

К вопросу о переходе на международные критерии регистрации рождения детей в субъектах Российской Федерации на примере Омской области

¹ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России;

²МУЗ клинический родильный дом № 1, Омск

Проведена оценка исходов родов плодами с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) по результатам анализа данных официальной статистики о рождении плодов с ЭНМТ в Омской области. Доля беременностей, прерываемых в сроки 22—27 нед, в общем числе всех родов в последние годы колеблется незначительно. Структура причин смерти плодов с ЭНМТ за последнее десятилетие изменилась. Выявлено снижение смертности среди детей массой тела 750—999 г. Одной из главных задач родовспомогательных учреждений в ближайшее время прогнозируется снижение показателя перинатальной смертности. Необходима дальнейшая разработка и внедрение в практику современных методов диагностики и лечения, совершенствования технологий ведения беременности и родоразрешения у женщин при преждевременных родах, в том числе плодами с ЭНМТ.

Ключевые слова: экстремально низкая масса тела, перинатальная смертность

ON THE ISSUE OF ADOPTION OF INTERNATIONAL CRITERIA OF REGISTRATION OF BIRTH OF CHILDREN IN THE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION EXEMPLIFIED BY OMSK OBLAST

E.N. Kravtchenko, S.S. Sinitsina, A.V. Mishutina

The Omsk state medical academy of Minzdrav of Russia, Omsk

The clinical maternity home № 1, Omsk

The article deals with the evaluation of outcomes of delivery of fetuses with extremely low body mass according the official statistics data of Omsk oblast. The portion of pregnancies aborted at the period of 22–27 weeks in total number of all deliveries fluctuated insignificantly during last years. The structure of causes of death of fetuses with extremely low body mass changed during the last decade. The increase of mortality of children with body mass of 750–999 g. Nowadays, one of the priority task of obstetrics institutions will be progressing decrease of perinatal mortality indicator. The further development and implementation of modern methods of diagnostics and treatment and enhancement of techniques of pregnancy management and labor in women under premature delivery, the cases of fetus extremely low body mass included.

Key words: extremely low body mass, perinatal mortality

В августе 2008 г. Минздравсоцразвития России издал приказ № 443 “О плане мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития РФ на 2008–2012 годы по переходу субъектов РФ на современные технологии выхаживания детей, родившихся в сроки беременности 22 недели и более или с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения”.

В настоящее время Минздравсоцразвития России утверждены порядки оказания акушерско-гинекологической (приказ № 880н от 02.10.09) и неонатальной медицинской помощи (приказ № 409н от 01.06.10), проводится работа по актуализации существующих стандартов оказания помощи новорожденным, включая детей с ЭНМТ. Одновременно осуществляется модернизация материально-технической базы учреждений, оказывающих помощь при родоразрешении и выхаживании глубоконезрелых новорожденных, переоснащение отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных современным оборудованием, в том числе для длительного выхаживания детей с ЭНМТ [1, 2].

Целью исследования явилась оценка исходов родов с ЭНМТ по результатам статистических форм.

Нами проведен анализ исходов родов и причин репродуктивных потерь в сроки 22—27 нед за 15 лет (1995—2009) в Омском регионе по данным официальной статистики. Согласно приказу МЗ РФ № 318 и письма МЗ РФ № 2510 от 01.07.02 “О некоторых вопросах статистического учета в службе родовспоможения”, женщины с прерыванием беременности в сроки 22—27 нед поступали только в акушерские стационары.

Удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе родившихся живыми и умершими в возрасте до 168 ч, а также родившихся мертвыми в общем числе мертворождений представлен в табл. 1. Приведенные данные свидетельствуют о том, что сколько-нибудь выраженных изменений в доле от общего числа не наблюдалось. Так, удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе составил 0,31% в 1995 г. и 0,3% в 2009 г.; в то же время в отдельные годы (2007, 2008) доля потерь плодов в сроки 22—27 нед гестации повышалась до 0,4—0,5%. Распределение плодов с ЭНМТ, родившихся живыми, но умерших в возрасте до 168 ч, а также родившихся мертвыми в общем числе мертворождений за анализируемый период менялось с незначительными колебаниями. В целом отмечались колебания доли родившихся живыми детей массой тела 500—999 г от 35,1% в 1995 г. до 45,5% в 2006 г., в дальней-

Удельный вес плодов с ЭНМТ в общем количестве родившихся живыми, умершими в возрасте до 168 ч и родившихся мертвыми в Омской области

Показатель	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе родившихся, %	0,3	0,3	0,31	0,34	0,4	0,3	0,3	0,33	0,3	0,26	0,26	0,26	0,28	0,5	0,4
Удельный вес плодов с ЭНМТ, умерших в возрасте до 168 ч	26,1	27,1	25,3	33,5	32,8	25,1	25,3	34,3	34,7	29,6	34,9	34,1	25,4	27,8	26,4
Удельный вес мертворожденных плодов с ЭНМТ в общем числе мертворожденных, %	37,9	38,9	36,0	53,2	44,5	45,1	36,4	48,3	46,2	49,4	40,8	36,7	52,9	43,2	40,1

шем произошло снижение количества живорожденных до 27,1% в 2009 г.

В табл. 2 представлены сведения о распределении родившихся с ЭНМТ в акушерских стационарах Омска за 1995—2009 гг. по критериям живо- и мертворождения. Оценивая число родившихся с ЭНМТ в 1995—2009 гг., можно отметить, что среди них явно преобладают родившиеся мертвыми, на долю которых приходится до 2/3 от общего числа рождений при сроке беременности 22—27 нед (исключение составляют 1999 г. — 58,6% и 2006 г. — 54,5%). Однако в последние 2 года анализируемого периода доля мертворождений превысила 72%. Подобное соотношение родившихся живыми и мертвыми массой тела 500—999 г, безусловно, является отрицательным обстоятельством и в то же время связано с наличием экстрагенитальной патологии и развившихся осложнений гестации у женщин.

Нами оценены также соотношения выживших плодов с ЭНМТ как в общем числе родившихся, так и в общем числе родившихся живыми. Так, доля выживших в общем числе родившихся живыми существенно возросла с 15,7—15,1% в 1995—1996 гг. до 46,8—49,2% в 2008—2009 гг., что является положительным фактом и объясняется внедрением высокотехнологичной помощи глубоко недоношенным детям.

Известно, что выживаемость детей с ЭНМТ определяется в большей степени гестационным возрастом, а не массой тела при рождении [1, 2, 4, 6, 7]. За анализируемый период выживаемость плодов с ЭНМТ составляла 14,3—49,2% от числа родившихся живыми. При сроке беременности 22—23 нед все плоды были мертворожденными. При сроке гестации 24—25 нед плоды, как правило, рождались живыми, но умирали в ранний неонатальный период (в первые 168 ч жизни). Наибольшее число выживших было в основном зарегистрировано при сроке гестации 26—27 нед, при этом их масса тела составляла 750—999 г. Специализированную помощь по недонашиванию беременности в Омске с 2000 до 2007 г. оказывал клинический родильный дом № 4, с 2008 г. данную специализацию осуществляет клинический родильный дом № 1 в связи с вводом нового здания в работу акушерской службы. С этого времени в акушерскую службу активно внедрялись современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей, что способствовало повышению выживаемости плодов с ЭНМТ. На уровне области специализированную помощь при преждевременных родах осуществляет областная перинатальный центр.

Аntenатальные потери плодов с ЭНМТ свидетельствуют о недостаточной прегравидарной подготовке,

Таблица 2

Распределение родившихся с ЭНМТ в акушерских стационарах Омска за 1995—2009 гг. по критериям живо- и мертворождения

Год	Общее число родившихся с ЭНМТ	Число выживших	Доля выживших от числа всех родившихся, %	Доля выживших от числа родившихся живыми, %	Число родившихся живыми	Доля родившихся живыми от общего числа родившихся, %	Число родившихся мертвыми	Доля родившихся мертвыми от общего числа родившихся, %
1995	199	11	5,5	15,7	70	35,1	129	64,9
1996	184	10	5,4	15,1	66	35,9	118	64,1
1997	162	9	5,5	14,3	63	38,9	99	61,1
1998	254	15	5,9	18,7	80	31,5	174	68,5
1999	181	11	6,1	14,7	75	41,4	106	58,6
2000	152	9	5,9	16,1	56	36,8	96	63,2
2001	143	9	6,3	15,8	57	39,9	86	60,1
2002	212	18	8,5	26,5	68	32,1	144	67,9
2003	202	17	8,4	24,6	69	34,2	133	65,8
2004	193	15	7,8	26,3	57	29,5	136	63,2
2005	161	16	9,9	28,5	56	34,8	105	65,2
2006	132	17	12,8	28,3	60	45,5	72	54,5
2007	134	19	14,2	35,8	53	39,6	81	60,4
2008	222	29	13,1	46,8	62	27,9	160	72,1
2009	225	30	13,3	49,2	61	27,1	164	72,9

низком качестве наблюдения за беременной и пренатального обследования плода. Некоторое число беременных вообще не наблюдаются в амбулаторном звене акушерской службы [3]. Существенное влияние на частоту преждевременных родов и перинатальную смертность среди недоношенных оказывает социальный статус беременной и роженицы, а также наличие или отсутствие дородового наблюдения в женской консультации. Доля женщин, не охваченных диспансерным наблюдением во время беременности, снизилась за анализируемый период с 24,7 до 8%.

Основными заболеваниями и причинами смерти плодов, рожденных живыми, в 1995 г. были состояния, возникающие в перинатальном периоде, в том числе респираторные расстройства (71,2%), внутриматочная гипоксия и асфиксия (24,2%), внутричерепная травма (3%), инфекции, специфичные для перинатального периода (1,6%). Причинами заболеваний и смерти глубоко недоношенных, рожденных живыми, в 2009 г. являлись респираторные расстройства (43%), инфекции, специфичные для перинатального периода (38,2%), внутриматочная гипоксия и асфиксия (18,8%). Таким образом, за последнее десятилетие изменилась структура причин заболеваемости и смертности плодов с ЭНМТ: увеличилась доля умерших от инфекций, специфичных для перинатального периода, снизилась доля респираторных расстройств.

Стоимость выхаживания детей с ЭНМТ при рождении слишком высока. Нами подсчитана стоимость пребывания новорожденного массой тела 500—999 г в акушерском стационаре (на I этапе выхаживания) в течение 168 ч (7 сут), составившая 51 тыс. рублей (учтена фактически лишь стоимость медикаментов и одноразового инвентаря). В дальнейшем новорожденный переводится на II этап выхаживания в педиатрический стационар, где находится в течение 3—4 мес. Пребывание младенца с ЭНМТ в педиатрическом стационаре обходится еще в 400—450 тыс. рублей. По данным зарубежных авторов, стоимость выхаживания ребенка массой тела 749 г составляет 273 900 долл. США, массой 750—999 г — 138 800 долл. США. Средняя стоимость выхаживания ребенка массой 500 г — более 150 000 долл. США, при этом выживают только 44% младенцев. Данные о немедицинской стоимости содержания таких детей для семьи и общества отсутствуют [5].

В Омском регионе существует четкий учет и регистрация рождения плодов с ЭНМТ. В стационарах, специализированных для преждевременных родов, за анализируемый период показатель перинатальной смертности (ПС) снизился с 24,3 на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 5,7 в 2010 г., что достигнуто за счет уменьшения как мертворождаемости (с 11,6 до 4,9), так и ранней неонатальной смертности (с 12,8 до 0,8 на 1000 родившихся живыми) за те же годы. В результате профилактических мероприятий для снижения невынашивания беременности, не только предпринятых акушер-

ской службой города и области, но и благодаря усилиям Правительства Омской области и Администрации Омска по улучшению материально-технической базы родовспомогательных учреждений, поставке современного лабораторного и диагностического оборудования, частота преждевременных родов за последние годы сократилась с 5,4 до 4,1%.

Безусловный интерес представляет динамика показателей ПС с учетом плодов, родившихся ЭНМТ. Нами проведен расчет таких показателей (т. е. мы рассмотрели ПС с позиций ВОЗ с учетом всех плодов, родившихся массой тела 500—999 г). Сведения о ПС в Омске за анализируемый период представлены в табл. 3.

В динамике ПС в Омске за последние 15 лет выявлен положительный тренд к ее снижению. При расчете показателей ПС с учетом рекомендаций ВОЗ, т. е. с учетом родившихся плодов массой тела от 500 до 999 г, они, безусловно, увеличились. В то же время сохранялась тенденция к снижению и такого уровня ПС с 29 на 1000 всех родившихся в 1996 г. до 10,7 в 2010 г. Следовательно, показатели ПС при расчете по рекомендациям ВОЗ соответствуют показателям по РФ (без учета родившихся с ЭНМТ) 2002—2003 гг.

Существенным резервом снижения перинатальных потерь следует считать совершенствование тактики ведения беременности, предусматривающие профилактику недонашивания, внутриутробного инфицирования и плацентарной недостаточности, адекватный контроль за состоянием плода, профилактику респираторного дистресс-синдрома. Одним из важнейших резервов снижения числа очень ранних преждевременных родов является прегравидарная подготовка, которая должна осуществляться не только акушерами-гинекологами, но и такими специалистами, как терапевты, семейные врачи, урологи и др.

Таким образом, доля беременностей, прерываемых в срок 22—27 нед, в общем числе всех родов в последние годы колеблется незначительно (0,28—0,5%). В Омском регионе прерывание беременности в эти сроки происходит лишь в акушерских стационарах, что соответствует международным требованиям. Структура причин заболеваемости и смертности плодов с ЭНМТ за последнее десятилетие изменилась: увеличилась доля погибших от инфекций, специфичных для перинатального периода, снизилась доля респираторных расстройств.

Одной из главных задач родовспомогательных учреждений в ближайшее время будет дальнейшее снижение показателя ПС. Доминирующее значение в структуре причин смерти трудноуправляемой патологии (глубоко недоношенные дети с внутриутробной генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией и врожденными пороками развития) диктует необходимость дальнейшей разработки и внедрения в практику современных методов диагностики и лечения внутриутробных инфекций и пороков развития, а также совершенствования технологий ведения беременности и ро-

Таблица 3

Перинатальная смертность в Омске за 1996—2010 гг. (на 1000 всех родившихся)

Показатель	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ПС	14,5	16,5	16,5	16,8	12,8	14,7	11,3	9,9	8,4	7,4	6,7	8,8	8,9	7,8	5,7
ПС с ЭНМТ	29,0	32,3	27,0	32,9	25,0	28,8	22,1	19,8	12,9	14,8	11,9	12,5	16,8	14,7	10,7

Примечание. ПС — показатель перинатальной смертности детей с массой тела при рождении 1000 г и более; ПС с ЭНМТ — показатель перинатальной смертности, рассчитанной с учетом плодов с ЭНМТ (500—999 г).

доразрешения у женщин при преждевременных родах, в том числе плодами ЭНМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина Е. Н., Шувалова М. Н., Сорокина З. Х. и др. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения. *Акушерство и гинекология*. 2011; 6: 4—9.
2. Выхристюк Ю. В. Преждевременные роды с экстремально низкой и низкой массой плода. Ближайшие и отдаленные результаты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
3. Николаева Е. И., Фролова Е. И., Голубев В. А. Исходы прерывания беременности в 22—27 недель. *Акушерство и гинекология*. 2007; 2: 59—60.
4. Шалина Р. И., Выхристюк Ю. В., Кривоножко С. В. Перинатальные исходы у недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2004; 3 94): 57—63.
5. Bernstein P. Autumn in York Confronting Preterm Delivery in the 21st Century: From molecular intervention to community action. *Medscape Women,s Health*. 2000; 6: 5.
6. Hadi H. A., Hodson C. A., Strickland D. Premature rupture of the membranes between 20 and 25 weeks gestation: role of amniotic fluid volume in perinatal outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 170: 1139—44.
7. Smith L. K., Draper E. S., Mankletov B. N. et al. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2007; 92: 11—4.

Поступила 03.02.12

© В. Л. ГРИЦИНСКАЯ, О. С. ОМЗАР, 2012

УДК 614.2:616-007-053.1-053.31]:312.2 (571.52)

В. Л. ГРИЦИНСКАЯ, О. С. ОМЗАР

Врожденные пороки развития в структуре младенческой смертности в Республике Тыва

ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Изучены частота регистрации врожденных пороков развития (ВПР), динамика и структура младенческой смертности в Республике Тыва за период с 1999 по 2010 г. Проведен анализ эффективности пренатальной диагностики. Обнаружено, что уровень ВПР в Тыве варьирует от 12,6 до 33,4%, что сопоставимо с показателями в других регионах страны. Уровень младенческой смертности в республике превышает средние показатели по стране в 2 раза. Удельный вес ВПР в структуре младенческой смертности составляет 13,5—30%. За последние годы отмечены положительные результаты в снижении младенческой смертности, что является следствием расширения практики медико-генетического консультирования, пренатальной диагностики и улучшения качества специализированной медицинской помощи новорожденным с ВПР.

Ключевые слова: дети, младенческая смертность, врожденные пороки развития

THE INHERENT MALFORMATIONS IN THE STRUCTURE OF INFANT MORTALITY IN THE REPUBLIC OF TUVA

V.L. Gritsinskaya, O.S. Omzar

The research institute of problems of the North, the Siberian branch of the Russian academy of medical sciences, Krasnoyarsk

The article analyses the rate of registration of malformations and dynamics and structure of infant mortality in the Republic of Tuva in 1999-2010. The analysis of effectiveness of prenatal diagnostics was carried out. It is established that in the Republic of Tuva the level of malformations varies from 12.6 to 33.4% that is comparable with indicators in other country regions. The level of infant mortality in the Republic twice exceeds the mean national values. The share of malformations in the structure of infant mortality consists 13.5-30%. During the last years, the positive trends in the process of infant mortality decrease are noted. This result is due to the development of practice of medical genetic counseling, prenatal diagnostics and enhancement of quality of specialized medical care of newborns with malformations.

Key words: children, infant mortality, malformation

Врожденные пороки развития (ВПР) являются важной медицинской и социальной проблемой: частота встречаемости пороков развития обязательного учета достигает 36,7 на 1000 новорожденных [3, 8]. В структуре фето-инфантильных потерь от ВПР мертворожденные составляют 34,6%, умершие в раннем неонатальном периоде — 32,5%, в позднем неонатальном — 13,5% и в постнеонатальном периоде — 19,4% детей [4]. Несмотря на успехи пренатальной диагностики, ВПР являются причиной до 18,3% случаев инвалидности детского населения и занимают одну из ведущих позиций среди причин младенческой смертности [3, 7, 9, 10]. Основ-

ные методы пренатальной диагностики отклонений в развитии плода — ультразвуковое исследование, определение биохимических сывороточных маркеров крови матери (α -фетопротейн хорионический гонадотропин, свободный эстриол) и исследование плодного материала (клеток ворсин хориона, плаценты, амниотической жидкости и крови), полученного инвазивными способами (биопсия хориона, амниоцентез и кордоцентез). Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и эффективным методом выявления грубых пороков развития плода и формирования группы риска в отношении врожденной и наследственной патологии в I триместре

Контактная информация: Грицинская Вера Львововна, д-р мед. наук, рук. лаб.; e-mail: impn@impn.ru