

УДК 618.39:618.33:616-036.88

© А. А. Зиядинов, А.Н. Рыбалка, 2012.

## ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

**А. А. Зиядинов, А.Н. Рыбалка***Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав.кафедрой – проф. А. Н. Рыбалка), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### WAYS TO REDUCE MORBIDITY AND DEATH RATE AT PREMATURE BIRTH

**A. A. Ziyadinov, A.N. Rybalka**

#### SUMMARY

The basic indices of providing obstetric-gynecologic care, organizational features of obstetric-gynecologic care, and specifics of aiding premature infants have been analyzed for a five-year period. Perinatal indices of small-mass premature infants have been researched; the ways to improve them have been mapped out.

### ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І СМЕРТНОСТІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

**А. А. Зіядінов, А. М. Рибалка**

#### РЕЗЮМЕ

Проаналізовано основні показники надання акушерсько-гінекологічної допомоги за 5 років, особливості організації акушерсько-гінекологічної допомоги, особливості надання допомоги недоношеним новонародженим. Вивчені перинатальні показники недоношених новонароджених з малою масою тіла, намічені шляхи їх поліпшення.

**Ключевые слова: преждевременные роды, перинатальная заболеваемость и смертность.**

Преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства. Частота их встречаемости высока, что ухудшает перинатальные показатели. Каждую минуту в мире умирает 20 детей в возрасте до 5 лет, что соответствует более 10 млн. детей в год, из которых 4 млн. – новорожденные. Около 2/3 неонатальных смертей происходят в первую неделю жизни, 2/3 из них – в первые 24 часа жизни. Каждый год 4 млн. детей рождаются мертвыми [1, 5]. Таким образом, улучшение качества перинатальной помощи в антенатальном, интранатальном периоде и высокоспециализированная помощь в раннем неонатальном периоде позволят предотвратить развитие грозных осложнений и заболеваний у матери, плода и новорожденного, улучшить адаптационные возможности, тем самым повысить уровень благополучия и качества жизни семьи. Особенно остро эта проблема влияет на недоношенных новорожденных, нуждающихся в оказании высокоспециализированной врачебной помощи.

С первого января 2007 года в соответствии с рекомендованными ВОЗ критериями живорождения и мертворождения существовавшая в Украине система государственного статистического учёта изменена. Прерывания беременности в сроках 22-27 недель, считавшиеся абортми позднего срока, были включены в показатели перинатальной смертности в соответствии с международными стандартами и требованиями регистрации репродуктивных потерь. В результате, перинатальные показатели снизились [2, 3].

Цель исследования: проанализировать особенности оказания акушерско-гинекологической помощи, частоту преждевременных родов, как основной вклад в структуру перинатальных показателей, особенности оказания помощи недоношенным новорожденным, и наметить пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы показатели оказания акушерской помощи за 5 лет (с 2007 по 2011 год), особенности организации акушерско-гинекологической помощи беременным в городе и селе, особенности оказания помощи недоношенным новорожденным. Соответственно целям и задачам исследования были использованы следующие методы: аналитические – изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, состояние новорожденных и особенности оказания медицинской помощи на всех этапах наблюдения, и статистические.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За пятилетний период с 2007 года по 2011 год отмечена тенденция незначительного увеличения количества родов: с 21897 родов в 2007 году до 22087 родов в 2011 году. Наблюдается увеличение процента нормальных родов с 56,2% в 2007 году до 70,6% в 2011 году. Количество родов произошедших в городах и районах существенно не отличается: 11 448 родов в городах и 10 639 – в районах.

Возросла доля преждевременных родов, с 3,9 %

в 2007 году до 5,26% в 2011 году. В городах процент преждевременных родов значительно превышает показатели в районах: 6,68 % и 3,72 % соответственно. Разница объяснима и связана с принципами организации акушерско-гинекологической помощи, уровнем лечебно-профилактического учреждения, комплектацией родильных домов необходимым высокотехнологичным оборудованием для выхаживания недоношенных новорождённых и наличием подготовленного высококвалифицированного медицинского персонала (неонатологи-реанематологи, перинатологи).

По действующим приказам, при поступлении беременной женщины с угрозой преждевременных родов и неэффективностью проводимой терапии, направленной на пролонгирование беременности и/или сопутствующей тяжёлой патологии матери или плода, беременную переводят для родоразрешения в лечебные учреждения III – IV уровня, для оказания высококвалифицированной и специализированной помощи [6].

Новорождённые, родившиеся преждевременно, распределяются по сроку гестации и массе при рождении. Однако масса тела не отражает влияние задержки внутриутробного развития, а гестационный возраст является наиболее важным фактором, который определяет выживаемость и отдалённые последствия. По массе тела при рождении можно приблизительно определить гестационный возраст новорождённого следующим образом: 500 гр. = 22 нед., 600 гр. = 24 нед., 750 гр. = 25 нед., 850 гр. = 26 нед., 1000 гр. = 27 нед. Выживаемость и качество жизни глубоко недоношенных детей зависит от их гестационного возраста и фетометрических параметров. Возрастом, пограничным для выживания, считаются 24 недели гестации, ниже его шансы выживания очень малы. Степень развития и полноценность функционирования органов и систем плода зависят от состояния здоровья беременной и особенностей течения гестационного процесса в условиях влияния неблагоприятных факторов [7].

За 2011 год из числа недоношенных новорождённых родились с массой от 500 до 999 гр. – 6% (70), от 1000 до 1499 гр. – 10,6% (123), 1500-1999 гр. – 23,1% (268) и 2000-2499 гр. – 60,3% (701). Большинство преждевременных родов с массой тела плода при рождении от 500 до 999 гр. произошло в городе Симферополе (87,1%). Такая же тенденция наблюдается у новорождённых с массой тела 1000-1499 гр. – 68,3%, с массой 1500-1999 гр. – 47% и массой 2000-2499 гр. – 32,4%. Прогноз для новорождённых с массой тела при рождении от 1500 до 2499 гр. является более благоприятным в связи с меньшей необходимостью в специализированных палатах интенсивной терапии и реанимации.

Преждевременные роды с экстремально-низкой массой тела (до 1000 гр.) и очень низкой массой тела

(менее 1500 гр.) требуют особого внимания и высокого качества медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН) III уровня. Выхаживание таких новорождённых – очень тяжёлая задача для медицинского персонала. Являясь физиологически незрелыми, такие новорождённые повышено чувствительны к изменениям респираторной поддержки, артериального давления, проводимой терапии, питания и буквально каждого аспекта наблюдения [7]. Оказание помощи таким детям основывается на использовании протоколов оказания медицинской помощи недоношенным с экстремально-низкой и очень низкой массой тела, что является возможным в ОРИТН III уровня. Но, несмотря на все усилия, выживаемость детей до 1000 гр. составляет 38,6%.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ с 1963 г. в статистику здоровья населения введён термин «перинатальный период». Он включает в себя три периода: антенатальный (с 22-й нед. беременности до родов); интранатальный (период родов); постнатальный (первые 168 часов жизни ребёнка). Перинатальные показатели являются самыми важными показателями акушерско-гинекологической помощи, отражающими её качество. В 2011 г. произошло 145 родов с антенатальной гибелью плода, 28 родов с интранатальной гибелью плода, 98 новорожденных умерло постнатально (в первые 168 часов). Коэффициент перинатальной смертности составил 10,31‰, коэффициент мертворождаемости – 7,34‰. Общая структура перинатальной смертности в 2011 году такова: антенатальная смертность – 54,34 %, интранатальная – 10,19 %, постнатальная – 35,47 %. По сравнению с 2007 годом, коэффициент перинатальной смертности (15,64 ‰) уменьшился на 52 %, а коэффициент мертворождаемости (9,28 ‰) уменьшился на 26%. Приведённые данные свидетельствуют об улучшении качества оказания акушерско-гинекологической помощи.

В городах показатель антенатальной смертности ниже, чем в районах на 21,4% (50,91 % и 72,29 %, соответственно). Показатель интранатальной смертности также ниже в городах – 9,70%, чем в районах – 13,25%. Эта тенденция отражает более высокое качество медицинской помощи в городах.

Показатель постнатальной смертности гораздо выше в городах по сравнению с районами – 39,39% и 14,46%, соответственно, так как основной составляющей показателя являются недоношенные новорождённые. Основную массу постнатальных потерь в структуре перинатальной смертности составляют недоношенные новорождённые. Умершие новорождённые с массой тела до 500 гр. составляют 6,5% (5), от 500 до 999 гр. – 40,3% (31), 1000-1499 гр. – 14,3% (11), 1500-1999 гр. – 13% (10), 2000-2499 гр. – 10,4% (8); доношенные новорождённые составили 15,5% (12). Таким образом, более 60% случаев постнаталь-

ной смертности приходится на новорождённых с малой массой тела при рождении. Отмечается тен-

денция снижения перинатальных показателей смертности с увеличением массы тела при рождении.



Рис 1. Структура перинатальной смертности среди доношенных и недоношенных за 2011 год.

Перинатальные показатели существенно различались среди доношенных и недоношенных новорождённых (Рис. 1). Закономерно наблюдается среди доношенных новорождённых более высокий уровень мертворождения, и более низкий уровень постнатальных потерь, что связано со снижением компенсаторно-приспособительных процессов и мор-

фофункциональной незрелостью недоношенных. Среди доношенных новорождённых нет существенных отличий по показателям антенатальной, интранатальной, постнатальной смертности в городах и районах (Рис 2).

Среди недоношенных новорождённых эти показатели отличаются существенно (Рис 3).

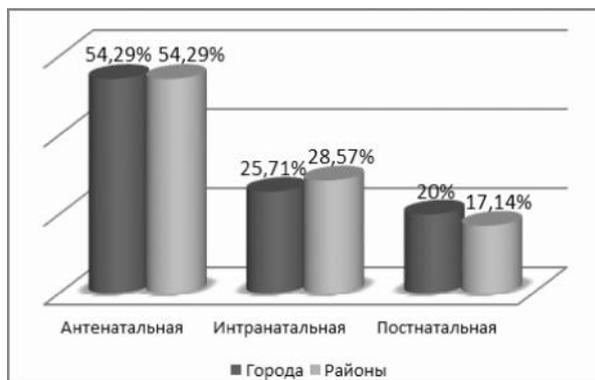


Рис 2. Структура перинатальной смертности среди доношенных новорождённых.

За 2011 год в неонатальном периоде умерло 110 новорождённых. Из них, в ранний неонатальный период (от рождения до 6 полных суток) умерло 89,1% (98), причём самая высокая смертность встречается среди недоношенных новорождённых с массой тела менее 999 грамм. В позднем неонатальном периоде (от 7 до 28 суток) умерло 10,9% (12), из которых 91,7% (11) составили доношенные новорождённые. Основными причинами смерти в неонатальном периоде явились респираторный дистресс-синдром, внутрижелудочковые кровоизлияния нетравматического генеза, внутриутробные инфекции, врождённые пороки развития.

Аntenатальные показатели смертности выше среди недоношенных 71,04% (103) с массой тела ме-



Рис 3. Структура перинатальной смертности среди недоношенных новорождённых.

нее 2500 грамм. Основными причинами антенатальной гибели плода явились осложнённые течения беременности (ранний и поздний гестоз, угрожающее прерывание беременности). В 70,5% случаев беременность протекала с явлениями хронической фетоплацентарной недостаточности, что подтверждалось данными гистологического исследования плаценты (дистрофические нарушения, отложения фибриноида, гипоплазия развития плаценты). 65% случаев обследуемых женщин во время данной беременности перенесли различные воспалительные заболевания, что часто осложнялось развитием хориоамнионита (очагового, гнойного), что в свою очередь приводило к развитию или ухудшало течение хронической плацентарной недостаточности, а так-

же приводило к внутриутробному инфицированию плода. Внутриутробная инфекция стала так же одной из основных причин гибели плода. Патологические процессы в плаценте приводили к внутриутробной гипоксии, что и явилось основной причиной антенатальной гибели.

Интранатальные показатели смертности были выше среди доношенных новорождённых (64,3%) с массой тела от 2500 грамм. Причинами интранатальной гибели плода со стороны матери послужили патология плаценты (отслойка, предлежание), пуповины (истинный узел), слабость родовой деятельности, аномалии положения и предлежания плода, а ведущими причинами смерти со стороны ребёнка – гипоксия и асфиксия в родах.

#### ВЫВОДЫ

1. Недоношенные новорождённые требуют особого внимания в связи с высоким риском перинатальных потерь, особенно новорождённые с экстремально-низкой массой и очень низкой массой тела. Эти группы новорождённых должны находиться под пристальным контролем высокоспециализированного медицинского персонала.

2. Несмотря на улучшение перинатальных показателей и внедрение новых методик выхаживания новорождённых с экстремально-низкой массой тела, лишь одна треть из них переводится на второй этап выхаживания.

3. Необходимо создание перинатального центра с возможностями оказания всего комплекса медицинской помощи недоношенным новорождённым с малым гестационным сроком (включая проведение хирургических манипуляций для лечения ретинопатии и др.). Большинство недоношенных новорождённых с малой массой тела имеют отдалённые последствия в виде сенсорно-неврологических расстройств, нарушений развития и познавательных функций ребёнка [4, 7]. Поэтому необходима организация республиканского центра реабилитации для недоношенных новорождённых, в котором после выписки из перинатального центра должны проходить диспансерное и стационарное наблюдение и лечение недоношенные новорождённые, а их семьи должны иметь

возможность в получении любой консультационной помощи.

4. Улучшение перинатальных и неонатальных показателей приведёт к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности новорождённых; уменьшению тяжёлых последствий выхаживания недоношенных новорождённых с малой массой тела; улучшению качества жизни, как новорождённых, так и их семей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зависимость течения беременности, родов и состояния новорождённых, нуждающихся в интенсивной терапии / А. М. Громова, Т. Ю. Ляховская, Е. А. Тарановская [и др.] // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т.2, №1 (4) – С. 51-55.

2. Знаменская Т. К. Основные проблемы и направления развития неонатологии на современном этапе развития медицинской помощи в Украине / Т. К. Знаменская // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т.1, №1 – С. 5-9.

3. Первые итоги изменений в национальной перинатальной статистике / О. В. Грищенко, О. Б. Демченко, С. М. Коровой [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т.14, №3, ч.1(55) – С. 63-65.

4. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. - 2007. – №5. – С. 24-27.

5. Шунько Є. Є. Організація медичної допомоги новонародженим – проблеми та перспективи / Є. Шунько // Жіночий лікар. – 2007. – № 6. – С. 9-10.

6. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 року № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», м. Київ.

7. Посібник з неонатології: пер. з англ./ Джон П. Клоерті, Ерік К. Ейхенвальд, Енн Р. Старк. – [6 вид.] : Фонд допомоги і розвитку дітям Чорнобиля; Вид-во «Фенікс», 2010. – 856 с.