

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ОМСКОМ РЕГИОНЕ

Проведен анализ исходов и причин репродуктивных потерь в сроке 22–27 недель с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) плода за 15 лет (1995–2009) в Омском регионе. Удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе новорожденных за анализируемый период практически не менялся и составил 0,31% в 1995 г., 0,3% в 2009 г. Выживаемость плодов с ЭНМТ составляла 14,3–49,2%. Причины заболеваемости и смертности плодов с ЭНМТ за последнее десятилетие изменились: увеличилась доля погибших от инфекций, специфичных для перинатального периода, снизилась доля респираторных расстройств. Существенным резервом снижения перинатальных потерь следует считать совершенствование тактики ведения беременности, включающее профилактику недонашивания, внутриутробного инфицирования и плацентарной недостаточности, адекватный контроль за состоянием плода, профилактику респираторного дистресс-синдрома.

Ключевые слова: преждевременные роды, экстремальная масса тела плода.

Одной из главных задач пери- и неонатологии является сохранение жизни и здоровья недоношенных детей, высокая частота заболеваемости которых обусловлена отсутствием адаптационных механизмов к внеутробной жизни и анатомо-физиологическими особенностями. Безусловно, особый интерес представляют дети, имеющие экстремально низкую массу тела (ЭНМТ) при рождении. В последние годы среди медицинской общественности ведется дискуссия по вопросу, относить ли прерывание беременности в 22–27 недель к аборту или родам и следует ли учитывать репродуктивные потери как показатель перинатальной смертности (ПС). По рекомендации ВОЗ в национальную статистику ПС следует включать случаи смерти в перинатальном периоде плодов и новорожденных с массой тела при рождении от 500 до 1000 г, т.к. эти данные имеют самостоятельную значимость и дают более полную информацию о таких плодах и новорожденных [1]. Документом, регламентирующим учет данных потерь, является действующий приказ МЗ РФ № 318 от 04.12.1992 г. «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения». Потери плодов в 22–27 недель учитываются в статистических формах № 13 «Сведения о прерывании беременности» и № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, рожающим и родильницам».

В целом существующая система государственного статистического контроля не позволяет разделить прерывание в 22–27 недель гестации на самопроизвольное, по медицинским показаниям или криминальное. В стране имеет место нечеткость статистического учета числа прерываний беременности в эти сроки, неоднозначное отношение врачей к выхаживанию плодов с ЭНМТ при сомнительной результативности в отношении их здоровья, отсутствие

материально-технической базы и подготовленных медицинских кадров в большинстве ЛПУ для выхаживания незрелых плодов [2]. Глубоконедоношенные плоды и дети, частота рождения которых менее 0,5 %, обуславливает 21–30 % мертворождений и случаев гибели в раннем неонатальном периоде [3]. По данным Т. Markestad и соавт. [4], 27 % недоношенных плодов с ЭНМТ рождались мертвыми или умирали в первые часы жизни, 14 % — в неонатальном периоде, 59 % переведены на следующий этап выхаживания. Уровень выживаемости детей с ЭНМТ определяется в большей степени их гестационным возрастом, нежели массой тела при рождении [3].

В результате исследования, проведенного Е. И. Николаевой, О. Г. Фроловой и В. А. Голубевым [2], основанного на анализе 4813 случаев прерывания беременности в 22–27 недель в 2005 г. из разных субъектов РФ, получено, что 51,8 % беременностей завершились в акушерских и 48,2 % — в гинекологических стационарах, при этом доля живорожденных составила лишь 16,5 %, мертворожденных — 83,5 %. В то же время рождение детей с ЭНМТ сопровождается риском развития неврологических нарушений, частота которых возрастает с 16 до 25 %, глухоты — соответственно с 3 до 7 %. Среди выживших детей отмечается более высокая частота сепсиса, перивентрикулярной лейкомаляции и хронических заболеваний легких [4].

Нами проведен анализ исходов и причин репродуктивных потерь в сроке 22–27 недель за 15 лет (1995–2009) в Омском регионе. Динамика рождения плодов с ЭНМТ, удельный вес плодов в общем количестве новорожденных, родившихся живыми, умершими в возрасте до 168 ч и родившихся мертвыми представлена в табл. 1. Из приведенных данных видно, что потери в сроки беременности 22–27 не-

дель в целом не изменились, удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе новорожденных составил 0,31 % в 1995 г., 0,3 % в 2009 г.; в то же время доля потерь плодов в 22–27 недель гестации повышалась до 0,5 % в 2007 г. Согласно вышеупомянутому Приказу МЗ РФ № 318 и письма МЗ РФ № 2510 от 01.07.2002 г. «О некоторых вопросах статистического учета в службе родовспоможения» женщины с прерыванием беременности в сроки 22–27 недель поступали лишь в акушерские стационары. Распределение плодов с ЭНМТ в общем числе новорожденных, родившихся живыми, умерших в возрасте до 168 ч и родившихся мертвыми за анализируемый период менялось с незначительными колебаниями (табл. 1). В целом отмечались колебания доли рождения живых детей с массой тела 500–999 г от 35,1 % в 1995 г. до 45,5 % в 2006 г. В дальнейшем отмечено снижение количества живорожденных до 27,1 % в 2009 г. (рис. 1). Неустойчивая динамика показателей доли живых детей с ЭНМТ зависит от сроков гестации, при которых произошли преждевременные роды, а также является, возможно, следствием введения в РФ критериев оценки жизни новорожденных в соответствии с рекомендациями ВОЗ и организации реанимационной помощи новорожденным в акушерских стационарах. В то же время значительная часть плодов рождается мертвыми или погибает в акушерском стационаре. Распределение плодов с ЭНМТ по критериям живорождения колебалось: в 1995 г. доля плодов, родившихся живыми, составила 35,1 %, в 2009 — 27,1 %, мертвыми 64,9 и 72,9 % соответственно годам (табл. 2).

Выживаемость детей с ЭНМТ определяется в большей степени гестационным возрастом, а не массой тела при рождении. За анализируемый период выживаемость плодов с ЭНМТ составляла 14,3–49,2 % от числа родившихся живыми. При сроках 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). Выживаемость плодов наблюдалась в основном при сроках гестации 26–27 нед., при этом масса тела их составляла 750–999 г. С января 2008 г. активно внедрялись современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей, что способствовало повышению выживаемости плодов с ЭНМТ.

В России дети с ЭНМТ при рождении почти в 80 % случаев умирают в раннем неонатальном периоде [5]. При этом лишь 10 % детей доживают до года [6]. Иные показатели регистрируются в странах Европы и США. Так, за последние 25 лет в странах Западной Европы частота выживания детей с ЭНМТ

на первом месяце жизни составляет 60–80 % (60 % для детей с массой тела 500–750 г и 80 % — 751–999 г) [7]. В Японии выживаемость данной группы новорожденных составляет 95 %. Наряду с Японией в США данный показатель составляет 92–95 % на первом месяце жизни [8].

Аntenатальные потери плодов с ЭНМТ свидетельствуют о недостаточной прегравидарной подготовке, несовершенном качестве наблюдения за беременной, пренатальном обследовании плода и еще имеющемся контингенте беременных, не наблюдающихся в амбулаторном звене акушерской службы. Существенное влияние на частоту преждевременных родов и ПС недоношенных детей оказывает социальный статус беременной и роженицы, а также наличие или отсутствие дородового наблюдения в женской консультации. В то же время контингент рожениц, не охваченный диспансерным наблюдением во время беременности, снизился за анализируемый период с 24,7 до 8,0 %.

Основными заболеваниями и причинами смерти плодов, рожденных живыми, в 1995 г. были состояния, возникающие в перинатальном периоде: внутриматочная гипоксия и асфиксия (24,2 %), респираторные расстройства (71,2 %), инфекции, специфичные для перинатального периода (1,6 %), внутричерепная травма (3,0 %). Причинами заболеваний и смерти глубоконедоношенных, рожденных живыми, в 2009 г. были: внутриматочная гипоксия и асфиксия (21,6 %), респираторные расстройства (45,0 %), инфекции, специфичные для перинатального периода (40,0 %). Таким образом, причины заболеваемости и смертности плодов с ЭНМТ за последнее десятилетие изменились: увеличилась доля погибших от инфекций, специфичных для перинатального периода, снизилась доля респираторных расстройств.

Также проведен анализ факторов риска и причин смертности среди 318 глубоконедоношенных плодов и детей, рожденных в специализированном учреждении по невынашиванию беременности (при самопроизвольном прерывании беременности). Были оценены причины, приводящие к родам во втором триместре беременности. Преждевременная отслойка плаценты и гестозы привели к оперативному родоразрешению у 17,0 % беременных. Самопроизвольные преждевременные роды имели место в остальных случаях (83,0 %). Инфекции в анамнезе у женщин выявлялись при каждом втором родах (51,2 %). Плацентарная недостаточность диагностирована у 33,2 % рожениц, истмико-цервикальная недостаточность — у 9,1 %, дисгормональные нарушения — у 7,9 %. Пусковым механизмом родов в сроках гестации 22–27 недель чаще всего являлось преждевременное излитие

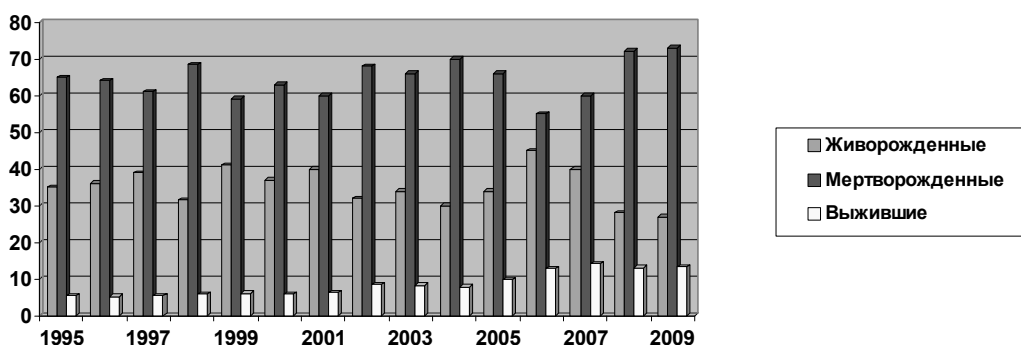


Рис. 1. Распределение плодов с ЭНМТ по критериям живорождения

Таблица 1

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

Показатель	Годы														
	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	0,28	0,5	0,4	0,3
Удельный вес плодов с ЭНМТ, умерших до 168 ч в общем числе родившихся и умерших	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

Таблица 2
Распределение плодов с массой тела 500–999 г в акушерских стационарах по критериям живорождения, выживаемости

Годы	Всего	Выживаемость			Живые		Мертвые	
		Абсолютное число	% от числа всех родившихся плодов	% от числа живорожденных плодов	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
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

околоплодных вод (63,8 %). Раскрытие шейки матки являлось ведущим моментом прерывания беременности в 36,2 %.

При патологоанатомическом исследовании плодов женщин, роды у которых произошли во втором триместре, в 71,6 % случаев выявлялись воспалительные изменения плаценты и плодных оболочек: плацентит, децидуит, виллузит, интервиллузит, хорионит, амнионит и др. Признаки развития гнойной инфекции в тканях послеродового воспаления в 2 раза чаще (47,7 %), чем серозное воспаление (23,9 %). При сроке гестации свыше 26 недель также регистрировались морфологические признаки плацентарной недостаточности: нарушение созревания ворсин (чаще диссоциированное), фиброз и гиповаскуляризация стромы, фиброплазия, инфаркты плаценты, ангиоматоз и др.

В структуре смертности глубоконедоношенных плодов и детей на долю мертворождений пришлось 69,2 % (37,3 % погибли в антенатальном периоде и 31,9 % — в интранатальном), умерших в раннем неонатальном периоде — 30,8 %. Среди причин потерь плодов на первом месте была внутриутробная асфиксия (45,9 %), на втором — респираторный дистресс-синдром (18,9 %), на третьем — внутриутробная инфекция (14,8 %). Реже выявлялись врожденные аномалии развития плода (13,0 %) и родовая травма (7,4 %).

Вопросы родоразрешения по показаниям плода при низком сроке гестации могут обсуждаться лишь в исключительных случаях, исходя из возможностей перинатальной службы. Высокий показатель смертности глубоконедоношенных плодов в родах и раннем неонатальном периоде не позволяет широко применять абдоминальное родоразрешение при неблагоприятном состоянии плода. В то же время исход досрочного кесарева сечения для жизни и здоровья новорожденного при недонашивании определяется не только модификацией кесарева сечения в нижнем сегменте матки, но и искусством и опытом хирурга при извлечении ребенка [4]. В настоящее время не существует четких мнений по поводу возможности и целесообразности проведения пренатальной профилактики РДС во втором триместре беременности, отсутствуют критерии выбора препаратов. Однако применение глюкокортикоидов и этимизола является обоснованным и целесообразным.

Результаты исследований отечественных ученых [2] показали, что недостаточное обеспечение территорий РФ, специализированными видами учреждений и подготовленными медицинскими кадрами, способными создать условия для выхаживания глубоконедоношенных детей без дальнейшего ущерба их здоровью, ставят на данном этапе под сомнение вопрос об отнесении прерывания беременности в 22–27 недель к родам в большинстве регионов РФ. Процесс выхаживания детей с ЭНМТ требует высоких материальных затрат.

Е. Н. Байбарина и соавт. [9] считают, что для совершенствования помощи новорожденным с ЭНМТ на региональном уровне необходимы следующие мероприятия: выяснение количества новорожденных, умерших в стационарах первого уровня; детей, рожденных в гинекологических стационарах; для эффективного взаимодействия различных учреждений территориальной перинатальной сети необходимо разработать критерии оценки состояния здоровья, показания к переводу в учреждения высшего уровня и схем госпитализации и перегоспитализации беременных и новорожденных.

Стоимость выхаживания детей с ЭНМТ при рождении слишком высока. Нами подсчитана стоимость пребывания новорожденного с массой тела 500–999 г в акушерском стационаре (на I этапе выхаживания) в течение 168 ч (7 суток), составившая 51 тысячу рублей (учтены практически 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 на втором этапе выхаживания (в педиатрическом стационаре) обходится еще в 400–450 тыс. рублей. По данным зарубежных авторов выхаживание ребенка массой тела 750 г обходится в 273900 долларов США, массой 751–999 г — 138 800 долларов. В Швеции выхаживание ребенка с ЭНМТ в период проведения ему ИВЛ обходится в 3000 евро в день, в дальнейшем до выписки домой — 4000 евро [10].

В Омском регионе существует четкий учет и регистрация рождения плодов с ЭНМТ. Специализированную помощь по недонашиванию беременности в г. Омске с 2000 до 2007 года оказывал клинический родильный дом № 4. С 2008 г. данную специализацию осуществляет клинический родильный дом № 1 в связи с вводом в работу акушерской службы нового здания. На уровне области специализированную помощь по преждевременным родам осуществляет областной перинатальный центр. В стационарах, специализированных по ПР, за анализируемый период произошло снижение показателя перинатальной смертности (ПС) с 24,3 ‰ в 2000 г. до 7,4 ‰ в 2009 г., что достигнуто за счет уменьшения как мертворождаемости (с 11,6 до 6,6 ‰), так и РНС (с 12,8 до 0,8 ‰) за те же годы. В результате профилактических мероприятий по снижению невынашивания беременности, предпринятых не только акушерской службой города и области, но и правительством Омской области и администрацией г. Омска по улучшению материально-технической базы родовспомогательных учреждений, поставке современного лабораторного и диагностического оборудования, частота ПР сократилась с 5,4 до 4,1 % за последние годы, удельный вес плодов с ЭНМТ в общем числе новорожденных составил 0,3 % в 2009 г.

Таким образом, доля беременностей, прерываемых в срок 22–27 недель, в общем числе всех родившихся незначительно колеблется в последние годы (0,28–0,5 %), прерывание беременности в 22–27 недель в Омском регионе Западной Сибири происходит лишь в акушерских стационарах, что соответствует международным требованиям. Причины заболеваемости и смертности плодов с ЭНМТ за последнее десятилетие изменились: увеличилась доля погибших от инфекций, специфичных для перинатального периода, снизилась доля респираторных расстройств. Факторами, способствующими преждевременным родам во втором триместре, являются инфекция, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, реже — гестоз, истмико-цервикальная недостаточность. Существенным резервом снижения перинатальных потерь следует считать совершенствование тактики ведения беременности, включающее профилактику недонашивания, внутриутробного инфицирования и плацентарной недостаточности, адекватный контроль за состоянием плода, профилактику респираторного дистресс-синдрома. Одним из важнейших резервов снижения доли очень ранних преждевременных родов является прегравидарная подготовка, которая должна осуществляться не только акушерами-гинекологами, но и другими

специалистами (терапевтами, семейными врачами, урологами и т. д.).

Доминирующее значение в структуре причин смертности малоуправляемой 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 врожденных инфекций, пороков развития, совершенствования технологий ведения, родоразрешения женщин с преждевременными родами.

Библиографический список

1. Международная классификация болезней—X. — Женева, 2003. — Т. 2. — С. 147—148.
2. Николаева, Е. И. Исходы прерывания беременности в 22—27 недель / Е. И. Николаева, Е. И. Фролова, В. А. Голубев // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 2. — С. 59—60.
3. Сорокина, С. Э. Роды во втором триместре : перспективы снижения перинатальной смертности / С. Э. Сорокина // Белорусский мед. журн. — 2002. — № 2. — С. 3—6.
4. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants / T. Markestad [et al.] // Pediatrics. — 2005. — Vol. 115, № 5. — P. 1289—1298.
5. Деметьева, Г. М. Выхаживание глубоконедоношенных детей : современное состояние проблемы / Г. М. Деметьева, И. И. Рюмина, М. И. Фролова // Педиатрия. — 2004. — № 3. — С. 60—66.

6. Анализ смертности глубоконедоношенных детей на 1-м году жизни / Т. Г. Демьянова [и др.] // Рос. педиатрический журнал. — 2005. — № 2. — С. 22—26.

7. Romantceva, L. Advances in understanding cerebral palsy syndromes after prematurity / L. Romantceva // Neo Reviews. — 2006. — Vol. 7, № 4 — P. 575.

8. Hack, M. Long-term developmental outcomes of low birth weight infants / M. Hack, N. Klein // The future of children. — 1995. — Vol. 5, № 1. — P. 13—16.

9. Байбарина, Е. Н. Организационные принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / Е. Н. Байбарина, Л. М. Цымякова, З. Х. Сорокина // Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя». — Сочи, 2008. — С. 241.

10. Rogowsky, J. Cost-effectiveness of care for very low birth weight infants / J. Rogowsky // Pediatrics. — 1998. — Vol. 102, № 1. — P. 35—43.

КРАВЧЕНКО Елена Николаевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ЦПК и ППС Омской государственной медицинской академии.

СИНИЦИНА Софья Сергеевна, врач высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по акушерской помощи клинического родильного дома № 1.

Адрес для переписки: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12.

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© Е. Н. Кравченко, С. С. Синицина

Книжная полка

Бородулин, В.И. История клинической медицины от истоков до середины XIX века : лекции / В. И. Бородулин — М. : Медицина, 2008. — 180 с. — ISBN 5-225-03419-5.

В учебное пособие включены семь лекций, в которых рассмотрены истоки клинической медицины, основные направления и этапы ее развития до середины XIX века включительно (этот период истории клиники условно можно назвать эмпирическим), а также вклад крупнейших зарубежных и отечественных ученых во всемирную историю клинической медицины. Основу учебного пособия составили лекции, прочитанные автором в 1990—2004 гг. студентам лечебного факультета и факультета подготовки научно-педагогических кадров Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Кроме вводной лекции, оно включает три лекции по всеобщей и три лекции по отечественной истории клинической медицины. Для студентов медицинских вузов.

Чиж, И. М. История военной медицины : учебник для вузов / И. М. Чиж, А. М. Шелепов, Е. И. Веселов. — М. : Медицина, 2007. — 272 с. — ISBN 5-225-03907-3.

В учебнике изложены вопросы истории мировой и отечественной военной медицины, начиная с цивилизации Древнего мира и по настоящее время. Даны сведения об особенностях медицинского обеспечения военных кампаний и сражений, войн и локальных войн и вооруженных конфликтов, в которых участвовала Россия, показаны основные этапы развития науки, оказавшие свое влияние на медицину военную, рассказывается о многих замечательных отечественных военных врачах. В отдельной главе даны сведения по международному гуманитарному праву в отношении защиты медицинского персонала и жертв войн. Акцентируется роль Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова — центра отечественной военно-медицинской науки. Содержание адаптировано к программам изучения предмета на медицинских курсах медицинских вузов. При подготовке учебника частично использованы материалы профессора П. Ф. Гладких (6, 7 и 9 гл.) Учебник предназначен для курсантов и слушателей Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и Военно-медицинских институтов МО РФ и ФСБ, а также для студентов, обучающихся на кафедрах военной и экстремальной медицины и факультетах военного обучения медицинских университетов (институты) и академии им. И. М. Сеченова.