

УДК 618.39 – 311.

© Коллектив авторов, 2011.

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ИЗМЕНЕНИЙ В НАЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СТАТИСТИКЕ

О. В. Грищенко, О. Б. Демченко, С. М. Коровай, И. Г. Полегаева, Т. А. Вервейко, В. В. Бобрицкая, Е. М. Зиневич

Кафедра перинатологии и гинекологии (зав. кафедрой – проф. О. В. Грищенко), Харьковская медицинская академия последипломного образования; Харьковский городской клинический родильный дом с неонатологическим стационаром (гл. врач – С. М. Коровай).

THE FIRST RESULTS OF CHANGES IN THE NATIONAL PERINATAL STATISTICS

O. V. Grischenko, O. B. Demchenko, S. M. Korowai, I. G. Polegaeva, T. A. Vervevko, V. V. Bobritskaya, E. M. Zinevich

SUMMARY

Analyzed the key performance indicators urban clinical maternity hospital with a neonatal during the decade from 2001. The peculiarity of the dynamics of these indicators in terms of changes system of state statistics of perinatal losses in 2007. The factors influencing a favorable or unfavorable outcome of preterm birth according to gestational age. Denotes the tactics of pregnancy in a group of up to 24 weeks with preterm rupture of membranes. Concluded that the prolongation of pregnancy to 24 weeks with premature rupture of membranes inappropriate and carries a high risk of perinatal mortality, disability children and septic complications in the mother.

ПЕРШІ ПІДСУМКИ ЗМІН У НАЦІОНАЛЬНІЙ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ СТАТИСТИЦІ

О. В. Грищенко, О. Б. Демченко, С. М. Коровай, И. Г. Полегаева, Т. А. Вервейко, В. В. Бобрицкая, Е. М. Зиневич

РЕЗЮМЕ

Проаналізовано основні показники роботи Харківського міського клінічного пологового будинку із неонатологічним стаціонаром за десятирічний період з 2001 року. Відмічена особливість динаміки цих показників в умовах змін системи державного статистичного обліку перинатальних втрат у 2007 році. Виділені фактори, що впливають на сприятливий або несприятливий наслідок передчасних пологів залежно від гестаційного строку. Визначена тактика ведення вагітності у групі до 24 тижнів з передчасним розривом плідних оболонок. Був зроблений висновок, що пролонгування вагітності до 24 тижнів з передчасним розривом плідних оболонок недоцільно та чревате високим ризиком перинатальної смертності, інвалідації дітей та септичними ускладненнями у матері.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, осложнения, перинатальные показатели, анализ.

С первого января 2007 года существовавшая в Украине система государственного статистического учета была изменена в соответствии с рекомендованными ВОЗ критериями живорождения и мертворождения. Потери беременности в сроках 22-27 недель, считавшиеся абортми позднего срока, стали включаться в показатели перинатальной смертности по международным стандартам и требованиям к регистрации репродуктивных потерь. Специалистами родовспомогательной службы высказывались опасения, что расширение границ гестационных сроков учета перинатальных потерь приведет к резкому ухудшению этих показателей.

В настоящее время известно, что выживаемость и качество жизни глубоко недоношенных детей зависит от их гестационного возраста и фетометрических параметров. При этом степень развития и полноценность функционирования органов и сис-

тем плода зависят от состояния здоровья беременной, особенностей течения гестационного процесса в условиях влияния неблагоприятных факторов. Кроме этого, имеют значение оснащение высокотехнологическим оборудованием современных специализированных центров по оказанию медицинской помощи пациенткам с невынашиванием беременности. Немаловажным является наличие подготовленных высококвалифицированных кадров акушеров-гинекологов, перинатологов и неонатологов-реаниматологов [1].

При этом на всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи беременным важен единый системный подход, регламентированный соответствующими документами.

Данные литературы свидетельствуют о том, что за последние десятилетия смертность детей массой от 1000 г до 1500 г снизилась с 50% до 5%, а смерт-

ность детей от 500 г до 1000 г уменьшилась с 90% до 20% [2].

О неблагоприятном прогнозе для детей с экстремально низкой массой тела свидетельствуют наблюдения специалистов ряда высокоразвитых стран Европы, Америки. Дети, рожденные на пороге выживаемости (25 недель и менее) рискуют не только не выжить, но и иметь высочайший риск развития в будущем таких тяжелых неврологических нарушений, как детский церебральный паралич, глухоту, ретинопатию и т.д. В 2002 году от Американского общества акушеров-гинекологов был выдвинут тезис о том, что лечение детей с экстремально низкой массой тела чревато появлением в период полового созревания неожиданного эффекта этого лечения в виде нарушений неврологического развития и познавательных функций ребенка [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналізу подверглись архивные материалы отчетов работы акушерских отделений Харьковского городского клинического родильного дома с неонатологическим стационаром (ХГКРД с НС) в период с 2001 года по 2010 год. Анализ основных акушерских показателей ХГКРД с НС (по выполняемым функциям – перинатальный центр) за период 2001-2010 гг. дает первые представления об особенностях работы в новых условиях, позволяет наметить пути решения проблем оказания помощи беременным с невынашиванием и недоношенным детям.

В 2004 году родильный дом получил статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» и подтверждает его в соответствии с государственной программой и Законом Украины «Про охрану детства», а также глобальной стратегии ВООЗ/ЮНИСЕФ по вопросам вскармливания новорожденных и детей раннего возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 10 лет с 2001 года по 2010 год в клинике ежегодно постоянно увеличилось количество проведенных родов с 1887 до 4114 родов, при этом произошло и увеличение доли преждевременных родов в 2 раза (с 4,5% в 2001 году до 8,2% в 2010 году). Намечилась четкая тенденция к увеличению процента нормальных родов – с 18,3% в 2001 году до 55,4% в 2010 году и процента совместного пребывания новорожденного за тот же период на 22,4% (с 68,0% до 90,4%). Процент кесаревых сечений с 2001 года колебался от 25,0% до 29,0%, при преждевременных родах составил от 35,0% до 44,1%.

При сравнении показателей перинатальной смертности ХГКРД с НС за 2001 год и за 2007 год, когда был осуществлен переход на статистический учет преждевременных родов с 22 недель, этот показатель действительно возрос в 3 раза, в основном за счет мертворождений и составил 12,7% по сравнению с 4,2%. В 2010 году показатель перинатальной смертности снизился до уровня 9,8%. Из всех случаев перинатальной смертности на долю недоношенных новорожденных пришлось 80,0% (табл. 1).

Таблица 1

Исход преждевременных родов в сроке 22-27 недель за 2010 год в ХГКРД с НС

	Всего родилось детей	Мертворождение	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Выжившие
22-27 недель	40	17	5	2	16
22-24 недели	12	12	–	–	–
25-27 недель	28	5	5	2	16

Показатель мертворождения и ранней неонатальной смертности определили случаи рождения плодов в основном в сроках 22-27 недель. Ведущей причиной мертворождения в группе новорожденных с экстремально низкой массой тела явилась антенатальная асфиксия. Причинами ранней неонатальной смертности в трети случаев, в равной степени, были внутрижелудочковые кровоизлияния, врожденные пороки развития, внутриутробная инфекция.

Анализируя исход преждевременных родов в группе с гестационным возрастом 22-27 недель, мы видим, что неблагоприятные исходы были в сроках 22-24 недели. Из всех 40 недоношенных детей (четве-

ро из двоен, два ребенка из троен) выжившими оказались 16 (40,0%) новорожденных с гестационным сроком 25-27 недель.

Исходя из наших данных, мы предположили, что пролонгирование беременности до 24 недель при преждевременном разрыве плодных оболочек целесообразно и чревато высоким риском перинатальной смертности, инвалидизации детей и септических осложнениями у матери. Тактика ведения должна быть выжидательной с УЗ контролем объема околоплодных вод, проведением мониторинга состояния беременной для выявления ранних признаков инфицирования. При длительном безводном промежутке следует учитывать высокий риск развития у

плодов внутриутробных инфекционных осложнений (пневмоний и менингоэнцефалитов).

За период с 2007 года увеличилось количество новорожденных с экстремальной массой тела с 26 до 46 детей. Отмечен рост числа детей в весовой категории 1500 г с 239 до 258 новорожденных, с массой 2000 г с 292 до 352 новорожденных. Следует отметить, что 55,0% преждевременных родов произошли в первые сутки поступления больных в акушерский стационар, что не обеспечило эффективность проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств (СДР).

Положительным является увеличение процента преждевременных родов в группе с весовой категорией 1000-1499 г и 2000-2499 г, что определило более благоприятный прогноз для новорожденных, в сравнении с детьми, рожденными с меньшей массой и в более ранних гестационных сроках. Вероятно, задача оказания медицинской помощи данной категории больных состоит в том, чтобы у больных с угрожающими преждевременными родами в сроке гестации 28-34 недели, а это 60,0% всех преждевременных родов, пролонгировать беременность до срока 34-36 недель.

Родители должны быть осведомлены о том, что дети, родившиеся до 24 недель включительно, вряд ли выживут, а те, что выживут, вряд ли будут здоровыми (Проект USAID «Улучшение помощи мамам и малышам» Профилактика и ведение преждевременных родов, 2010 год).

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, итоги изменения тактики ведения больных с недонашиванием беременности в нашей клинике имели положительные тенденции снижения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных и этому способствовали следующие факторы:

- создание родовспомогательного учреждения с функциями перинатального центра, концентрация профильных больных с невынашиванием, совершенствование качества оказания акушерской и перинатальной помощи;

- выявление женщин высокого перинатального риска, прегравидарная подготовка супружеских пар; современная пренатальная диагностика с применением компьютерных программ, ультразвуковой диагностики, биохимического скрининга беременных;

- выявление и лечение акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний у беременных в соответствии с протоколами МЗ Украины при использовании лабораторного высокотехнологического оборудования (иммуноанализатора Cobas e-411);

- индивидуальный подход к ведению беременных с привычным невынашиванием беременности и после применения вспомогательных репродуктивных технологий;

- комплексный подход к диагностике угрожающего прерывания беременности во всех сроках гестационного периода с учетом выводов и рекоменда-

ций в рамках доказательной медицины и приказа №624 МЗ Украины;

- мониторинг течения гестации, состояния родовых путей, раннее определение маркеров преждевременного прерывания беременности и использование тестов развития и состояния внутриутробного плода;

- антенатальная профилактика СДР глюкокортикоидами;

- рациональная антибактериальная терапия при преждевременном излитии околоплодных вод или выявлении инфекционной причины хронического прерывания беременности, бессимптомной бактериурии, бактериального вагиноза;

- медикаментозная терапия эффективными современными токолитиками (Трактоцил, бета-миметики, Нифедипин);

- своевременное выявление и хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности с применением мерсилоновой ленты;

- проведение кесарева сечения при преждевременных родах с методикой извлечения плода на целом плодном пузыре (что снизило число недоношенных новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями III и IV ст.);

- раннее постнатальное использование (в родильном зале, операционной) эффективных препаратов сурфактанта;

- протезирование дыхания у новорожденных современным оборудованием с минимизацией побочных эффектов и риском развития бронхолегочной дисплазии;

- оптимальный профессиональный перинатальный уход;

- использование принципов новых перинатальных технологий (партнерские роды, тепловая цепочка, раннее, преимущественно, грудное вскармливание, демедикализация акушерской и неонатальной помощи);

- расширение возможностей оказания новорожденным хирургической помощи в неонатологическом стационаре (лазерная коррекция ретинопатии, хирургическое лечение патологии фетальных коммуникаций).

2. Важным в профилактике преждевременных родов является улучшение качества жизни, питание, улучшение условий труда беременных женщин, проведение образовательных программ для женщин репродуктивного возраста и ее семьи, отказ от курения, пропаганда здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ди Ренцо К. Д. Преждевременные роды / К. Д. Ди Ренцо // *Жіночий лікар*. – 2006. – № 6 – С. 5–7.

2. National Vital Statistics Report / J. A. Martin, B. E. Hamilton, S. J. Ventura [et al.] // *National Center for Health Statistics*. – 2001. – Vol. 51 (2).

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