

УДК 616-053.31-091.818-036.2(477.54)

© Коллектив авторов, 2013.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ МОДЕЛИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Г. И. Губина-Вакулик*, И. Ю. Кузьмина, Н. М. Пасиешвили***, А. В. Андреев*, О. А. Кузьмина****

Кафедра патологической анатомии (зав. – профессор В. Д. Марковский), **кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – профессор Н. А. Щербина), Харьковский национальный медицинский университет; 61022, Украина, г. Харьков, пр. Ленина, 4; E-mail: hntu akusherstvo@ukr.net, *Харьковский областной клинический перинатальный центр (гл. врач – доцент Н. М. Пасиешвили).*

**COMPARATIVE ASSESSMENT OF MORBIDITY AND EARLY NEONATAL MORTALITY IN THE KHARKOV REGION TO PROVIDE FOR SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF A NEONATAL-CARE OPTIMIZATION MODEL
G. I. Gubina-Vakulik, I. U. Kuzmina, N. M. Pasieshvili, A. V. Andreyev, O. A. Kuzmina**

SUMMARY

The paper presents the results of an objective comparative assessment of the rates of early neonatal mortality (ENM) and the pattern of diseases that are major causes of neonatal death of the newborns of the Kharkov region. The data obtained for full-term and premature neonates make possible to reveal the basic problems and priorities of the maternal and child health care service.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ Й РАННЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ДЛЯ НАУКОВОГО ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ НЕМОВЛЯМ

Г. І. Губіна-Вакулик, І. Ю. Кузьміна, Н. М. Пасієшвілі, А. В. Андреев, О. О. Кузьміна

РЕЗЮМЕ

Представлено результати об'єктивної порівняльної оцінки показників ранньої неонатальної смертності і структури захворювань, що є основними причинами летальності у немовлят у Харківському регіоні. Отримані дані доношених і недоношених дітей дозволяють виявити основні проблеми й пріоритети служби охорони здоров'я материнства й дитинства.

Ключевые слова: ранняя неонатальная смертность, качество медицинской помощи, перинатальные центры.

Одним из наиболее информативных показателей здоровья населения, применяемых для оценки эффективности системы здравоохранения, является уровень и структура младенческой смертности [2]. О значимости неонатальных, в том числе ранних неонатальных, потерь при оценке популяционного здоровья свидетельствует тот факт, что в структуре смертности детей до 1 года жизни 60-65% случаев приходится на период новорожденности, из них 70% – на первую неделю жизни. По данным разных авторов, удельный вес перинатальной патологии в структуре причин детской инвалидности составляет 60-80% [4]. Снижение младенческой смертности и инвалидности, оценка качества и совершенствование эффективности помощи новорожденным, как на региональном, так и на государственном уровне являются чрезвычайно актуальными. Аналитическая работа по оценке показателей заболеваемости новорожденных, их динамических изменений и структуры патологических состояний, являющихся основными причинами

смерти в раннем неонатальном периоде, позволит выявить резервы оптимизации исходов, а также прогноза развития детей различного гестационного возраста и массы тела при рождении [1]. Проведение подобных объективных исследований необходимо для научно обоснованной разработки и планирования комплекса мероприятий как основы новой региональной модели совершенствования качества медицинской помощи в акушерстве и неонатологии.

В целях комплексной оценки показателей ранней неонатальной смертности (РНС) и структуры патологических состояний, приводящих к летальным исходам у новорожденных, мы провели сравнительный анализ показателей перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных, рассчитанных по данным ежегодных «Отчетов о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Главного управления охраны здоровья Харьковской областной государственной администрации за период 2008-2012 гг.

Ранняя неонатальная смертность в Харьковской области составляет 20-30% от величины перинатальной смертности. В 2012 г. отмечается существенное снижение уровня мертворожденности и РНС. Однако более 80% от числа всех ранних неонатальных потерь происходит в родовспомогательных учреждениях, что диктует необходимость идентификации структуры заболеваний как основных причин РНС совместно с материнской патологией и факторами риска [3]. Получение достоверных статистических сведений о заболеваемости и РНС должно базироваться на единых методических подходах к учету и регистрации данных, с повышением требований к качеству диагностики и оформления диагноза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Заболеваемость новорожденных представляет совокупность впервые выявленных болезней у родившегося ребенка, зарегистрированных за прошедший календарный год [5]. Особенности нашей страны с многообразием геоэкологических, экономических, культурных и прочих условий, а следовательно, качества жизни и здоровья различных групп населения влияют на состояние здоровья, структуру заболеваемости, причины и дифференциацию в показателях смертности рождающегося потомства. Очевидно, что динамика и уровень перинатальной смертности, и в том числе РНС, зависят от доступности, профессиональной эффективности и непрерывности оказания помощи беременным женщинам и новорожденным детям.

В Украине большое внимание уделяют

улучшению уровня акушерской и неонатальной медпомощи. Примером этого может быть Национальный проект «Нове життя», согласно которому в нашей стране организуется сеть перинатальных центров. За последние 2 года в Харькове открыты 2 областных перинатальных центра, оснащенные современным оборудованием и лечебно-диагностической аппаратурой, что позволило значительно улучшить качество оказания медицинской помощи.

Сама по себе величина показателя РНС, являясь интегральным коэффициентом, не позволяет получать сравнительную оценку качества помощи новорожденным с разной массой тела и гестационным возрастом, отягощенных различной перинатальной патологией. В связи с этим можно предположить, что более тщательная детализация изучаемых показателей позволит получить корректные данные, отражающие качество и доступность помощи новорожденным разного гестационного возраста, с различными заболеваниями.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В нашей работе показатели качества помощи в перинатологии основаны на оценке уровня РНС и структуры заболеваемости новорожденных. Это обусловлено не только различием в их адаптационных возможностях и факторами, приводящими к рождению в разные сроки беременности, но и разными требованиями к функциональным возможностям учреждений, оказывающих помощь в акушерстве и неонатологии при различных клинических ситуациях.

Таблица 1

Уровень перинатальной смертности в Харьковской области в период 2008-2012 гг.

	Общее количество родившихся	Отношение мальчики: девочки	Мертворожденность (%)	Ранняя неонатальная смертность (%)	Перинатальная смертность (%)
2008	27406	1,06	7,26	3,28	10,54
2009	27428	1,07	7,36	2,95	10,31
2010	26487	1,09	7,59	2,76	10,35
2011	26529	1,07	8,00	3,05	11,05
2012	27423	1,07	6,53	1,68	8,21

Соотношение полов среди родившихся соответствует нормальному, т.е. мальчики преобладают (табл. 1).

Судя по данным за последнее пятилетие, относительное количество недоношенных среди больных новорожденных детей постепенно увеличивается, составляя примерно одну пятую часть от всех больных новорожденных. Летальность среди больных недоношенных детей вы-

сока, а в 2012 г. – заметно снизилась (табл. 2). Среди основных болезней и патологических состояний, встречающихся у новорожденных с массой тела 1000 г и более обращает внимание, что относительное количество врожденных аномалий, деформаций и хромосомных повреждений, а также внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах в течение исследуемого пятилетия имеют тенденцию к повышению (табл. 3).

Таблица 2

Относительное количество недоношенных среди больных новорожденных детей и их летальность (при массе тела 1000 г и более)

Годы	Относительное количество недоношенных среди больных новорожденных детей	Летальность среди больных недоношенных новорожденных детей
2008	17,50%	4,57%
2009	18,05%	3,57%
2010	18,40%	4,31%
2011	19,12%	4,64%
2012	21,28%	1,64%

Таблица 3

Основные болезни и патологические состояния больных новорожденных с массой тела 1000 г и более (%)

Период времени (годы)	2008	2009	2010	2011	2012
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные повреждения	13,7	14,3	16,7	17,2	18,5
Замедленный рост, недостаточность питания плода	18,5	17,0	14,1	14,4	15,1
Родовая травма	16,7	15,6	15,3	15,6	14,8
Внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах	16,6	18,2	17,0	19,0	21,4
Респираторный дистресс синдром	6,6	7,0	7,3	6,8	8,4
Врожденные пневмонии	6,1	4,8	7,2	6,5	5,4
Специфичные для перинатального периода инфекции	2,0	3,3	2,8	3,1	2,6
Внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния	1,1	0,9	0,9	0,8	0,9
Гемолитическая болезнь плода	3,4	3,6	4,4	4,0	3,4
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом	8,8	9,6	10,8	8,9	9,1
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	20,4	21,9	18,4	15,3	13,0
Потенциальная угроза жизни, связанная с возможным заражением сифилисом	1,2	2,3	1,9	1,1	1,4
Потенциальная угроза жизни, связанная с возможным заражением вирусом иммунодефицита человека	1,8	2,2	2,1	1,8	1,8

Больные недоношенные новорожденные имеют высокую летальность, но в 2012 г. – этот показатель наименьший по сравнению с другими годами пятилетия.

Показатели основных болезней и патологических состояний больных новорожденных с массой тела 999 г и менее представлены в таблице 4.

Таблица 4

Основные болезни и патологические состояния больных новорожденных с массой тела 999 г и менее (%)

Осложнения новорожденных	2008	2009	2010	2011	2012
Внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах	43,8	46,6	59,2	52,9	32,2
Респираторный дистресс синдром	53,8	52,1	56,3	54,4	47,5
Внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния	25,0	24,7	21,1	11,8	22,0
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	7,5	28,8	9,9	8,8	-

Общая ранняя постнатальная летальность больных новорожденных с массой тела 999 г и менее составляет: 2008 г. – 32,5%, 2009 г. – 38,4%, 2010 г. – 36,6%, 2011 г. – 39,7%, 2012 г. – 27,1%. Очевидно, что оптимизация качества медицинской помощи ведет к снижению летальности от управляемых причин. Это позволяет выдвинуть ряд предложений для дальнейшего снижения перинатальной, в том числе ранней неонатальной, смертности, которые заключаются в необходимости:

– обеспечить доступность специализированной помощи независимо от места проживания (в городской и сельской местности) путем регионализации помощи и создания трехуровневой системы стационаров;

– расширять сеть перинатальных центров с возможностями оказания оптимальной помощи тяжело-больным и крайне незрелым недоношенным детям и концентрировать в них беременных и рожениц высокого риска;

– обеспечить максимально полное, качественное и своевременное проведение пренатального обследования беременных женщин с целью выявления врожденной и наследственной патологии плода;

– повысить качество и регулярность наблюдения беременных для своевременного направления в учреждения различного функционального уровня, соответствующего состоянию их здоровья, состоянию плода, характеру течения беременности и предполагаемым особенностям и срокам родоразрешения;

– вести реестр беременных с перинатальными потерями в анамнезе, с акушерской и экстрагенитальной патологией;

– осуществлять управление и мониторинг эффективности и своевременности госпитализации и развитием экстренной транспортной службы для беременных, рожениц и новорожденных детей;

– для гарантированного равнодоступного обеспечения квалифицированной, научно обоснованной медицинской помощью, независимо от места проживания, врачам и персоналу соблюдать разработанные стандарты и протоколы, предусматривающие необходимые мероприятия, гарантирующие оптимальное течение беременности, родов и неонатального периода при различных клинических состояниях;

– реализовать на уровне региональных учреждений разработку протоколов и клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине, возможность их использования, а также контролировать правильность оказания медицинской помощи;

– обеспечить условия для непрерывного образования и повышения квалификации кадров;

– обеспечить постоянный контроль за соблюдением современных санитарных стандартов в учреждениях акушерского и неонатального профиля;

– проводить во всех учреждениях анализ причин перинатальной смертности (включая мертворождения) отдельно для доношенных и недоношенных детей различного гестационного возраста, что позволит выявлять существующие резервы снижения перинатальных потерь.

ВЫВОДЫ

1. Модель организации качественной медицинской помощи в неонатологии должна предусматривать преемственность и четкую координацию этапов и уровней оказания помощи, ее непрерывность и равнодоступность в родовспомогательных учреждениях Харьковской области и Украины в целом. При этом, под этапом медицинской помощи понимается оказание ее по территориальному принципу расположения учреждений в городе и сельской местности. Под уровнем понимается сложность диагностических и терапевтических технологических процессов в учреждении, т. е. первичный – базовый уровень, специализированный – II уровень, высокоспециализированный – III уровень.

2. Создание модели оптимизации качества помощи будет способствовать дальнейшему снижению показателей перинатальной смертности, РНС, младенческой смертности не только в Харьковской области, а и в Украине в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатъева Р. К. Перинатальные проблемы. Мифы и реальность / Р. К. Игнатъева. – М., 2006. – 60 с.

2. Методы изучения воспроизводства здоровья населения // В. Ю. Альбицкий, А. И. Глушаков, А. Б. Галлямов, А. А. Гильманов. – Казань : Медицина, 2001. – 226 с.

3. Сорокина З. Х. Централизация помощи новорожденным: значимость и метод оценки / З. Х. Сорокина // *Вопр. практич. педиатр.* – 2008. – Т. 3, № 6. – С. 59–62.

4. Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks of gestation: a framework for clinical practice at the time of birth / A. R. Wilkinson, J. Ahluwalia, A. Cole [et al.] // *Arch. Dis. Child. – Fetal Neonatal Ed.* – 2009. – Vol. 94. – P. 2–5.

5. Random safety audits in the neonatal unit / L. Lee, S. Girish, E. van den Derg [et al.] // *Arch. Dis. Child. – Fetal. Neonatal. Ed.* – 2009. – Vol. 94. – P. 116–119.