

Э.Н. Ахмадеева
**СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ**
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности, обеспечение качества жизни младенцев на сегодня стало проблемой государственной важности. Качественное медицинское обеспечение новорожденных и младенцев на современном уровне возможно при решении ряда организационных проблем. Среди них важное значение имеют проблемы соматического и репродуктивного здоровья подростков; адекватного, «мягкого» для плода родоразрешения матери; профилактики и адекватного лечения внутриутробных инфекций (ВУИ) и врожденных пороков развития детей; внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских и неонатальных стационарах. В неонатологической практике адекватных подходов требуют вопросы медицинского обеспечения новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела; инвалидизации детей с перинатальными поражениями ЦНС (подготовка специалистов для ранней реабилитации в периоде новорожденности и на первом году жизни); проблемы полипрагмазии и ятрогении в акушерской и неонатологической практике. Однако без решения кадрового вопроса в перинатальной медицине никакие технологии не решат существующих проблем периода новорожденности.

Ключевые слова: перинатальная заболеваемость, перинатальная смертность, очень низкая масса тела, экстремально низкая масса тела

E.N.Akhmadeeva
**STRATEGY OF DECREASING PERINATAL
MORBIDITY AND MORTALITY**

Decreasing perinatal morbidity and mortality, improving quality of life in newborns is currently a big political problem. Modern medical care of infants is possible only if management problems are solved. The most important ones are those dealing with somatic and reproductive health in adolescents; gentle for the fetus delivery; prevention and adequate therapy of intra-uterine infections, inborn malformations, hospital infections in obstetrical and neonatology units. Problems of care of infants with very low and extremely low birth weight, perinatal central nervous system damages, excessive and unneeded medications and iatrogenic complications in maternity and neonatology are those that need special management. Education of specialists for early rehabilitation for newborns and children during their first year of life is lacking. No technologies in neonatal care will work without well educated, knowledgeable and enthusiastic professionals.

Key words: perinatal morbidity, perinatal mortality, very low birth weight, extremely low birth weight

Девизом перинатологов XXI века Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), возглавляемая академиком РАМН Н.Н. Володиным, объявила не только сохранение жизни, но и обеспечение качества жизни новорожденных детей. В этой связи стало понятно, что нецелесообразно заниматься только подсчетом смертей новорожденных, а важно посмотреть в корень почему рождаются больными и заболевают после рождения новорожденные дети, чем они преимущественно страдают, как помочь им, только что появившимся на свет, выйти из тяжелой жизненной ситуации, как обеспечить качественную жизнь в последующем развитии. Это стало важным не только для самих младенцев и их семей, это стало проблемой государственной важности: какие граждане будут жить в стране через 20-30 лет, с каким интеллектуальным и человеческим потенциалом, с каким отношением к возрастившему их обществу.

Известно всем, что новорожденный несет с собой как минимум груз генетических и социальных проблем, проблем семьи, здоровья

родителей, медицинского обеспечения их в детстве и в подростковом возрасте, акушерских проблем (планирование семьи, беременность, особенности родов). В этой связи возникает острая необходимость поставить первоочередные задачи для обеспечения здоровья и качества жизни будущих и настоящих новорожденных. Главными среди них являются:

1. Снижение заболеваемости новорожденных, снижение ранней неонатальной, неонатальной и младенческой смертности.
2. Сокращение длительности пребывания в стационаре и стоимости реабилитации детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела;
3. Разумное решение этических проблем при реанимации и интенсивной терапии новорожденных с ЭНМТ;
4. Внедрение ранней реабилитации (преимущественно немедикаментозной) и снижение тяжести последствий перинатальной патологии, повышение качества жизни детей;
5. Снижение частоты инвалидности детей от перинатальных причин.

Не вызывает сомнения, что цели можно достигнуть, если понять, что адекватная на сегодня медицинская помощь новорожденным это:

- государственная и медико-социальная проблема (не только медицинская),
- высоко затратная отрасль здравоохранения;
- наличие в лечебных учреждениях с отделениями новорожденных дорогостоящего оборудования с расходными материалами (жизнеобеспечивающее оборудование) и недорогостоящего, но необходимого для ранней реабилитации (для музыка-, свето-, цвето-, кинезитерапии и пр.);
- достаточное обеспечение лечебных учреждений с неонатальными отделениями дорогостоящими, но высокоэффективными лекарственными средствами;
- кадровое обеспечение при достаточной финансовой стимуляции специалистов высокого класса, какими во всем мире являются неонатологи (например, в европейских странах, чтобы получить сертификат неонатолога, необходимо учиться в университете в течение 6 лет, плюс обучение в резидентуре 5 лет, плюс специализация по неонатологии 3 года!);
- высокий профессиональный уровень специалистов, имеющих отношение к перинатальной медицине (постоянное дорогостоящее обучение с выездом и на местах, высокие требования к поступающим и обучающимся в медицинских образовательных учреждениях на додипломном и последипломном этапах, к специалистам на рабочих местах и при аттестации на квалификационную категорию).

Для достижения поставленных цели и задач качественного медицинского обеспечения новорожденных и младенцев на современном уровне адекватного решения на сегодня требуют как минимум следующие проблемы:

- проблема соматического и репродуктивного здоровья подростков;
- проблема адекватного, «мягкого» для плода родоразрешения матери;
- проблема врожденных пороков развития детей;
- проблема медицинского обеспечения новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела;
- проблема внутриутробных инфекций плода и новорожденного (ВУИ);

- проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских и особенно в неонатальных стационарах;
- проблема инвалидизации детей с перинатальными поражениями ЦНС (подготовка специалистов для ранней реабилитации в периоде новорожденности и на первом году жизни);
- проблема полипрагмазии и ятрогении в акушерской и неонатологической практике.

Как видно, первые три и наиболее важные проблемы – это вопросы дородовой и родовой профилактики перинатальной патологии. К большому сожалению, много заболеваний новорожденных, обусловленных дородовыми и родовыми причинами, являются инкурабельными не только в плане качества, но и самой жизни младенцев. К ним относятся органические поражения органов и систем (наиболее часто - врожденные пороки развития, гипоксические и травматические повреждения мозга), тяжелые внутриутробные инфекции, наследственные заболевания.

Проблема соматического и репродуктивного здоровья подростков. Большие учебные нагрузки, низкое качество питания в образовательных учреждениях, недостаточная санитарно-просветительная работа среди школьников по здоровому образу жизни, вредные привычки, ранняя половая жизнь и прочее привели к тому, что только 5-7% выпускников школ имеют удовлетворительное здоровье. Низкий индекс соматического и репродуктивного здоровья подростков (в том числе инфекции, передающиеся половым путем), низкая медицинская грамотность подростков – одни из главных причин осложнений беременности и родов у женщин репродуктивного возраста, заболеваний и смертности их новорожденных.

Проблемы ведения беременности и щадящего для плода родоразрешения. Клинический опыт неонатологов показывает, что в дородовом периоде часто имеют место необоснованное сохранение беременности при ранних угрозах выкидышей, ограничение двигательной активности беременных, полипрагмазия лекарственная и биологически активными добавками, необоснованная часто длительная госпитализация беременных, психологические ятрогении (грубость, запугивание женщин плохими исходами беременности и пр.).

Вызывает беспокойство крайне агрессивная в ряде случаев тактика ведения родов. Об этом неоднократно говорила в своих выступ-

лениях на съездах РАСПМ известный акушер-гинеколог академик РАМН, профессор Г.М. Савельева. К агрессивной тактике ведения родов относятся навязывание роженице интенсивных произвольных натуживаний, усиленный прием Кристеллера, частые родостимуляция и родоусиление, способствующие гипоксии и травматизации плода. Кроме того, убедительно доказано, что окситоцин, введенный роженице, блокирует фермент глюкозилтрансферазу в печени плода, следствием чего являются желтухи новорожденных. Даже необоснованное обезболивание родов (например, эпидуральная анестезия) считается в определенной мере агрессией по отношению к ребенку, так как вызывает у него в раннем неонатальном периоде нарушение адаптации в виде снижения оценки по шкале Апгар, вялости, нарушения коммуникабельности, снижения тонуса скелетной мускулатуры и др. (И.С. Царегородцев, 2008). Хотя всем хорошо известно, что весь мир пропагандирует и переходит на «мягкое ведение беременности и родов». Еще в 1996 г. Шведское Агентство оценки технологий совместно и Башкирское отделение Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) представили в Уфе международные стандарты акушеров-гинекологов, основанные на принципах доказательной медицины, которых придерживаются акушеры в европейских странах:

- Для новорожденного предпочтительнее консультация специалистов во внутриутробном периоде, чем после рождения.
- Женщина в родах свободна в поведении и выборе положения тела.
- Не следует вызывать роды в целях удобств для врача-акушера. Провоцирование схваток должно проводиться при случаях особых медицинских показаниях. Пропорции спровоцированных родов не должны превышать 10% (не следует заменять Бога).
- Контрольное наблюдение в родах с помощью аппаратуры слежения должно осуществляться только в тщательно отобранных случаях и при спровоцированных родах (не нужно, чтобы у акушера «чесались руки»).
- Следует избегать болеутоляющих и анестезирующих средств в родах.
- Систематическое использование эпизиотомии в родах не оправдано!
- Частота кесарева сечения не должна превышать 10% от всех родов.
- Искусственный разрыв плодных оболочек не обоснован с научной точки зрения.

- Не следует ребенка после рождения разлучать с матерью, целесообразно круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка.
- Приветствуется раннее (первые 15 минут после рождения) прикладывание младенца к груди матери, поощряется грудное вскармливание.
- Следует отказаться от катетеризации почечных и подключичных вен (зондовое введение медикаментов, суппозитория).
- Руководителям лечебных учреждений необходимо использовать финансовые рычаги в целях пресечения беспорядочного использования технологий у новорожденных детей.

Этих правил строго придерживаются во всех цивилизованных странах, и это сказалось на снижении у них перинатальных потерь. Так, в скандинавских странах за применение у роженицы метода Кристеллера врача увольняют с работы без права деятельности в акушерских стационарах.

Проблемы врожденных пороков развития детей. Пороки развития в течение многих лет занимают второе место в структуре заболеваний новорожденных и в структуре причин смертности младенцев. Значительные успехи в развитии детской хирургии и эндоскопии в последние годы позволили корригировать многие пороки развития хирургическими методами, однако множественные пороки развития, к большому сожалению, часто не излечимы. В этом вопросе стоит задача как профилактики пороков развития, так и раннего выявления пороков во время беременности. Это возможно только при высокой квалификации специалистов лучевой диагностики, обеспечении женских консультаций УЗ-аппаратурой с высокой разрешающей способностью, повышении ответственности специалистов лучевой диагностики.

Проблема медицинского обеспечения новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. На сегодня данная проблема является актуальнейшей. Это связано с переходом нашей страны на ВОЗ-овские критерии регистрации жизнеспособности новорожденных (22 недели гестации и 500,0 г массы тела при рождении). В этом вопросе всем известна высокая зависимость эффективности неонатальной медицины от финансового обеспечения технологий лечебного и реабилитационного процессов при выхаживании данного контингента новорожденных. Поэтому обеспечение родовспомогательных и лечебных неонатологических отделений со-

временным оборудованием для высокотехнологичной помощи и ранней реабилитации становится первоочередной задачей:

- для первичной помощи и реанимации новорожденных в родильном зале и палатах интенсивной терапии новорожденных приемлемые по ценам современные безмасляные, легко обрабатываемые, бесшумные аспираторы для новорожденных; реанимационный набор для новорожденных; открытые реанимационные системы; инкубаторы и др.;
- для обеспечения оптимального температурного режима выхаживания детей с ОНМТ и ЭНМТ аппаратура для обеспечения лучшего тепла, создающего равномерный поток тепла в кроватках, на пеленальных столах и др.; индивидуальные водяные и другие матрасики для новорожденных с подогревом;
- для лечения желтух новорожденных современные лампы для фототерапии, обеспеченные таймерами наработки времени облучения и времени работы лампы; хорошо зарекомендовавшие себя в неонатальных стационарах Москвы (НЦЗД, отделение выхаживания новорожденных, проф. Г.В. Яцык), С-Петербурга (1 детская клиническая больница, А.Д. Любименко) и других настольные и напольные лампы «Биоптрон»;
- для реабилитации перинатальных поражений ЦНС кинезитерапия, свето-, цвето-, музыкотерапия.

Проблема внутриутробных инфекций плода и новорожденного. Проблема акушерская в этом вопросе перерастает в неонатологическую. Инфекция матери всегда представляет опасность для плода и новорожденного, поскольку в силу физиологических особенностей его иммунной системы он очень уязвим, а клинические проявления инфекционного заболевания новорожденного не всегда типичны. В этой связи внутриутробное инфицирование в первые часы и дни жизни трудно дифференцируется от внутриутробной инфекции. Даже опытному врачу часто сложно определить время реализации инфицирования в инфекционный процесс, что в конечном итоге вызывает как гипо-, так и гипердиагностику этих состояний новорожденных со всеми последствиями во врачебной тактике их лечения и финансовых вопросах медицинского обеспечения адекватными средствами. Именно поэтому, несмотря на достижения медицины, летальность от септических заболеваний новорожденных во всех странах мира в течение многих лет остается в пределах 30%.

Проблема внутрибольничных инфекций в акушерских и особенно в неонатальных стационарах. Причинами высокой внутрибольничной заболеваемости новорожденных являются частое использование по клиническим показаниям жизнеобеспечивающей аппаратуры (отсюда - вентиляторассоциированные пневмонии) и инвазивных методов диагностики и лечения, широкое использование в стационарах антибактериальной терапии, в том числе широкого спектра действия, отсутствие адекватного эпидемиологического наблюдения в неонатальных стационарах, нередко ввиду отсутствия стационарного эпидемиолога. Поэтому имеют место отсутствие клинической диагностики, систематического микробиологического обследования, ретроспективного анализа, своевременного оперативного анализа для выявления ведущих путей и факторов передачи, участвующих в развитии внутрибольничных инфекций у матери и новорожденного.

В директивных документах министерств и ведомств предусмотрены профилактические помывки лишь в акушерских стационарах, хотя длительное наблюдение и лечение больных новорожденных осуществляется в отделениях реанимации и патологии новорожденных. В этой связи становится актуальным, чтобы руководители стационаров на местах предусмотрели ежегодно как минимум однократное плановое закрытие на «помывку» и дезинфекцию отделений новорожденных (тем более, что эти отделения всегда работают с перевыполнением плана койко-дней в году).

В акушерских и неонатологических стационарах до сих пор используются старые методы дезинфекции помещений, хотя в мировой практике помимо влажной уборки используется аэрозольная дезинфекция помещений в отделениях детей с респираторной и гнойно-воспалительной патологией.

Проблема инвалидизации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Несмотря на то, что в последние годы отмечается большая государственная забота о детях с ограниченными возможностями, она еще остается недостаточной. Известно, что абсолютное большинство инвалидов с детства имеют перинатальную патологию, преимущественно патологию ЦНС. Эти дети нуждаются в квалифицированной ранней поэтапной реабилитации как в условиях специализированных стационаров, так и в условиях детских поликлиник, нуждаются в социальной поддержке. На сегодня эта системность еще не отработана. Детские неврологи в поликлиниках дела-

ют ставку преимущественно на медикаментозное, часто дорогостоящее и неэффективное лечение vasoактивными препаратами и ноотропами, пренебрегая системно проводимой специальной кинезитерапией, массажем, педагогическими методами воспитания (которым наши специалисты не обучены) на фоне щадящей последовательной медикаментозной и физиотерапевтической коррекции неврологических нарушений. Еще недостаточна социальная и психологическая поддержка семей детей с тяжелой перинатальной патологией, детей – инвалидов с детства. Не отработана система ранней адекватной на современном уровне реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС в различные возрастные периоды (неонатальный, младенческий). В этом вопросе большая роль отводится первичному звену здравоохранения, ибо эти дети нуждаются в длительной реабилитации и преимущественно в домашних условиях.

Проблемы полипрагмазии и ятрогении в акушерской и неонатологической практике.

Данная проблема на сегодня стала одной из ведущих. Так, по данным D.E. Elder, J.M. Zuccollo (Arch. Dis. Child., Fetal. Neonatal. Ed. 2005; 90: F 270-272) частота ятрогении при патологоанатомических исследованиях детей с очень низкой массой тела при рождении были основной причиной смерти у 14 % детей. Ятрогенные повреждения идентифицированы у 41% детей с очень низкой массой тела - тампонада сердца и тромбозы, ассоциированные с длинными линиями, перфорации сосудов, желудка, пищевода, холестаза, ассоциированный с полным парентеральным питанием, пневмоторакс и др. По заключениям экспертов департаментов здравоохранения ряда стран Европы широко распространены неэффективные (а иногда и вредные) вмешательства у новорожденных детей. Распространенная в неонатальной и педиатрической практике полипрагмазия имеет своими исходами различные варианты ятрогении (дислокационный синдром, механические и лекарственные ятрогении, нозокомиальная инфекция и др.) и, соответственно, большие финансовые издержки как на необоснованную терапию, так и на лечение возникших осложнений от лечения.

По данным агентств по оценке технологий здравоохранения, в США ежегодно расходуется 133 млрд. долларов на устранение последствий заболеваемости и смертности, связанных с лекарственной терапией. По данным зарубежных коллег (Turner S. et al. Lancet, 1996; 347: 549-550; Conroy S. et al. Arch. Dis.

Child: Fetal Neonat. Ed. 1999; 80: F142-F145), в неонатальной практике 70-90% детей получают хотя бы одно нерегламентированное назначение лекарственных средств (см. рисунок). В рандомизированных исследованиях установлено, что ранее часто применяемые в неонатальной практике препараты имеют серьезные последствия в дальнейшем развитии ребенка: например, фенобарбитал увеличивает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных, диуретики вызывают постгеморрагические энцефалопатии, дексаметазон является фактором риска развития ДЦП, нейросенсорных аномалий и слепоты, высокие концентрации кислорода могут вызвать отек легких и слепоту, избыточная инфузионная терапия нередко заканчивается транслокационным синдромом.

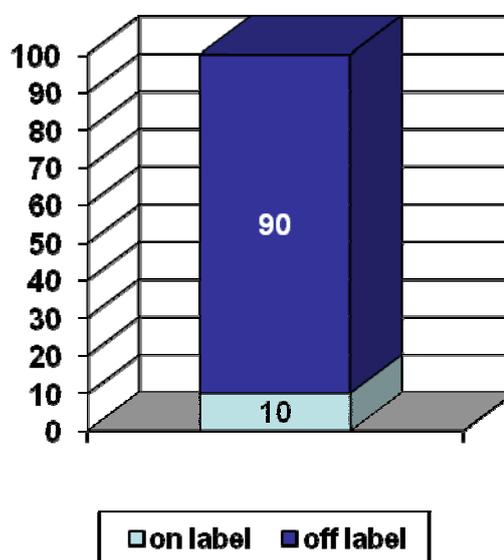


Рис. Неонатологическая практика – частота нерегламентированных назначений (Conroy S. et al. Arch. Dis. Child: Fetal Neonat. Ed. 1999; 80: F142-F145)

Более 50% лекарств, используемых в педиатрической практике стран ЕС (European Medicines Agency Press Office, London, 12 August 2005, Doc. Ref. EMEA /262135/ 2005), не разрешены к применению у детей (unlicensed) или назначаются по «неразрешенным показаниям» (on-label). К препаратам, которые не рекомендуется назначать новорожденным в европейских странах относятся актовегин, бифидумбактерин, витамины группы В в/м, интерфероны, препараты тимуса, интерлейкины, ликопид, панангин, пирacetам, кортексин, кавинтон, инстенон, цитомак, эссенциале, трентал, гептрал и др.

Таким образом, при достаточно больших и видимых достижениях в перинатологии по совершенствованию медицинского обеспече-

ния новорожденных детей имеется много проблем, требующих безотлагательного и последовательного решения. С этой целью целесообразно разработать региональную/республиканскую целевую программу медико-экономического обеспечения гарантированного объема медицинской помощи новорожденным на основе имеющейся ситуации в регионе. Например, в Санкт-Петербурге реализация аналогичной программы, разработанной органами здравоохранения совместно с учеными и общественными организациями акушеров, неонатологов и педиатров, позволила снизить раннюю неонатальную смертность за 3 года с 9,6 до 1,9 на 1000 родившихся живыми; неонатальную и младенческую смертность соответственно с 14,0 до 2,8 и с 18,1 до 9,2 на 1000 живорожденных.

На вопрос за счет чего должны решаться проблемы перинатальной медицины? - существует один единственный ответ: За счет организационных мероприятий! В этом аспекте необходимо решить вполне реальные на сегодня задачи:

- Укрепление материально-технической базы учреждений, осуществляющих специализированную помощь новорожденным.
- Переосмысление технологий в родовспоможении согласно мировой практике и по принципам доказательной медицины.
- Перераспределение потоков больных новорожденных с максимальной ориентацией в межрегиональные перинатальные центры.
- Внедрение в повседневную неонатальную практику высокоэффективных лекарственных препаратов (курсорф, иммуноглобулины), - именно дорогостоящие препараты снизят стоимость лечения новорожденных за счет их эффективности и снижения длительности пребывания ребенка в стационаре.
- Освоение современных лечебных технологий в реанимации (снижение частоты интубации трахеи ребенка за счет неинвазивной вентиляции легких, освоение современных подходов по рациональному энтеральному и парентеральному питанию и др.).
- Внедрение в практику работы реабилитационных отделений стационаров и детских поликлиник современных адекватных методов ранней реабилитации (преимущественно

немедикаментозной) новорожденных и детей раннего возраста.

- Совершенствование методов транспортировки новорожденных, находящихся в критических ситуациях.
- Добиться снижения частоты внутрибольничной инфекции: разработать и утвердить единую систему эпидемиологического наблюдения и инфекционного контроля в отделениях новорожденных.
- Максимально снизить частоту агрессии (шум, яркий свет, необоснованные тактильные раздражения) и укреплять принципы гуманизации при выхаживании недоношенных (поддержка грудного вскармливания, комфортный температурный режим, мягкое выхаживание, метод «кенгуру», совместное пребывание новорожденного с матерью, допуск матери в палаты интенсивной терапии и др.).
- Проанализировать объективно частоту и структуру ятрогений при оказании urgentной помощи новорожденным. Постоянно решать проблему ятрогений, избегать полипрагмазии в неонатальной практике с решением этических проблем и максимальным внедрением принципов гуманизации при выхаживании всех новорожденных и особенно детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении (здесь важна доказательность).

Но главное и обязательное условие для решения задач снижения заболеваемости и смертности новорожденных - это преэминентность в работе акушеров-гинекологов неонатологов, 100% обеспеченность регионов врачами - неонатологами, подготовка специалистов неонатологов, неонатологов-неврологов, детских офтальмологов (кадровое обеспечение лечебного процесса), повышение требований к их деятельности с позиций доказательной медицины (среди требований к молодым специалистам - обязательное знание английского языка, работа в системе Internet и Кохрейновской библиотеке, владение навыками неотложной помощи и интенсивной терапии) при одновременной значимой материальной стимуляции их работы. Без решения кадрового вопроса в перинатальной медицине никакие технологии не решат существующих проблем новорожденных и младенцев.