

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1997

3

ТОМ
LXXVIII

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 614.1:313.11/12(470.41)

ТЕНДЕНЦИИ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ФЕТО-ИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Л.А.Никольская, М.Ю. Абросимова

*Республиканский центр "Медсоцэконом" (директор — А.А. Гильманов) МЗ РТ,
курс истории медицины и медицинской биоэтики (зав. — проф. В.Ю. Альбицкий)
Казанского государственного медицинского университета*

С конца 80-х годов в стране резко изменилась экономическая и социальная ситуация. Кризис в экономике, переход к рыночным отношениям, обнищание значительной части населения и заметное расслоение общества, кризис здравоохранения, обусловленный полной исчерпанностью и фактической несостоятельностью централизованной, административно-распределительной системы здравоохранения, не могли не сказаться на состоянии общественного здоровья [2]. Особенно это отразилось на наиболее уязвимой его части — матерях и детях, у которых основные показатели здоровья в Республике Татарстан за 1990—1995 гг. свидетельствуют о нарастании негативных тенденций. Так, среди беременных повысился удельный вес эстрагенитальных заболеваний (с 20,9 до 54,8%). Из года в год снижается число нормальных родов (52,8% и 33,9%). Введение новых критериев регистрации живо- и мертворождений позволило более достоверно отражать реальную картину, поэтому за последние 3 года число новорожденных,

родившихся раньше срока с массой тела менее 1500 г, было зарегистрировано в 2 раза больше, чем в предшествующем периоде. Именно на их долю приходится до 40% случаев смертности на первом году жизни. Одновременно ухудшается качество здоровья родившихся: показатель заболеваемости новорожденных в акушерских стационарах за рассматриваемый период возрос в 2,5 раза (с 147,2 до 367,0 на 1000 родившихся), а число детей, отнесенных к здоровым, уменьшилось с 33 до 17%.

Как кризисную можно оценить и современную демографическую ситуацию из-за падения рождаемости, высокой смертности населения в младенческом и репродуктивном возрасте, сокращения средней продолжительности жизни и в итоге отрицательного естественного прироста населения [1, 3—5], что диктует необходимость сохранения не только каждой уже состоявшейся, но и потенциальной человеческой жизни.

До настоящего времени в отечественной медицинской литературе показатель младенческой и перинатальной смер-

ности рассматриваются отдельно, что не дает возможности представить реальную ситуацию с потерями всех жизнеспособных детей до одного года жизни. Более информативно исчисление рекомендованного ВОЗ интегрированного, объединяющего мертворождаемость и младенческую смертность фето-инфантильного показателя (ФИП) [6], так как именно он характеризует и определяет качество и адекватность оказания помощи женщине и ребенку.

Исследование динамики ФИП в Республике Татарстан за 1985—1995 гг., согласно данным Государственного комитета по статистике РТ, показало, что его уровень повысился с 25,6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми до 28,4, или на 10,9%, за счет резкого роста в сельской местности (с 20,2 до 31,3‰), а доля перинатальных потерь составляла в них в среднем около 70%. В поврежденной структуре смертности плодов и младенцев преобладала мертворождаемость (в среднем 39,8%). На втором месте находилась смертность детей на первой неделе жизни (31,4%), причем она возросла с 7,2 до 9,3‰. Отмечалось повышение смертности детей на 2—4-й неделях жизни — с 2,0 до 3,0‰. В постнеонатальном периоде она оставалась в течение изучаемого периода стабильной (в пределах 6‰). Указанную динамику можно объяснить применением реальных ВОЗовских критериев регистрации живо- и мертворождений, с использованием которых уменьшилось число случаев “перевода” (фальсификаций) новорожденных в мертворожденные и поздние выкидыши.

Анализ причин фето-инфантильных потерь показал, что мертворождаемость возросла от антенатальной (с 5,4 до 6,3‰) и снизилась от интранатальной асфиксии (с 4,4 до 3,5‰). Смертность же детей на первой неделе жизни достоверно возросла от врожденных аномалий развития с 0,7 до 1,6‰.

Известно, что на мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность влияют состояние здоровья матери, качество наблюдения за ней во время беременности, правильный выбор тактики ведения родов. Среди основных (свя-

занных с заболеваниями матери, осложнениями беременности и родов) причин гибели плода и новорожденного в 1995 г. доминировали аномальное расположение или преждевременная отслойка плаценты (25,7% и 28,9% соответственно) и экстрагенитальные заболевания (13,1% и 12,8%). За исследуемый период отмечалось повышение смертности при патологии плаценты (плодов — с 1,3 до 2,5‰, новорожденных — с 0,66 до 2,69‰) и экстрагенитальных заболеваниях (соответственно с 0,7 до 1,3‰ и с 0,7 до 1,2‰). Анализ показал, что имеется еще немало резервов в снижении перинатальных потерь за счет повышения качества наблюдения и обследования женщин во время беременности. Об этом, в частности, свидетельствуют наблюдения, что в трети случаев гибели плода и новорожденного причина со стороны матери не была установлена.

Таким образом, исследование динамики и причин ФИП показало приоритетное значение перинатальной смертности в их структуре. Становится очевидным, что для ее снижения в республике необходимо реформирование службы перинатологии, в основе которого должны находиться 3 комплекса мероприятий, охватывающих антенатальный, интранатальный и неонатальный периоды.

В антенатальном периоде усилия должны быть направлены прежде всего на эффективное проведение диспансеризации женщин фертильного возраста с целью своевременного выявления и лечения у них заболеваний почек, эндокринных нарушений, гипертонической болезни и вегетососудистой дистонии, которые являются причиной возникновения тяжелых гестозов у беременных. В структуре акушерских коек следует увеличить долю коек патологии беременности до 50%. Данную задачу необходимо решать не откладывая, ибо обеспеченность этими койками в РТ ниже, чем в России (7,0 на 10000 женщин фертильного возраста против 9,0).

Особое внимание должно быть уделено выявлению и лечению анемии, частота которой в родах и послеродовом периоде в РТ регистрировалась на

уровне 25,6 на 100 родов (в РФ — 20,9), в то время как при осмотрах в женской консультации этот показатель равнялся 34,8 на 100 осмотренных (в РФ — 34,4). Это означает, что коэффициент эффективности лечения составил в РТ 1,36 против 1,64 в России.

Важным направлением в антенатальной охране плода является планирование беременности с минимальным риском для женщины и ее будущего ребенка, особенно работа по профилактике аборт и распространению методов современной контрацепции. В нашей республике уровень абортов выше, чем в РФ (соответственно 77,1 и 68,1 на 1000 женщин фертильного возраста). Следовательно, необходимо расширять сеть учреждений службы планирования семьи.

Следующий этап работы в антенатальном периоде — проведение скрининга беременных:

1) ультразвукового — для диагностики пороков развития плода: анэнцефалии, spina bifida, ахондроплазии, пороков желудочно-кишечного тракта, а также патологии плаценты и фетоплацентарной недостаточности. В этой области имеются значительные резервы: после более 70000 исследований прерывание беременности проведено всего в 0,1% случаев, продолжается рождение детей с тяжелой видимой патологией. Решение этой проблемы возможно за счет повышения уровня квалификации врачей УЗД, увеличения среди них числа акушеров-гинекологов, приобретения аппаратов более высокого класса, в том числе с доплеровскими приставками;

2) иммуноферментного — для диагностики врожденных пороков развития и внутриутробных инфекций (селективно в группах высокого риска).

На интранатальном этапе профилактики потерь жизнеспособных детей большое значение имеют правильная оценка акушерской ситуации, диагностика внутриутробной гипоксии плода, выбор тактики ведения родов, своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении. Безусловно, оперативное родоразрешение более опасно для матери, однако во многих случаях

его своевременное выполнение сохраняет жизнь и здоровье ребенка, уменьшая при этом показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

Вопросы оптимизации ведения родов включают в себя также своевременную и в полном объеме помощь плоду и новорожденному, оказание реанимационной помощи и проведение рациональной интенсивной терапии в неонатальном периоде. В этой связи необходимо подчеркнуть, что, к сожалению, даже те небольшие вложения, которые сделаны за последние годы в акушерские стационары всех уровней, не используются в полной мере. Так, все акушерские отделения сегодня оснащены оборудованием для оказания первичной реанимационной помощи, однако выборочный анализ причин смерти новорожденных свидетельствует о несвоевременном проведении искусственной вентиляции легких, иногда об отказе от нее.

Не может удовлетворять организация скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, которым в 1995 г. было охвачено лишь 48% новорожденных.

Таким образом, анализ эффективности существующей системы перинатальной помощи показал, что в республике имеются резервы снижения ФИП, не требующие коренных преобразований и больших вложений. Приоритет медицинской помощи беременным и новорожденным, опыт Европы, Японии и США в этой области диктуют необходимость новых подходов к организации перинатальной помощи, к ее подъему на уровень мировых стандартов.

Сущность концепции современной региональной перинатальной помощи заключается в создании координированной взаимодействующей системы лечебных учреждений, направленной на своевременное выявление беременных и новорожденных группы высокого риска и оптимальное использование эффективных методов акушерской и педиатрической помощи. Это означает, что следует внедрить трехуровневую систему перинатальной помощи, где будут строго распределены функции с учетом

наличия медицинского и лабораторного оборудования, специалистов неонатологов и реаниматологов. На первом уровне (практически все ЦРБ сельского типа) медицинская помощь должна оказываться беременным при неосложненном анамнезе и с нормальным течением беременности, на втором уровне (в межрайонных центрах, созданных на базе городских акушерских стационаров) — беременным, имеющим среднюю степень риска. И, наконец, региональный перинатальный центр (третий уровень) позволит сконцентрировать в одном месте беременных и новорожденных групп высокого риска, должный кадровый потенциал и материально-техническое обеспечение.

Стандартный перинатальный центр объединяет в себе родильный дом с мощной амбулаторно-поликлинической базой, службу планирования семьи, женскую и медико-генетическую консультацию, подразделения пренатальной диагностики с современной службой реанимации и интенсивной терапии, с отделением первого этапа выхаживания новорожденных, отделением патологии беременных, выездными бригадами специализированной помощи. Однако создание регионального перинатального центра не следует отождествлять только со строительством нового лечебного учреждения. Это, по существу, реорганизация всей службы родовспоможения в регионе, основанная на анализе структуры ФИП, оценке существующих возможностей каждого лечебного учреждения, укреплении и модернизации роддомов или больниц для последующей организации первого, второго и третьего уровней перинатальной помощи. В современных экономических условиях реальным путем создания региональных перинатальных центров являются адаптация и функциональное объединение имеющихся поликлиник, родильных стационаров, отделений патологии новорожденных детских больниц.

Очень важным при обеспечении взаимодействия и преемственности между учреждениями и уровнями является вопрос транспортировки, для этого необходимы специализированные бригады, работающие “на себя”, с предпочтением транспортировки ребенка “in utero”.

Безусловно, создание региональной трехуровневой перинатальной помощи беременным и новорожденным требует комплексного подхода и, конечно, целевого финансирования. Поэтому раздел “Охрана здоровья плода и новорожденного” занял центральное место в республиканской комплексной программе “Будущее Татарстана”, которая представлена для утверждения в правительство Республики Татарстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллин И.С., Камалов А.А. //Казанский мед. ж. — 1996. — № 3. — С. 222—225.
2. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю. //Казанский мед.ж. — 1996. — № 5. — С. 321—325.
3. Баранов А.А., Игнатьева Р.К. //Педиатрия. — 1994. — № 1. — С. 6—8.
4. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). — СПб, 1996.
5. Комаров Ю.М. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения и вклад НПО “Медсоц-экономинформ” в их научное обоснование и инновационные решения. — Актовая речь. — М., 1995.
6. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Глинянская С.В., Гудимова В.В. // Здравоохран. Российской Федерации. — 1994. — № 2. — С. 25—27.

Поступила 03.02.97.

TENDENCIES AND WAYS OF DECREASE OF FETO-INFANTILE LOSSES IN TATARSTAN REPUBLIC

L.A. Nikolskaya, M.Yu. Abrosimov

S u m m a r y

The integrated index level of feto-infantile losses combining mortinatality and infantile mortality in Tatarstan Republic increased by 10,9% at the expense of its sharp rise in rural region from 1985 to 1995. Mortality in perinatal period (mortinatality is 39,8% and mortality during the first week of life is 31,4%) takes the leading position in its structure suggesting the necessity of reorganization of perinatal help by introducing a three— level system with concentration of pregnant and new-borus of high risk groups, skilled staff and high material and technical provision in perinatal centres.