



Влияние новых технологий на исходы рождаемости в Согдийской области

Д.С. Додхоев¹, М. Касимова², Р.А. Турсунов¹

¹Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;

²Областной родильный дом г.Худжанда

В статье приводится анализ влияния внедрения новых технологий на исходы перинатальной помощи в Согдийской области за период с 2012 по 2015 гг.

Оценка ситуации с рождаемостью и неонатальной смертностью показала значительное улучшение ситуации. Отмечается снижение неонатальной смертности, изменение структуры причин смертности под влиянием Национальных стандартов по акушерству, неонатологии и регионализации перинатальной помощи. Тем не менее, процент смертности среди доношенных новорождённых сохраняется на высоких показателях, и не во всех родовспомогательных учреждениях области в полной мере владеют методами реанимации новорождённых при рождении.

Необходимо решить вопрос о подготовке молодых неонатологов для полной комплектации персонала родовспомогательных учреждений вторичного и третичного уровней, а также внедрить систему их непрерывного образования по действующим Национальным стандартам оказания неонатальной помощи. Наряду с этим для улучшения выживаемости среди глубоко недоношенных детей нужно решить вопрос с закупкой лекарственных средств, необходимых для их выхаживания.

Ключевые слова: перинатальная помощь, неонатальная выживаемость, неонатальная смертность, рождаемость

Введение. Таджикистан в 2000 году подписал Декларацию тысячелетия ООН [1], одной из целей которой являлось сокращение детской смертности. В докладе UNICEF за 2012 год отмечалось, что предпринятые меры позволили снизить детскую смертность среди детей до 5 лет с 93 случаев на 1000 живорождённых в 2000 году до 43 случаев к 2011 году, а среди детей до года – с 75 случаев на 1000 новорождённых в 2000 году до 34 случаев к 2011 году. При этом неонатальная смертность фактически не изменилась. Так, в период с 2000 по 2007 год уровень неонатальной смертности сохранялся на уровне 20 случаев на 1000 живорождённых, а к периоду 2008 - 2012 гг. – на уровне 19 случаев на 1000 живорождённых. Более того, из всех случаев младенческой смертности (дети до 1 года) 70% всех случаев смертности приходилось на 1 неделю жизни, а с учётом всего неонатального периода – эта цифра достигала 80%. Именно это являлось барьером на пути достижения 4 цели ЦРТ [2]. В данном документе, кроме всего, были указаны основные причины смертности среди новорождённых, и особенно были выделены асфиксия при рождении и отсутствие квалифицированной помощи таким новорождённым.

Учитывая сложившуюся ситуацию, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ с 2008 года были предприняты действия, направленные на перелом ситуации в вопросах перинатальной службы. Было решено внедрить передовые технологии, которые помогли бы изменить ситуацию. В решении этих вопросов большую помощь оказывали UNICEF, GIZ (Германское общество по международному сотрудничеству), Deutsche Bank (ФРГ), Фонд "Latter-day Saint Charities" (США). В Таджикистане Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ были разработаны и внедрены Национальные стандарты по акушерству, Национальные стандарты по неонатологии, проведено переобучение всех неонатологов и акушеров страны по вопросам оказания реанимационной помощи новорождённым в родильном зале по программе NRP (Neonatal Resuscitation Program) [3], все родильные дома оснащены манекенами для тренировок по реанимации новорождённых, саморасправляющимися мешками (типа «Амбу»), ларингоскопами. Начата регионализация перинатальной помощи (Приказы МЗ и СЗН РТ № 443, 444). Были произведены реконструкция и переоборудование родильных домов.

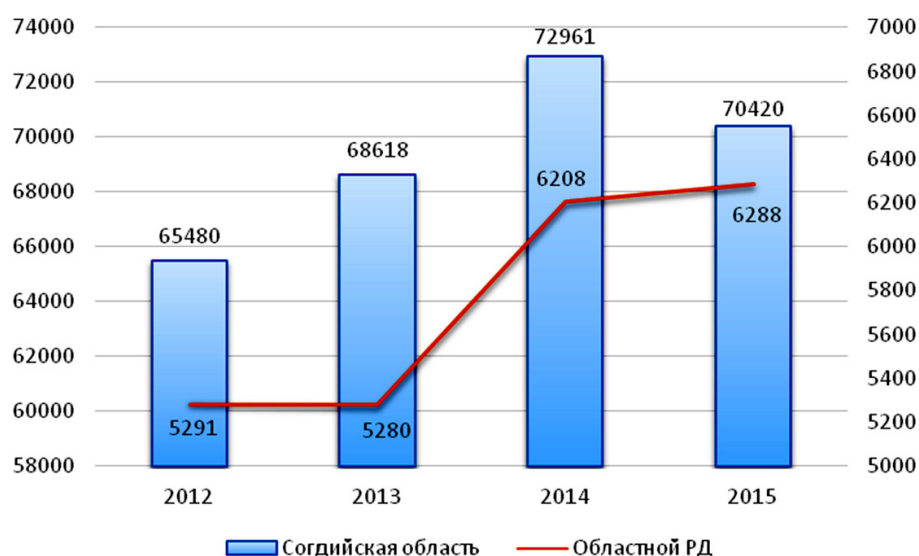


РИС. 1. ДИНАМИКА РОДОВ С 2012 ПО 2015 гг.

Наиболее полно все новые технологии были внедрены в Согдийской области. Практически, все неонатологи области прошли обучение по всем Национальным стандартам лечения по неонатологии. Особенно большое внимание было уделено Стандарту по рутинному уходу за новорожденными, где большое внимание уделялось тепловой цепочке, методам кенгуру и Стандарту по реанимации новорожденных в родильном зале (NRP). В области были отремонтированы и переоснащены Областной родильный дом Худжанда и Городской родильный дом. Все родильные дома области были разделены на уровни оказания перинатальной помощи. На первичном уровне оказывалась помощь при физиологической беременности и принимались только физиологические роды. На вторичном уровне оказывалась помощь и принимались роды при сроке гестации от 34 недель. На вторичном уровне имелись палаты интенсивной терапии. Поэтому все районные и городские родильные дома получили статус вторичного уровня. На третичном уровне оказывалась помощь при родах с гестационного возраста от 22 недель. Родильный дом третичного уровня имеет отделение интенсивной терапии новорожденных. В связи с этим, учреждением третичного уровня был назначен Областной родильный дом города Худжанда. Все данные технологические изменения начали проводиться в Согдийской области с 2012 года и были завершены летом 2013 года.

Цель исследования: анализ эффективности применения новых технологий на исходы перинатальной помощи в Согдийской области.

Материал и методы. Основным материалом исследования были отчеты по неонатальной помощи Областного отдела здравоохранения Согдийской об-

ласти за период с 2012 по 2015 гг., а также отчеты по неонатальной помощи Областного родильного дома г.Худжанда, как учреждения третичного уровня. Методы исследования включали в себя статистический анализ с помощью прикладной программы "Statistica 6.0" (StatSoft, США). Вычислялись качественные показатели из расчета на 1000 живорожденных, а также в процентах. Сравнительный анализ показателей по годам проводили с помощью Q-критерия Кохрена. Нулевая гипотеза отвергалась при пороговом значении $\alpha=0,05$.

Результаты исследования показали, что в Согдийской области за исследуемый период наблюдался тренд к увеличению количества родов, за исключением 2015 года, возможно, в виду экономических факторов. В тоже время, в Областном родильном доме рождаемость продолжала увеличиваться, что вероятно связано с перенаправлением женщин с первичных и вторичных уровней (рис.1).

При этом хотелось бы отметить значимое снижение количества рождения недоношенных детей по области ($Q=2421,9$, $df=3$, $p<0,001$ по критерию Кохрена), в то же время количество рождений недоношенных детей в Областном родильном доме значительно выросло ($Q=833,7$, $df=3$, $p<0,001$ по критерию Кохрена, рис.2).

Данные изменения свидетельствовали о том, что в целом Национальные стандарты в области антенатальной охраны начали давать свой эффект, что привело к снижению по области рождения недоношенных детей. Увеличение количества рождения недоношенных детей в Областном родильном доме продемонстрировало эффективность установившейся системы перенаправления беременных женщин

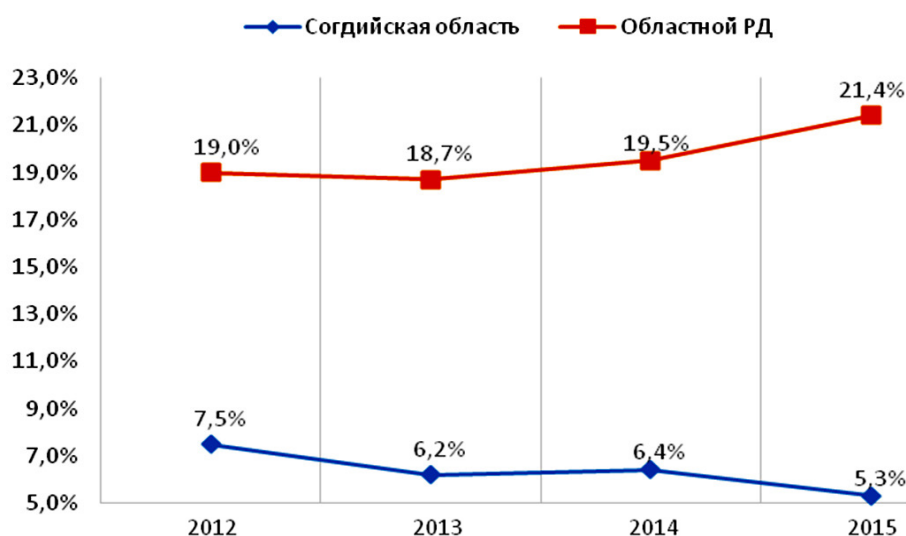


РИС. 2. ДИНАМИКА РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С 2012 ПО 2015 гг.

ТАБЛИЦА 1. РОЖДАЕМОСТЬ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ В ЦЕЛОМ ПО ОБЛАСТИ
И В ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ (%)

	Согдийская область				Областной родильный дом			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ELBW (до 1000 г)	3,4	4,7	5,1	4,9	9,0	12,0	11,2	10,3
VLBW (до 1500 г)	7,0	8,7	11,3	8,7	11,9	14,1	10,6	14,2
LBW (до 2500 г)	89,6	86,6	83,6	86,4	79,0	73,9	78,2	75,5

с угрозой преждевременных родов на третичный уровень оказания перинатальной помощи. Это также подтвердилось динамикой рождаемости маловесных детей в целом по области и в областном родильном доме, в частности (табл.1).

Как видно из таблицы, новорожденных с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела в процентном соотношении было больше в областном родильном доме. Перераспределение беременных с угрозой преждевременных родов, а также отягощенных беременностей и родов на третичный уровень оказания перинатальной помощи, в целом, привело к снижению смертности в родовспомогательных учреждениях первичного и вторичного уровней и к увеличению смертности на уровне третичного звена. Так, в 2012 году в Областном РД смертность была 32,5 на 1000 живорожденных, а уже после начала перенаправления в 2013 году неонатальная смертность достигла 48,5 случаев на 1000 живорожденных. Соблюдение личной гигиены персоналом, выполнение Национальных стандартов по неонатологии, внедрение дыхательной аппаратуры привело к снижению смертности в Областном родильном доме: в 2014 году 40,8 случая на 1000 живорожденных и в 2015 году – уже 31,2 случая на 1000 живорожденных ($Q=204,4$ $df=3$, $p<0,001$). В

целом, сосредоточение тяжёлых случаев и перенаправление при риске преждевременных родов на третичный уровень, а также возможность оказания помощи в Областном родильном доме позволили снизить неонатальную смертность по области ($Q=350,9$ $df=3$, $p<0,001$, рис.3).

Наряду с общей положительной тенденцией в вопросах перинатальной помощи, имеются недочёты и недоработки.

Во-первых, до сих пор существуют родильные дома вторичного уровня, не имеющие в своем штате неонатолога, или недоукомплектованные полным штатом неонатологов. Это приводит к тому, что на вторичном уровне неонатологов замещают чаще всего педиатры, которые не очень осведомлены в вопросах соблюдения тепловой цепочки и не владеют достаточными навыками реанимации новорожденных, уже не говоря об особенностях стационарной медицинской помощи новорожденным.

Во-вторых, уровень квалификации среднего медицинского персонала на всех уровнях помощи новорожденным желает оставаться лучшего, в связи с чем профессиональная нагрузка на неонатолога выше, чем положено.

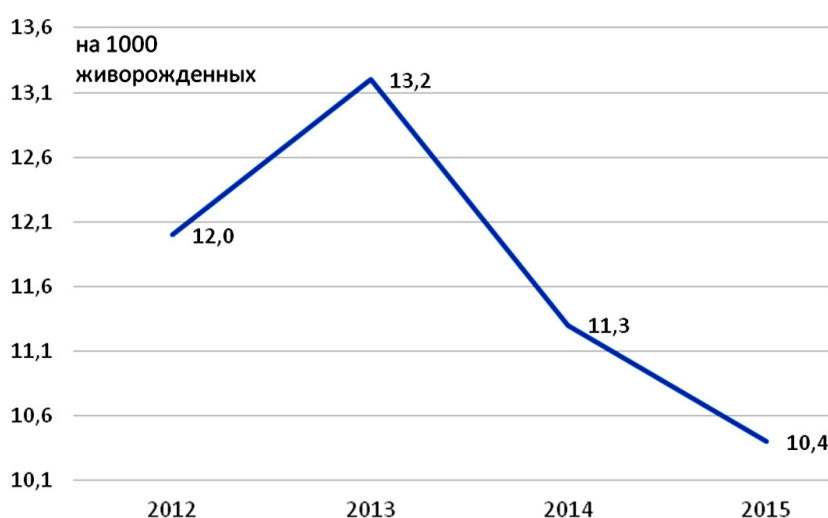


РИС. 3. ДИНАМИКА НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ С 2012 ПО 2015 гг.

ТАБЛИЦА 2. СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕСА
В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ И В ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ (%)

	Согдийская область				Областной родильный дом			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ELBW (до 1000 г)	17,9	17,6	23,6	18,9	33,7	31,6	34,8	35,2
VLBW (до 1500 г)	16,8	21,3	19,6	18,9	30,2	32,0	31,2	33,7
LBW (до 2500 г)	29,9	28,2	28,6	25,7	26,2	28,1	26,9	24,0
N (более 2500 г)	35,4	32,9	28,3	35,6	9,9	8,2	7,1	7,1

В-третьих, до сих пор не решён вопрос о покупке некоторых медикаментов для неонатальной помощи, таких как кофеина цитрат (для профилактики апноэ у маловесных детей), сурфактант (для лечения СДР) и других.

В-четвёртых, до сих пор некоторые врачи-неонатологи применяют в своей повседневной практике препараты с недоказанной эффективностью или даже вредные для здоровья (альбумин, актовегин, анальгин и другие).

В-пятых, большинство неонатологов не знакомы с системой рационального применения антибиотиков от простых к сложным, не имеют навыков проверки лечения по Кохреновским базам, и часто доводят лечение до полипрагмазии.

В-шестых, не все специалисты владеют методами СРАР-терапии у маловесных новорождённых.

Всё это сказывается на структуре неонатальной смертности. Так, если в Областном родильном доме имеется чёткая тенденция к снижению смертности от асфиксии при рождении, то в целом по области этот показатель вдвое выше (рис.4,5).

При этом на третичном уровне явно в структуре смертности растёт процент незрелости, и в частности СДР.

Анализ смертности показал, что в Областном родильном доме в более чем 90% случаев умирают маловесные дети, а в целом по области более 30% погибших новорождённых были доношенными. Более того, по области на детей с экстремальной и очень низкой массой тела приходилось всего треть погибших, две трети – это дети, которые имели достаточно хорошую массу тела. В Областном родильном доме показатели выглядят наоборот – две трети смертей приходится на новорождённых с экстремально и очень низкой массой тела, а на новорождённых детей с весом выше 1500 г приходится всего треть смертей (табл. 2).

Таким образом, в Согдийской области наметились положительные тенденции в снижении неонатальной смертности. Однако структура смертности демонстрирует всё ещё высокую смертность от асфиксии при рождении и высокую смертность среди достаточно больших детей. В этом плане, показатели Областного родильного дома можно использовать как показатели, к которым нужно стремиться. При этом на самом третичном уровне необходимо решить вопрос

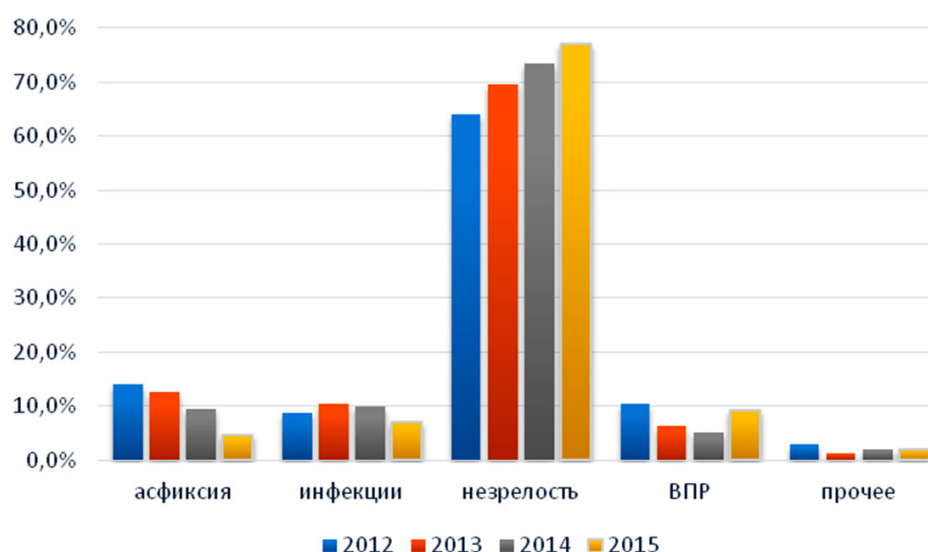


РИС. 4. СТРУКТУРА НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

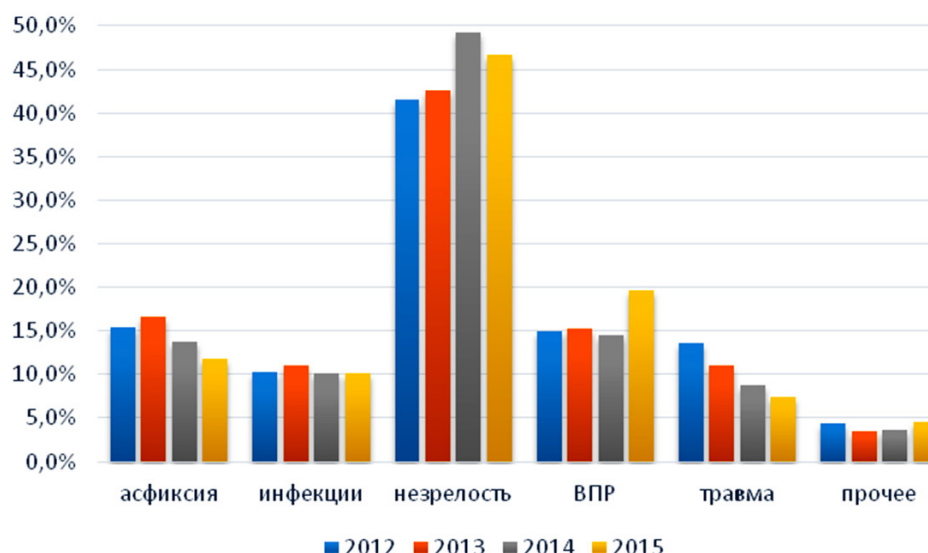


РИС. 5. СТРУКТУРА НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

о помощи маловесным новорождённым, у которых СДР приводит к гибели. Применение исключительно дыхательной аппаратуры не решит данного вопроса. Необходимо решить вопрос с закупкой сурфактанта и аминов для парентерального питания.

Таким образом, для дальнейшего улучшения и стабилизации ситуации в Согдийской области в вопросах выживаемости новорождённых необходимо решить вопрос о подготовке молодых неонатологов для полной комплектации персонала родовспомогательных учреждений вторичного и третичного уровней, а также внедрить систему их непрерывного образования по действующим Национальным стандартам оказания неонатальной помощи. Наряду с этим, для улучшения выживаемости среди глубоко

недоношенных детей нужно решить вопрос с закупкой лекарственных средств, необходимых для их выхаживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цели развития тысячелетия: достижения в Таджикистане // http://medt.tj/documents/strategic/celi_razvitiya/ru/02-02-01-ru.pdf. – 2010. – 135 с.
2. Анализ причин младенческой смертности в Таджикистане в 2012 году // http://www.unicef.org/tajikistan/Policy_brief__rus_Final.pdf. – 2013. – 10 с.
3. Textbook of Neonatal Resuscitation (NRP), 6 edition. AAP, 2012. – 328 pp.



Summary

Impact of new technologies on the outcomes of fertility in Sugd region

J.S. Dodkhoev¹, M. Kasymova², R.A. Tursunov¹

¹ *Avicenna Tajik State Medical University;*

² *District maternity hospital, Khujand*

Impact of new technologies on the outcomes of perinatal care in the Sugd region for period from 2012 to 2015 is analyzed in paper.

Assessment of the neonatal birth rate and mortality showed a significant improvement in the situation. Decrease in neonatal mortality, changes in structure of death causes under the influence of National standards in obstetrics, neonatology and regionalization of perinatal care are noted. Nevertheless, the mortality rate among mature newborns is maintained at high rates, and not all obstetric institutions of the region in full managed by methods of neonatal resuscitation at birth.

It is necessary to resolve the issue of the young neonatologists training for a complete staff at obstetric institutions on secondary and tertiary levels, as well as to introduce a system of continuous education in the relevant National Standards for neonatal care. In addition for improving survival rate among very preterm infants need to solve the problem with the purchase of medicines needed for their survival.

Key words: perinatal care, neonatal survival, neonatal mortality, birth rate

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Додхоев Джамшед Саидбобоевич – заведующий
кафедрой детских болезней № 1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: jamshedsd@yandex.ru