

О.Б. Демченко, к.м.н., О.В. Грищенко, д.м.н., С.М. Коровай, Т.А. Вервейко, И.Г. Полегаева,
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Демографические проблемы и пути их решения

Демографическая стратегия нашего государства направлена на улучшение ситуации, которая, как известно, с 90-х годов прошлого столетия переживает глубокий кризис. Некоторые страны постсоветского пространства, в том числе Украина, до сих пор не решили проблем народонаселения. В докладе экспертов ВОЗ в мае 2011 года отмечено, что средняя продолжительность жизни в Украине сравнима с таковой в России и составляет 64-69 лет, тогда как в Европе этот показатель достигает 80-82 года. В мире лидирующее положение среди стран, имеющих долгожителей, занимает Япония, где живут в среднем 83 года. В преобладающем большинстве стран женщины живут дольше на 5-7 лет. Кроме невысокой продолжительности жизни, в нашей стране остается низким коэффициент рождаемости. Для нормального развития экономики страны и оптимального воспроизводства необходимо рождение в среднем у одной женщины более двух детей. В России этот показатель составляет 1,4, самый низкий в мире он в Южной Корее – 1,2, самый высокий – в Нигерии, где на одну женщину приходится 7 детей.



О.Б. Демченко

Какие направления решения демографических проблем существуют в нашей стране? Одним из аспектов стратегии является реформирование здравоохранения. До 2007 года в Украине статистический учет родившихся детей осуществлялся с 28 недель беременности. Потери беременности в сроках 22-27 недель считались абортми позднего срока. Следуя рекомендациям ВОЗ, с 2007 года сроки учета преждевременных родов изменились, и гестационный возраст, считающийся преждевременными родами, теперь составляет более 22 недель при массе плода 500 г и выше (наказ МОЗ України №179 від 29.03.06 «Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості»).

Специалистами родовспомогательной службы высказывались опасения, что расширение границ гестационных сроков учета перинатальных потерь приведет к резкому ухудшению этих показателей.

В России существует проект, по которому переход на учет перинатальных показателей с 22 недель гестации планируется с 2012 года, и на протяжении десятка лет пилотные родовспомогательные учреждения уже работают по новым критериям учета перинатальных потерь. Предварительный анализ изменений перинатальной статистики в России показал, что уровень перинатальной смертности увеличится с 8,4 до 9,2%. Каким будет окончательное решение законодателей – с 22 или с 25 недель гестационного срока учитывать перинатальные потери в России – покажет время. По данным Госкомстата Украины, показатель перинатальной смертности до и после изменений перинатальной статистики претерпел следующую динамику: в 2006 году перинатальная смертность составляла 8,75%, в 2007 – 11,1%, в 2010 – 10,54%.

Мировой опыт выхаживания глубоко недоношенных детей нельзя назвать достаточно оптимистичным. Конечно, за десятилетия улучшения качества оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии позитивные тенденции существуют. Известно, что выживаемость и качество жизни глубоко недоношенных детей зависит от их гестационного возраста и фетометрических параметров. При этом степень развития и полноценность функционирования органов и систем плода зависят от индекса здоровья матери, а также особенностей течения беременности в условиях влияния неблагоприятных факторов. Кроме этого, имеют значение оснащение высокотехнологическим оборудованием современных специализированных центров по оказанию медицинской помощи пациенткам с невынашиванием беременности. Причем немаловажным является наличие подготовленных высококвалифицированных кадров – акушеров-гинекологов, перинатологов и неонатологов-реаниматологов. На всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи беременным важен единый системный подход, регламентированный соответствующими нормативными документами.

По данным литературы, за последние десятилетия смертность детей с массой тела 1000-1500 г снизилась с 50 до 5%, а смертность новорожденных весом 500-1000 г уменьшилась с 90 до 20%. При этом выживаемость младенцев с экстремально малой массой тела сопряжена с резким увеличением инвалидности. О неблагоприятном прогнозе для детей с экстремально низкой массой тела свидетельствуют наблюдения специалистов ряда высокоразвитых стран Европы и Америки. Ребенок, рожденный на пороге выживаемости (25 недель и менее), рискует не только не выжить, но и иметь высочайший риск развития в будущем таких тяжелых неврологических нарушений, как детский церебральный паралич, глухота, ретинопатия и т.д. В 2002 году Американским обществом акушеров-гинекологов был выдвинут тезис о том, что лечение детей с экстремально низкой массой тела чревато появлением в период полового созревания неожиданного эффекта этого лечения в виде нарушений неврологического развития и познавательных функций.

Мы проанализировали архивные материалы отчетов работы акушерских отделений Харьковского городского перинатального центра (ХГПЦ) в период с 2001 по 2010 год. Анализ основных акушерских показателей ХГПЦ за период 2001-2010 гг. дает первые представления об особенностях работы в новых условиях, позволяет наметить пути решения проблем оказания помощи беременным с невынашиванием беременности и недоношенным новорожденным.

В 2004 году ХГПЦ один из первых в Украине получил статус «Лікарня, доброзичлива до дитини». С тех пор он подтверждает его в соответствии с государственной программой и законом Украины «Про охорону дитинства», а также глобальной стратегией ВОЗ/ЮНИСЕФ по вопросам вскармливания новорожденных и детей раннего возраста.

С 2001 по 2010 год в клинике увеличилось количество проведенных родов с 1887 до 4114, при этом произошло увеличение доли преждевременных родов в 2 раза (с 4,45% в 2001 до 8,2% в 2010 году). Наметилась четкая тенденция к увеличению количества нормальных родов (с 18,3% в 2001 до 55,4% в 2010 году)

и случаев совместного пребывания новорожденного с матерью за тот же период на 22,4% (с 68 до 90,4%). Случаи кесаревых сечений с 2001 года составили 25-29%, при преждевременных родах – 35-44,1% (рис.).

При сравнении показателей перинатальной смертности в ХГПЦ за 2001 и 2007 год, когда был осуществлен переход на статистический учет преждевременных родов с 22 недель, они выросли в 3 раза в основном за счет мертворождений и составили 12,7%. В 2010 году показатель перинатальной смертности снизился до уровня 9,8%. Из всех случаев перинатальной смертности на долю недоношенных новорожденных пришлось 80%.

Показатели мертворождения и ранней неонатальной смертности определили случаи рождения детей в основном в сроках 22-27 недель. Ведущей причиной мертворождения в группе новорожденных с экстремально низкой массой тела явилась антенатальная асфиксия. Причинами ранней неонатальной смертности в трети случаев в равной степени были внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), врожденные пороки развития, внутриутробная инфекция.

Анализируя исход преждевременных родов в группе с гестационным возрастом 22-27 недель (табл.), мы видим, что неблагоприятные исходы были в сроках 22-24 недели. Из всех 40 недоношенных детей (четверо из двоен, два ребенка из троен) выжившими оказались 16 (40%) новорожденных с гестационным сроком 25-27 недель.

Исходя из наших данных, мы предположили, что пролонгирование беременности до 24 недель при преждевременном разрыве плодных оболочек нецелесообразно и чревато высоким риском перинатальной смерти, заболеваемости и инвалидности детей, а также септическими осложнениями у матери. Тактика ведения должна быть выжидательной с УЗ-контролем объема околоплодных вод, проведением мониторинга состояния беременной для выявления ранних маркеров инфицирования и мониторинга состояния плода. При длительном безводном промежутке следует учитывать высокий риск развития у плода внутриутробных инфекционных осложнений (пневмония и менингоэнцефалита).

За период с 2007 года увеличилось число новорожденных с экстремально высокой массой тела, причем положительным является увеличение количества преждевременных родов в группе с венозной категорией 1000-1499 г и 2000-2499 г, что определило более благоприятный прогноз для новорожденных в сравнении с детьми, рожденными с меньшей массой тела и в более ранние гестационные сроки. Вероятно, оказание медицинской помощи больным данной категории состоит в том, чтобы у пациенток с угрожающими преждевременными родами в сроке гестации 28-34 недели, а это 60% всех преждевременных родов, пролонгировать беременность до срока 34-36 недель. Наименьшие риски перинатальных потерь и осложнений имели недоношенные новорожденные с большим гестационным сроком, но меньшей массой тела за счет синдрома задержки внутриутробного развития плода по сравнению с недоношенными новорожденными с аналогичной массой тела, но меньшим гестационным сроком. Таким образом, ведущим прогностическим признаком недоношенных новорожденных является срок беременности. Можно отметить проблемы, с которыми сталкиваются практические врачи при определении срока беременности у конкретной пациентки. В настоящее время в основу метода определения срока гестации принимается первый день

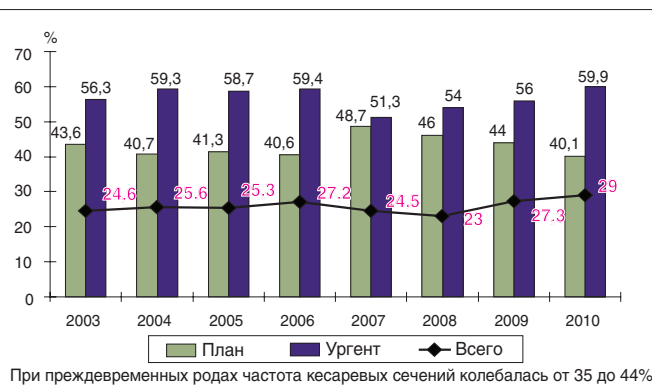


Рис. Процент кесаревых сечений при преждевременных родах

Недели	Всего родилось	Мертворождение	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Выжившие
22-27	40	17	5	2	16
22-24	12	12	-	-	-
25-27	28	5	5	2	16

последней менструации (формула Негеле) и данные ультразвукового исследования (более информативные до 20 недель).

Следует отметить, что 55% преждевременных родов произошли в первые сутки поступления больных в акушерский стационар, что не обеспечило эффективности проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств (СДР) и явилось резервом улучшения качества наблюдения беременных в женской консультации.

Родители должны быть осведомлены о том, что родившиеся до 24 недель включительно дети вряд ли выживут, а выжившие вряд ли будут здоровыми (проект USAID «Улучшение помощи мамам и малышам»). Профилактика и ведение преждевременных родов, 2010 год).

Завершая анализ изменений тактики ведения больных с недоношением беременности в нашей клинике, следует сказать, что имели место положительные тенденции снижения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных. Этому способствовали следующие факторы:

- создание родовспомогательного учреждения с функциями перинатального центра, концентрация профильных больных с невынашиванием, совершенствование качества оказания акушерской и перинатальной помощи;
- выявление женщин высокого перинатального риска, прегравидарная подготовка супружеских пар;
- современная пренатальная диагностика с применением компьютерных программ, ультразвуковой диагностики, биохимического скрининга беременных;
- выявление и лечение акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний у беременных в соответствии с протоколами МЗ Украины при использовании лабораторного высокотехнологического оборудования;
- индивидуальный подход к ведению беременных с привычным невынашиванием беременности и после применения вспомогательных репродуктивных технологий;
- комплексный подход к диагностике угрожающего прерывания беременности во всех сроках гестационного периода с учетом выводов и рекомендаций в рамках доказательной медицины и приказа № 624 МЗ Украины;
- мониторинг течения гестации, состояния родовых путей, раннее определение маркеров преждевременного прерывания беременности и использование тестов развития и состояния внутриутробного плода;
- антенатальная профилактика СДР глюкокортикоидами у больных с признаками угрозы прерывания беременности и прогнозируемым риском недоношения;
- рациональная антибактериальная терапия при преждевременном излитии околоплодных вод или выявлении инфекционной причины хронического прерывания беременности, бессимптомной бактериурии, бактериального вагиноза;
- медикаментозная терапия эффективными современными токолитиками;
- своевременное выявление и хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности;
- проведение кесарева сечения при преждевременных родах с методикой извлечения плода на целом плодном пузыре (что снизило число недоношенных новорожденных с внутрижелудочковым кровоизлиянием III и IV ст.);
- раннее постнатальное использование (в родильном зале, операционной) эффективных препаратов сурфактанта;
- протезирование дыхания у новорожденных современным оборудованием с минимизацией побочных эффектов и риском развития бронхолегочной дисплазии;
- оптимальный профессиональный перинатальный уход;
- использование принципов новых перинатальных технологий (партнерские роды; тепловая цепочка; раннее, преимущественно грудное вскармливание; демедицинализация акушерской и неонатальной помощи);
- расширение возможностей оказания новорожденным хирургической помощи в неонатологическом стационаре (лазерная коррекция ретинопатии, хирургическое лечение патологии фетальных коммуникаций).

Важным в профилактике преждевременных родов является улучшение качества жизни, питания, условий труда беременных, проведение образовательных программ для женщин репродуктивного возраста и их семей, отказ от курения, пропаганда здорового образа жизни.

Вряд ли в ближайшем будущем следует ожидать изменений в национальной перинатальной статистике и перехода на учет перинатальных потерь с 25-26 недель беременности как наиболее оптимальных, вместо принятых 22 недель. Поэтому мы считаем целесообразным в настоящее время оценить и исправить ошибки, а также использовать накопленный свой и мировой опыт оказания высокотехнологической квалифицированной качественной медицинской помощи больным с невынашиванием беременности и недоношенным детям.