диагностике и поддержкой специализированных перинатальных центров для приёма сложных случаев. Необходимо сформировать надёжную систему транспортировки и оперативного перенаправления беременных с высоким риском, включая разработку и внедрение регламентов эвакуации и оснащение специализированного транспорта. Совершенствование системы мониторинга и аналитики предполагает внедрение стандартизированных показателей качества и исходов, регулярный сбор и стратифицированный анализ данных с учётом клинических и социальных характеристик. Результаты аналитики должны аккумулироваться в единой системе отчётности, доступной органам управления здравоохранением, и использоваться для оперативной корректировки практики. Проведение внутренних и внешних аудитов, ретроспективных сверок с первичной документацией и публикация сводных отчётов будут способствовать повышению прозрачности и контролю за выполнением рекомендованных мер.

## **Выводы**

Проведённое исследование подтверждает, что перинатальная смертность остаётся многофакторной проблемой, требующей системного подхода для снижения её уровня и повышения качества перинатальной помощи. Анализ факторов риска выявил сочетание биологических, клинических и социальных детерминант, среди которых преждевременные роды, низкая масса плода, акушерские осложнения, недостаточная доступность дородового наблюдения и влияние социально-экономических трудностей занимают ключевые позиции. Оценка качества перинатальной помощи и существующих систем мониторинга показала, что устойчивое улучшение исходов обеспечивается при сочетании стандартизации регистрационных процедур, регулярного внутреннего контроля и наличия оперативных механизмов обратной связи между аналитическими подразделениями и клиническими службами. Недостаточная унификация критериев регистрации и фрагментарность данных снижают надёжность статистики и затрудняют цельную оценку эффективности вмешательств. Переход к единым методическим подходам и широкое внедрение электронных реестров рассматриваются как ключевые шаги к повышению полноты и достоверности информации.

Сопоставление международного опыта и национальных практик демонстрирует, что наилучшие результаты достигаются при сочетании централизации специализированной помощи для сложных случаев с развитием доступной и качественной первичной акушерско-гинекологической помощи. Важным элементом является систематическое обучение кадров и отработка действий в экстренных ситуациях, что снижает количество предотвратимых неблагоприятных исходов. При адаптации внешнего опыта требуется учитывать национальные ресурсные и организационные особенности, чтобы новые подходы были реалистичны и устойчивы в конкретном контексте. Практические рекомендации, выработанные на основе анализа, охватывают унификацию регистрации, усиление дородового наблюдения и профилактических программ, повышение квалификации персонала, укрепление материально-технической базы и совершенствование систем мониторинга и аналитики. Долгосрочная

стратегия должна опираться на стандартизованные регламенты учёта и качества, современную систему данных, целевое развитие инфраструктуры и постоянное профессиональное развитие кадров.

### Список литературы

1. Маймерова Г.Ш., Макенжан Уулу А., Джетыбаева А.Б., Жумалиева Э.К. Антенатальная гибель плода: факторы риска и анализ // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9, № 12. С. 246–250. DOI: 10.33619/2414-2948/97/32.
2. Андреев Е.М., Чурилова Е.В., Родина О.А., Чертенков К.О. Российская рождаемость в XXI веке и перспективы ее повышения // Демографическое обозрение. 2025. Т. 12, № 2. С. 87–107. DOI: 10.17323/demreview.v12i2.27495.
3. Казачков Е.Л., Казачкова Е.А., Чижовская А.В., Семенов Ю.А. Сравнительная патологоанатомическая характеристика плацент при антенатальной смерти и живорождении доношенных плодов // Мать и дитя в Кузбассе. 2024. № 2 (97). С. 4–11. DOI: 10.24412/2686-7338-2024-2-4-11.
4. Прошкин Д.Д. Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона человека // Образование и право. 2024. № 3. С. 77–80.
5. Бектурган Т.К., Айзада М.М., Чувакова Т.К., Багила К.Н., Хамидуллина З.Г., Джаксалыкова К.К., Аймагамбетова Г.Н., Елтаева А.А., Усманова У.У. Определение патоморфологических критериев живорождения // Наука и здравоохранение. 2023. Т. 25, № 2. С. 225–235. DOI: 10.34689/SH.2023.25.2.029.
6. Волков В.Г., Кастор М.В. Мертворождение и задержка роста плода // Акушерство, гинекология и репродукция. 2023. Т. 17, № 1. С. 104–114.