

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

кафедра акушерства и гинекологии № 2,

Национальный Центр охраны материнства и детства,

Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: На основании анализа уровня, причин и структуры перинатальных потерь в Кыргызской Республике за последние 10 лет отражены возможные пути снижения их в современных условиях.

Ключевые слова: перинатальная смертность, структура, причины.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЗЫРКЫ УБАКТАГЫ ТӨРӨТ УЧУРУНДА ПЕРИНАТАЛДЫК ЖОГОТУУЛАРДЫ АЗАЙТУУСУНУН МУМКУН БОЛГОН ЖОЛДОРУ.

Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

акушерство жана гинекология кафедрасы, Улуттук эне жана баланы коргоо борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кыргыз Республикасынын акыркы 10 жыл аралыгындагы перинаталдык жоготуулардын түзүлүшүнүн, себептеринин жана өлчөмүн анализдөөнүн негизинде аларды азайтуунун мүмкүн болгон жолдору чагылдырылган

Негизги сөздөр: перинаталдык өлүм, түзүлүшү, себептери.

THE POSSIBLE WAYS OF DECREASE OF PRINATAL MORTALITY IN KIRGIZ REPUBLIC ON MODERN TIME OF USE OF BORN

Sharshenov A.K., Rybalkina L.D., Lagutina O.V., Balbaeva A.D.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Department of obstetrics and gynecology № 2,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In analysis of the level, causes and structure of perinatal mortality in Kirgiz Republic for last 10 years showed possible ways of decrease there's in modern conditions.

The keywords: perinatal mortality, structure, causes.

Перинатальная охрана плода является одним из приоритетных направлений в здравоохранения во всех странах мира, так как именно от этого ответственного периода зависит не только здоровье новорожденных. Но и состояние его на протяжении всей последующей жизни человека.

В Кыргызстане стремление улучшить перинатальную службу направлено на проведение постоянного контроля за уровнем показателей перинатальной смертности, ее структуры и причин, но и на разработку современных методов прогнозирования, диагностики нарушений развития плода и

создание гарантийных возможностей ранней реабилитации плодов и новорожденных для снижения перинатальной заболеваемости и смертности (ПС). Перинатальная охрана плода в КР находится под пристальным вниманием не только организаторов здравоохранения, но и ученых.

Так только в течение последних 15 лет на исследование этой проблемы были направлены работы Шаршенова А.К. [1], Шаршенова А.К. и Рыбалкиной Л.Д. [2], Максумовой Э.М. [3], Алайдаровой Ж.С. [4], Жакыповой А.К. [5], Шоонаевой Н.Дж. [6], Мариповой Ж.А. [7], Ланимамовой Ю.Р. [8], Джаманкуловой Ф.С. [9].

Проводятся попытки изыскания причин и возможностей снижения перинатальных потерь путем подхода к проблеме с разных сторон. Так учитывается роль социально-бытовых, экологических условий, состояние здоровья родителей, особенности течения гестационного процесса на фоне различных видов соматической патологии, осложнений беременности и родов, методов родоразрешения.

В 2001 г. А.К. Шаршеновым (1) на основе эпидемиологической оценки частоты, структуры и динамики причин ПС в КР в течение 1990 – 1997 гг. разработана программа снижения перинатальной патологии, рассчитанная для внедрения на 6 уровнях МЗ КР, учреждения ПМСП, кабинеты пренатальной диагностики нарушений развития плода, медико-генетические консультации, стационарные учреждения для женщин и органы санитарного просвещения.

Ланимамовой Ю.Р. [8] за период с 1997 по 2003 гг. определены коэффициент роста и темп прироста (ПС) современные тенденции, медико-социальные факторы риска, прогнозирование ПС.

Учеными [2-7,10,11], занимающимися проблемой влияния неблагоприятных экологических условий на перинатальные потери и здоровье новорожденных, предложены проверенные с достоверной эффективностью мероприятия по предупреждению пагубного влияния антропогенной нагрузки на периодах прекоцепционной подготовки к зачатию, в динамике беременности и в родах, внедрение которых затруднено из-за сложившейся социально-экологической ситуации в стране.

Последние 10 лет в республике внедрены: матрица BABIES, позволяющая определить причины ПС на уровнях до наступления зачатия, во время периода гестации, в родах и в периоде новорожденности, программы по репродуктивному здоровью и планированию семьи, содействия эффективной перинатальной помощи, грудного вскармливания и другие с 2005 г. Осуществлен переход на новые критерии живорожденности.

Несмотря на проводимые мероприятия, качество оказания неотложной акушерской помощи остается недостаточным, следствием чего являются высокие показатели перинатальной смертности.

Проведенный нами анализ показателей ПС в родовспомогательных учреждениях КР, в целом, в Чуйской области и г. Бишкек по данным официальной статистики за 2001 – 2010 гг. показал рост его повсеместно, начиная с 2004 г., т.е. с момента внедрения измененных критериев оценки живорожденности.

Таким образом, назрела необходимость проведения анализа причин высокого уровня перинатальных потерь в современных условиях.

Цель настоящего исследования – вскрыть причины высокого уровня ПС в Кыргызской Республике для разработки мер по ее снижению.

В задачи исследования входило:

- провести анализ перинатальных потерь в динамике 2001 - 2010 гг. в зависимости от массы тела плодов и новорожденных;
- установить показатель и причины перинатальных потерь в каждой фазе перинатального периода;

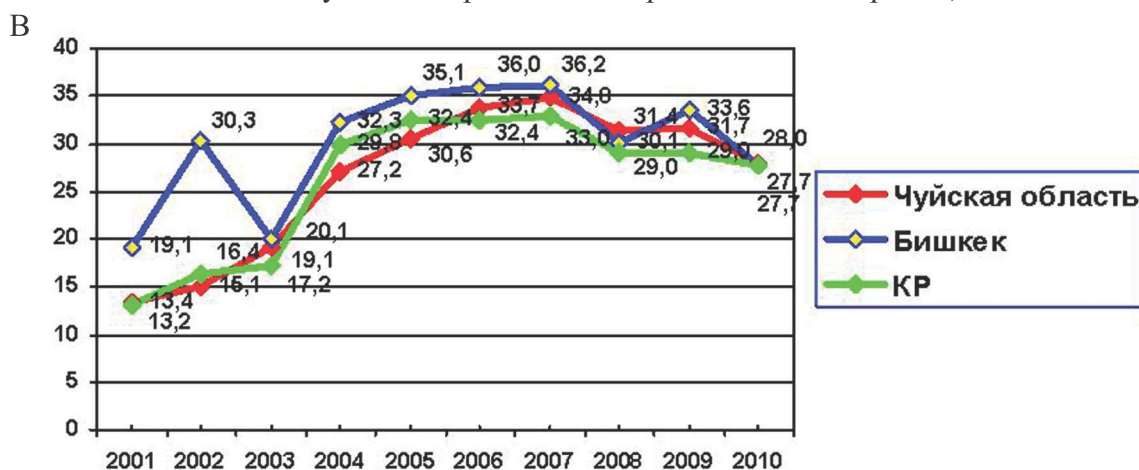


Рис.1. Динамика показателей ПС по КР, Чуйской области и г. Бишкек.

разработать рекомендации для снижения перинатальных потерь на современном этапе родовспоможения в КР.

Материал и методы исследования

Материалом для проведения исследования явились официальные данные статистического отдела МЗ КР (рис. 1).

Из представленных данных очевиден рост показателей ПС в 2,5 раза во всех названных регионах с некоторым снижением в 2010 г.

В 2008 г. перинатальные потери составили 562 из 18 350 родившихся живыми и мертвыми. Показатель ПС составил 31,0 %, в том числе мертворождения составили 186 из 562 - 33,1 %, ранняя неонатальная смертность 376 из 562 - 66,9 %. Из числа мертворожденных 86,6 % погибли в антенатальном и 13,4 % в интранатальном периодах.

Результаты исследования

Проведенный нами анализ перинатальных потерь в зависимости от массы тела плодов и новорожденных детей показал, что в Чуйской области в показателе ПС в 2008 г. из 30,1 на 1000 родившихся 19,1 составили маловесные дети, а в г. Бишкеке доля маловесных детей составила 21,0 %.

Анализ уровня ПС в зависимости от массы тела плодов и новорожденных показал, что он возрос за счет детей с малой массой тела: при массе тела плода от 500 до 999, 0 г составил 724 %, от 1000 до 1499 – 339 %, от 1500 до 2499 – 153 %, и при массе тела 2500,0 и более – 8,0 %.

Показатели частоты мертворождений в зависимости от массы тела плода выглядели следующим образом: при массе тела 500 – 999 - 33,3 %; 1000-1455 - 17,4 %; 1500 – 2499 - 4,5 % и 2500 и более – 0,3 %.

Таким образом, из числа мертворожденных 50,7 % составляли плоды с массой тела до 1500,0.

Из числа всех мертворождений антенатальные потери в соответствии с весовыми категориями составили 88,5 %, 88,2 %, 97,4 % и 75,5 %, т.е. при всех весовых категориях большая часть плодов погибает антенатально, что несомненно обусловлено низким уровнем здоровья матерей и высокой частотой гестационных осложнений.

Из числа мертворождений интранатальные

потери составили при массе тела плодов от 500 – 99 - 11,5 %; 1000 – 1499 - 11,7%; 1500 – 2499 - 2,6 %; 2500 и более – 24,5 %.

Самый высокий процент интранатальных потерь среди доношенных плодов, что является свидетельством недостаточности уровня квалификации ведения родов. Ранняя неонатальная смертность среди детей с массой тела от 500 до 999 г составила 90,0 %; 1000 – 1999 – 53,4 %; 1500 – 2499 – 11,5 %; 2500 и более – 4,8 %.

Следовательно, и в антенатальном, и в раннем неонатальном периодах, в основном погибают дети с малой массой тела, причем чем ниже масса тела, тем больше потери. Все это свидетельствует и о низком уровне выхаживания маловесных и недоношенных детей.

Анализ причин перинатальных потерь свидетельствует о том, что в их структуре в течение всех последних 10 лет и в целом по Республике и в Чуйской области и в г. Бишкеке чаще всего погибают плоды и дети от состояний вызванных асфиксией, на втором месте находятся состояния, связанные с незрелостью, на третьем – врожденные аномалии, на четвертом – инфекции и на пятом – родовые травмы. Прочие причины по Республике в 2008 г. составляли 7,3 %, по Чуйской области – 5,7 % и по г. Бишкек – 5,4 %. Из числа прочих причин по г. Бишкек был отмечен факт роста частоты детей с врожденными пороками развития (ВПР) Шаршеновым А.К. [1] и Джаманкуловой Ф.С. [9]

В проведенном исследовании впервые было выявлено, что при совпадении первого критического периода беременности с летними месяцами года (июнь, июль, август), характеризующимися прессингом множества неблагоприятных факторов экосреды, наблюдается увеличение частоты патологии среди плодов и новорожденных и, как следствие, - рост перинатальной смертности. Самые высокие показатели ПС и для доношенных, и для недоношенных наблюдается в весенние месяцы (март, апрель, май) Мариповой Ж.А. [7] было доказано, что при совпадении периода зачатия с высоким содержанием формальдегида в воздухе и неблагоприятными климато-экологическими факторами (август, сентябрь) возрастает удельный

вес патологических родов, несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, гипертензивных нарушений в родах, асфиксии, ВПР, антенатальной гибели и гипотрофии плодов.

Далее в условиях эксперимента было доказано, что тератогенное, канцерогенное и токсическое действие формальдегида на организм беременных животных, плода и потомства усиливается при сочетании его с УФО и тепловым перегреванием, что подтверждено морфологическими исследованиями органов беременных животных, плодов и потомства. При этом в крови беременных животных увеличивается содержание прогестерона, что способствует сохранению беременности даже в случаях пораженного плодного яйца. Именно с этим фактом автор связывает более высокую частоту рождения детей с ВПР в экологически неблагоприятных условиях.

В проведенном исследовании НЦОМид (Рыбалкина Л.Д. с соавт, 2009 – 2011 гг.) на основе данных мониторинга аэрогенного загрязнения ксенобиотиками, представленными МЧС КР определена роль и степень индивидуальной антропогенной нагрузки на формирование хронической фетоплацентарной недостаточности и связи ее с патологией беременности, нарушениями развития плода и здоровьем новорожденного. На основании проведения сравнительной оценки содержания диоксида серы, формальдегида, диоксида азота, оксида азота в воздушном бассейне города установлена высоко достоверная разница их в сторону повышения в центре города и снижения в экологически благополучных предгорных регионах.

В экологически неблагоприятной зоне у 54,5 % женщин, желающих выносить беременность, гестационный процесс осложняется угрозой невынашивания в сравнении с 25,1 % ($P < 0,001$) в условиях экологического благополучия (Марипова Ж.А.) [7, 10].

При этом установлено, что при экологическом благополучии беременность заканчивалась преждевременными родами в 2,24 раза чаще, самопроизвольными абортми

в ранних сроках в 1,2 раза чаще, а привычным невынашиванием, соответственно, в 5,1 % и у 0,4 % женщин ($P < 0,001$) [7, 10].

У всех женщин, сохранивших беременность после угрозы невынашивания в I триместре, в динамике гестационного процесса имели место патологические состояния ФПС: 15,9 % - хориоамнионитом, плацентитом, у 6,4 % - частичной преждевременной отслойкой плаценты, у 11,3 % - внутриутробной гипоксией плода. Перинатальные потери у женщин этой группы составили 159,1 ‰ [10].

Результаты исследования частоты рождения детей с ВПР у женщин в зависимости от экологических условий показали, что из 130 женщин – бишкекчанок, родивших детей с ВПР 83,1 % были жительницами экологически неблагоприятного региона (ЭНР) и 16,9 % - более благополучного региона (ЭБР) (Джаманкулова Ф.С., 2011) [9,10].

Таким образом, зависимость частоты рождения детей с ВПР от аэрогенного загрязнения, не вызывает сомнения. Структура ВПР неоднозначна в зависимости от степени аэрогенного загрязнения. Так, у женщин ЭБР в 2 раза реже имели место пороки ЦНС (9,1 %) по сравнению с женщинами ЭНР (19,4 %), но в 3 раза чаще пороки костно-мышечной системы. Одинаково часто наблюдались врожденные пороки сердца, все прочие пороки в ЭНР выявлялись в 2,6 раза чаще (соответственно 23,3 % и 9,0 %), при этом множественные пороки развития плода имели место только у женщин ЭНР.

Резюмируя все вышеизложенное, следует отметить, что в КР в целом, в Чуйской области и в г. Бишкек уровень ПС остается высоким (30,1 % в 2008 г.), главным образом за счет потерь маловесных детей.

Преобладают потери маловесных детей в антенатальном периоде, что свидетельствует о низком уровне здоровья матерей и о высокой частоте гестационных осложнений и в раннем неонатальном периоде, как свидетельство низкого уровня выхаживания маловесных и недоношенных детей. Что касается интранатальных потерь, то выявлено, что в родах погибают, как правило, доношенные плоды (

24,5 %).

В структуре ПС 33,1 % составляли мертворождения и 66,9 % - гибель детей в раннем неонатальном периоде. В структуре причин потерь плодов и новорожденных по-прежнему преобладают дыхательные расстройства, состояния, связанные с незрелостью и пороки развития плода. Частота которых значительно выросла в г. Бишкек.

Проведенные научные исследования доказывают связь роста ВПР с экологическим неблагополучием города. Планирование зачатия в более благоприятные периоды года, прекоцепционная подготовка путем детоксикации организма и применением эфферентных методов для выведения ксенобиотиков из организма помогут добиться значительного снижения перинатальных потерь в условиях экологического неблагополучия [11].

Таким образом, систематические профилактические осмотры женщин репродуктивного возраста с последующей санацией выявленной патологии, обязательное планирование беременности в более благоприятные месяцы по климато-экологическим особенностям для женщин г. Бишкек, включающее обследование и оздоровление перед зачатием, проведение прекоцепционной подготовки по общепринятой технологии с обязательным включением в нее прием энтеросорбентов жителями ЭНР, интенсивное наблюдение гестационного процесса у женщин групп риска по невынашиванию беременности, гипертензивным нарушениям, по рождению детей с ВПР, до 22 недель срока беременности с целью прерывания ее и предупреждения рождения детей с ВПР, внедрение новейших технологий по выхаживанию маловесных новорожденных – реальные пути для дальнейшего снижения перинатальных плодовых потерь в КР.

Литература:

1. Шаршенов А.К. Прогнозирование перинатальной смертности и обоснование технологии ее снижения: Автореф...дисс. докт. мед. наук.- Бишкек, 2001.- 32 с.

2. Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Джакыпова А.К. Проблемы перинатального

акушерства в Кыргызской Республике. // Центрально-азиатский медицинский журнал. – Бишкек. – 2002. – Том VIII. - № 2. - С. 130 - 133.

3. Максимова Э.М. Хроническая гипоксия плода: антенатальная диагностика, перинатальные исходы: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2002. – 20 с.

4. Алайдарова Ж.С. Модель перинатальной охраны плода при внутриутробном инфицировании: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2002. – 22 с.

5. Джакыпова А.К. Технология снижения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминального родоразрешения женщин: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2004. – 28 с.

6. Шоонаева Н.Дж. Профилактика перинатальных потерь у женщин с нарушениями функции репродукции: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2003. – 22 с.

7. Маринова Ж.Ф. Влияние аэрогенного загрязнения формальдегидом на репродуктивную функцию женского организма и перинатальные исходы (клинико-экспериментальное исследование): Автореф...дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2007.- 22 с.

8. Ланимамова Ю.Р. Перинатальная смертность в Кыргызской Республике: современная тенденция, медико-социальные факторы риска, прогнозирование: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2007. – 25с.

9. Джаманкулова Ф.С. Пути снижения фетоинфантильных потерь у женщин с врожденными пороками развития детей. // Здоровье матери и ребенка. – 2009, Том I, Приложение I. – С. 19 – 22.

10. Рыбалкина Л.Д. с соавт. Роль антропогенной нагрузки в формировании патологии репродуктивной системы. // Прогнозирование и пути профилактики. Заключительный отчет НИР. – Бишкек, 2011. – С. 70.

11. Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К., Шоонаева Н.Дж. Оптимизация наблюдения женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом в условиях экологического неблагополучия. // Бишкек. – 2005. – 120 с.