

необходимо включать курантил, папаверин, имидазол, токоферол. Эти препараты, стимулируя синтез простаглицина, одновременно угнетают биосинтез тромбоксана, что улучшает коэффициент простаглицин/тромбоксан в сторону преобладания эффекта простаглицина [3].

У переношенных новорожденных с этой же целью можно будет использовать трентал и витамин Е.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В., Богдашкин Н.Н.* Простаглицины и репродуктивная система женщины. — М., 1988.

2. *Дымент Т.З., Рахманова М.Н., Дворникова Е.Г.*//Педиатрия. — 1987. — № 9. — С.16—19.

3. *Лакин К.М., Макаров В.А., Новикова Н.В. и др.*//Фармакол. и токсикол. — 1984. — № 2. — С. 67—79.

4. *Марков Х.М.*//Вестн. АМН СССР.— 1985. — № 6. — С.13—18.

5. *Павлюк В.П.* Нейроэндокринные механизмы адаптации недоношенных новорожденных в

раннем неонатальном периоде: Дисс. ...докт. мед. наук. — Запорожье, 1990.

6. *Тимошенко Л.В., Волобуев В.В.*// Акуш. и гин. — 1988. — № 8. — С.8—11.

7. *Шалина Р.И., Куц И.Б., Чехонин В.П. и др.*// Акуш. и гин. — 1988. — № 6. — С.25—29.

Поступила 15.07.92.

#### CONTENT OF PROSTAGLANDINS IN WOMEN WITH PROLONGED PREGNANCY AND IN THEIR INFANTS

*B.M. Ventskovsky, Y.G. Reznichenko, G.I. Reznichenko*

#### S u m m a r y

The study of the content of prostaglandins in women with prolonged pregnancy and in their infants shows that their concentration is not distinguished from the results obtained in full-term pregnancy. It allows to consider prolonged pregnancy as physiologic with longer gestational term. Curantil, papaverine, imidazole, tocopherol are proposed for the correction of revealed disorders in prolonged pregnancy, trental and vitamin E are proposed for prolonged infants.

УДК 614.1:313.12:616—053.36

### СТРУКТУРА ПРИЧИН НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

*С.В. Мальцев, Э.М. Шакирова, В.В. Софронов*

*Республиканский центр охраны семьи, материнства и детства (директор — член-корр. АНТ С.В. Мальцев) МЗ РТ*

За последние годы проблема охраны здоровья населения резко обострилась и приобрела общегосударственный характер. Как известно, существует ряд индикаторов, характеризующих не только состояние здоровья в целом, но и социально-экономические и экологические условия жизни. К их числу прежде всего относится младенческая смертность. Демографическая статистика последних лет показала крайне неблагоприятную тенденцию к росту младенческой смертности на фоне резкого снижения рождаемости [2, 3]. Для выработки конкретных мер, направленных на снижение неонатальной смертности, необходимо иметь точное представление о ее причинах. Анализ структуры младенческой смертности в РТ в последние годы свидетельствует об устойчивой тенденции к росту удельного веса неонатальной смертности, поэтому снижение младенческой смертности будет зависеть от степени эффективности мероприятий по предотвращению смерти детей в периоде новорожденности [1].

В настоящей работе представлены результаты анализа неонатальной смертности в РТ, проведенного группой экспертов РЦ ОСМиД МЗ РТ, а также предложен комплекс мер по ее снижению (табл. 1).

Отсутствие врожденной пневмонии на фоне очень высокой частоты синдрома дыхательных расстройств в конечном итоге также может быть объяснено, по мнению экспертов, недостаточным высоким уровнем клинического и патологоанатомического исследования новорожденных, а также относительно высоким процентом умерших детей, подвергнутых патологоанатомическому вскрытию (14,9%). Структура непосредственных причин смерти новорожденных представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, существенных изменений в структуре непосредственных причин неонатальной смертности не произошло, за исключением более радикального разграничения основных причин смерти новорожденных. Доминирующее положение дыхательной не-

Структура основных причин смерти новорожденных в РТ (%)

Причины	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.
Врожденные аномалии	13,9	14,3	10,4	10,8
Родовая травма	15,7	16,2	25,9	14,9
Асфиксия (гипоксия, аноксия)	13,9	6,5	12,9	5,7
Синдром дыхательных расстройств	24,1	31,2	21,4	47,3
Врожденная пневмония	6,5	11,0	9,1	1,4
Синдром массивной аспирации	1,9	1,3	1,3	0
Другие респираторные состояния	1,9	2,6	1,3	5,4
Инфекции перинатального периода	0,9	1,9	1,3	2,7
Сепсис плода и новорожденного	0,9	4,6	5,2	1,4
Интражелудочковые кровоизлияния	6,5	4,6	3,3	2,7
Гемолитическая болезнь новорожденных	3,7	1,9	1,95	2,7
Глубокая недоношенность	1,9	3,3	—	—
Прочие	8,3	0,7	4,8	1,3

Таблица 2

Структура непосредственных причин смерти новорожденных в РТ (%)

Причины	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.
Дыхательная недостаточность	8,2	31,9	32,6	42,6
Кровоизлияния в мозг	25,9	19,2	29,4	18,6
Отек мозга	29,4	19,2	16,0	6,6
Сердечно-сосудистая недостаточность	22,4	14,9	12,3	2,7
Отек легких	7,1	0,7	4,3	1,3
ЦНС	0,0	7,8	1,6	2,9
Шоковое состояние	4,7	3,6	1,1	6,0
Сердечно-легочная недостаточность	2,4	2,1	2,7	20,0

Таблица 3

Распределение умерших новорожденных по гестационному возрасту (%)

Гестационный возраст	Неонатальный период	Постнеонатальный период
22—31 нед	34	8
32—37 нед	38	20
38—40 нед	28	73

достаточности (42,6%) предопределяет достаточно высокий удельный вес кровоизлияний в мозг (18,6%) и отека головного мозга (6,6%). Эти данные могут свидетельствовать о недостаточно качественной коррекции гипоксических состояний у детей. Однако, вероятнее всего, причина находится в самой системе организации реанимационной помощи новорожденным в родильном зале и в последующем в палатах интенсивной терапии родильных домов. Среди умерших новорожденных и по выборке — прежнему сохраняется устойчивая тенденция к росту недоношенных детей. Их число из года в год растет: в 1993 г. — 48%, в 1994 г. — 71%, в 1995 г. — 72%, причем речь идет преимущественно о детях с низкой массой тела и задержкой внутриутробного развития.

Проведенная экспертная оценка диагностических и реанимационных ошибок на уровне стационара выявила сохраняющуюся тенденцию к таким де-

фектам, как трудности диагностики (в 1993 г. — 21,8%, в 1994 г. — 34,4%, в 1995 г. — 44,4%), недостаточная квалификация врача (соответственно 24%, 36,1%, 46,6%). В очередной раз приходится констатировать, что в неспециализированных родильных домах в связи с отсутствием перинатальных центров помощь больным новорожденным, особенно недоношенным, оказывают без мониторинга основных параметров жизнедеятельности, что является нарушением современных перинатальных технологий. Известно, что часть больных но-

ворожденных невозможно в настоящее время успешно выхаживать без оказания им высокоспециализированной помощи. Прямым подтверждением указанного положения могут служить данные о распределении умерших по гестационному возрасту в неонатальном и постнеонатальном периодах (табл. 3).

Непозволительно высокий процент доношенных детей и детей с легкой степенью недоношенности наглядно демонстрирует недостатки в организации перинатальной помощи детям и является колоссальным резервом снижения как неонатальной, так и младенческой смертности в целом. Сегодня эта проблема крайне злободневна: существующие родильные дома республики в подавляющем большинстве — не место для больных новорожденных. Не подлежит сомнению, что “внутриутробный транспорт” новорожденных высокого риска предпочтительнее постнатального.

Таким образом, беременных с высоким риском родоразрешения на сроке менее 35 нед следует госпитализировать в роддома, аналогичные тому, что при РКБ, поскольку последний территориально связан с ДМЦ и наиболее приближен к структуре, отвечающей требованиям перинатального центра. Однако даже если допустить такой невероятный факт, что роддом РКБ будет обслуживать беременных высокого риска только г. Казани, он “задохнется” от потока больных. Только для Казани необходимы 2 перинатальных центра. Строительство таких центров требует продолжительного времени. Создание же структур, приближенных к требованиям перинатального центра — задача, решение которой откладывать нельзя, и это должно быть первоочередным шагом в снижении не только перинатальной, но и младенческой смертности, а также в решении тесно связанной с ней проблемы профилактики инвалидности с детства. Проблема современного транспорта, а не перевозки новорожденного как одна из острейших должна рассматриваться отдельно. В состав существующих ОПН должны входить реанимационно-интенсивные койки, так как не каждый больной новорожденный в необходимый момент нуждается в реанимационных мерах. Транспорту из родильных домов независимо от возраста и как можно раньше подлежат новорожденные после первичной реанимации и интубации,

недоношенные и доношенные новорожденные с кардиореспираторными нарушениями (синдром дыхательных расстройств, сердечная недостаточность и т.д.), глубоко недоношенные (меньше 35 нед, с массой тела менее 2000 г), недоношенные и доношенные с тяжелой анемией или симптоматикой шока, недоношенные и доношенные с церебральными и спинальными расстройствами (судороги, апноэ, менингит, кровоизлияния, парезы, параличи и т.д.), дети с диабетической фетопатией и тяжелыми формами гипербилирубинемии), недоношенные и доношенные с врожденными пороками, нуждающиеся в срочной коррекции (диафрагмальная грыжа, гастроинтестинальные атрезии, миеломенингоцеле и др.), новорожденные с задержкой внутриутробного развития (меньше 2000 г), новорожденные с клиникой TORCH-синдрома. Список этот, безусловно, будет расширяться. Сегодня подавляющее большинство больных новорожденных по причине нетранспортабельности оставляют в родильных домах и часто переводят в ОПН с уже необратимыми изменениями ЦНС. Часть детей подлечивают на педиатрических участках, где в последующем они составляют основной контингент для поздней неонатальной и отсроченной перинатальной смертности или же остаются инвалидами. Таким образом, организация региональной перинатальной службы является в настоящее время важнейшим фактором снижения младенческой смертности.

На наш взгляд, организация региональной перинатальной службы может быть представлена следующим образом. В основе перинатальной медицины должны лежать координированные усилия трех служб: акушерской, педиатрической и терапевтической (АТП), однако нередко привлекаются смежные специалисты как взрослой, так и детской сети (генетики, невропатологи, хирурги, оккулисты, патологоанатомы и т.д.). В последние годы область интересов перинатальной службы расширяется, так как многие хронические заболевания детей и взрослых являются отсроченной перинатальной патологией. Сюда же относится и синдром внезапной смерти. Исходя из этого диспансеризация новорожденных высокого риска осуществляется совместно со специалистами перинатологами.

Целями перинатальной службы являются снижение младенческой смертности, формирование здорового поколения в популяции, профилактика инвалидности детства, сохранение здоровья и репродуктивной функции женщины-матери.

Для их реализации необходимы следующие меры: планирование беременности с минимальным риском для данной женщины и ее будущего ребенка, мониторинг состояния беременной и выявление новых факторов риска и перинатальная диагностика, госпитализация женщины при отклонениях в течении беременности, лечение внутриутробного ребенка и оптимизация ведения родов высокого риска, соблюдение общей доктрины медицины: "беременная в должном месте, в должное время и должным образом", что означает госпитализацию в профильный стационар заблаговременно, а в экстремальных случаях — транспорт с мониторингом и оказанием помощи по ходу транспортирования. Упомянутые направления в работе приведут к снижению младенческой смертности и инвалидности, формированию здорового, включая генетический фонд, поколения.

Организационными формами работы могут быть следующие мероприятия: 1) планирование региональных перинатальных центров (отделения патологии беременных в составе многопрофильных больниц при строительстве новых медицинских учреждений); 2) в существующих реалиях создание отделений интенсивной терапии новорожденных с обязательным наличием реанимационных коек и транспортных бригад. Дан-

ная мера является вынужденной, так как в республике еще нет региональных перинатальных центров, и роды высокого риска происходят в родильных домах, не приспособленных к оказанию специализированной помощи больной женщине и ее новорожденному. Отсутствие региональных перинатальных центров следует рассматривать как главную причину высокой материнской и неонатальной смертности, а также инвалидизации детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Яруллин А.Х., Максимов Ю.Г. Репродуктивно-демографические показатели. — Казань, 1994.
2. Комаров Ю.М.//Педиатрия, специальный выпуск. — 1994. — С. 10—14.
3. Овчаров В.К., Тишус Е.А., Бомкова М.В., Соловьева Н.Б.// Педиатрия. — 1993. — № 5. — С.73—75.

Поступила 15.07.96.

## STRUCTURE OF THE CAUSES OF NEONATAL DEATH RATE AND THE VALIDITY OF THE REGIONAL PERINATAL SERVICE

*S.V. Maltsev, E.M. Shakirova, V.V. Sofronov*

### S u m m a r y

Infant death rate is concerned with general amount of indicators of social-economic and ecologic conditions of life. The basic causes of unfavourable tendencies of perinatal death rate are placental deficiency, unbearing of pregnancy, low mass of body in birth, revivification mistakes in connection with diagnosis difficulties and insufficient professional skill of physician and the absence of perinatal centres. The methods, aims and organization forms of the regional perinatal service are proposed.