

Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Исходы беременности в сроки 22–27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации

Контактная информация:

Сорокина Земфира Халлиуловна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела медико-социальных исследований Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова

Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4, тел.: (495) 438-19-00, e-mail: NikSorokin@gmail.com

Статья поступила: 24.01.2011 г., принята к печати: 01.02.2011 г.

Оценены исходы беременностей, завершенных на сроках 22–27 нед по результатам анализа новых статистических форм. В работе использованы данные официальной статистики о рождении и смерти детей экстремально низкой массы тела (ЭНМТ) в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах в 2009 г. Выявлено снижение смертности среди детей весовой категории 750–999 г и, в меньшей степени — детей с массой тела 500–749 г. На основании выявленной динамики показателей установлена важность разработки и внедрения в медицинских учреждениях всех субъектов РФ новых форм статистической отчетности для мониторингования, анализа и обоснованного совершенствования качества медицинской помощи при родоразрешении и выхаживании крайне недоношенных детей.

Ключевые слова: дети, экстремально низкая масса тела, критерии живорождения, качество медицинской помощи, младенческая смертность.

Российская Федерация с 1992 г. приступила к поэтапному переходу на рекомендуемые экспертами ВОЗ изменения критериев живорождения, определение перинатального периода с 22 нед беременности и государственной регистрации рождений детей с массой тела от 500 г. На I этапе приказом МЗ РФ № 318 от 04.12.92 г. и Постановлением Госкомстата РФ № 190 от 04.12.92 г. были введены новые критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные экспертами ВОЗ. В приложениях к приказу № 318 были даны рекомендации для врачей по ведению родов, тех-

нологиям терапии и выхаживания детей с массой тела менее 1000 г. Однако одновременно с подписанием этого приказа не был осуществлен переход на международное определение сроков перинатального периода [1, 2]. До настоящего времени в РФ перинатальный период определяется не с 22, а с 28 нед беременности и заканчивается спустя 168 ч после рождения. В органах ЗАГС регистрации подлежат дети: родившиеся живыми или мертвыми с массой тела 1000 г и более; или если масса при рождении неизвестна, то длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 нед

Ye.N. Baybarina, Z.Kh. Sorokina

V.I. Kulakov Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow

Outcomes of 22–27 weeks of pregnancy in health care institutions of Russian Federation

The study estimated outcomes of 22–27 weeks of pregnancy according to the analysis of new statistic forms. The official statistic data on births and deaths of children with extremely low body weight in Russian Federation, federal Districts and Subjects in 2009 were used in this work. Mortality decreased in children 750–999 g and in a less degree in children 500–749 g. Dynamics of results showed the necessity of development and delivery to health care institutions of Russian Federation the new forms of statistic reports for monitoring, analysis and improvement of health care quality in delivery and management of extremely premature infants.

Key words: children, extremely low body weight, criteria of live birth, quality of medical care, infants mortality.

и более. Из числа детей, родившихся с массой тела от 500 до 999 г, регистрируются только новорожденные, прожившие более 168 ч (ранний неонатальный период). Остальные случаи не учитываются как рождение живого или мертвого ребенка, а расцениваются как поздние аборт или выкидыши [1, 3]. Соответственно, эти случаи не регистрируются в органах ЗАГС и не отражаются в национальной статистике перинатальной и младенческой смертности.

К 2012 г., на II этапе перехода планируется: изменение сроков определения перинатального периода — с 22 нед завершённой беременности; регистрация в органах ЗАГС родившихся живыми и мертвыми с массой тела при рождении 500 г и более. Если масса при рождении неизвестна, следует использовать соответствующие критерии определения срока беременности (22 полные недели) или ориентироваться на длину тела (25 см от верхушки темени до пяток).

В августе 2008 г. Минздравсоцразвития России был издан приказ № 443 «О плане мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2008–2012 годы по переходу субъектов Российской Федерации на современные технологии выхаживания детей, родившихся в сроки беременности 22 недели и более и/или с низкой и экстремально низкой массой тела, в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения». Согласно утвержденным Минздравсоцразвития России порядкам оказания акушерско-гинекологической (Приказ Минздравсоцразвития России № 808н от 02.10.2009 г.) и неонатологической медицинской помощи (Приказ Минздравсоцразвития России № 409н от 01.06.2010 г.), регламентирована работа по модернизации стандартов оказания перинатальной помощи с учетом детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Одновременно происходит существенное обновление ресурсной, кадровой и технологической структуры учреждений, оказывающих помощь при родоразрешении и выхаживании крайне маловесных новорожденных, переоснащение отделений интенсивной терапии новорожденных специализированным оборудованием, необходимым для длительного выхаживания детей с ЭНМТ [4, 5].

В соответствии с приказом № 443 были внесены изменения в отраслевые статистические формы № 13 и 32:

- Федеральное государственное статистическое наблюдение (форма № 13) «Сведения о прерывании беременности в сроки до 28 недель», утвержденная Постановлением Госкомстата России от 29.07.2009 г. № 154;
- Федеральное государственное статистическое наблюдение (форма № 32) «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», утвержденная постановлением Госкомстата России от 29.07.2009 г. № 154. Данная форма была дополнена разделом «Акушерская помощь в сроки беременности 22–27 недель включительно».

В соответствии с внесенными изменениями с 2009 г. федеральное статистическое наблюдение ведется за всеми исходами беременности в сроки 22–27 нед.

Целью исследования, результаты которого представлены ниже, была оценка исходов беременности в сроки 22–27 нед в РФ за 2009 г. по результатам анализа новых дополненных статистических форм.

В 2009 г. всего в акушерских стационарах РФ родилось 16 295 детей с массой тела от 500 до 999 г (живыми и мертвыми), из них — 29,6% родились живыми, 70,4% — мертвыми (отношение 2,38). На 11 административных территориях отношение мертво-и живорожденных не превышает 1,3. В 44 субъектах РФ шансы рождения мертвого плода в весовой категории 500–999 г были выше, чем 1,3, но при этом не превышали федеральные показатели. В 26 регионах отношение числа мертворождений к живорождению варьировало от 4 до 8 раз. Следует отметить, что даже в сопредельных регионах в составе одного федерального округа эти соотношения имеют значительные различия. Полученные результаты могут объясняться тем, что на этих территориях вследствие нарушений определения критериев живого-и мертворождения число живорожденных в весовой категории 500–999 г занижено. Особенно заметны эти различия в весовой группе 500–749 г. Среди родившихся с массой тела 500–749 г мертворожденных детей в 6 раз больше, чем живорожденных, а в ряде территорий — до 15–25 раз.

Живорожденные дети с ЭНМТ практически всегда рождаются в очень тяжелом состоянии. В 14 субъектах РФ смертность среди них в течение первых 0–24 ч от момента рождения составила 100%, в 44 регионах — превысила 50%.

По данным отраслевой статистики, с 1991 г. наблюдается нестабильная динамика рождения живых детей с ЭНМТ из всех родившихся живыми в сроки беременности 22 нед и более (увеличение показателя с 0,21% в 1991 г. до 0,30% к 1994–1995 гг., затем снижение — до 0,22% в 2006 г. и новым ростом к 2009 г. — 0,28%). Наибольшая доля детей этой весовой категории родилась в 1994–1995 гг., в эти же годы был отмечен рост смертности среди них. В последующие годы удельный вес живорожденных с массой тела 500–999 г имел тенденцию к снижению, а выживаемость этих детей повысилась. В 2008 г. несколько увеличился процент живорожденных с ЭНМТ, вслед за ним, в 2009 г., отмечено повышение смертности среди детей этой весовой группы на 10%, (возможно, за счет возросшей точности регистрации). Между этими показателями отмечалась умеренная положительная корреляция (коэффициент корреляции по Спирмену составил 0,48; $p = 0,09$).

По сравнению с 1995 г., в 2009 г. уровень смертности детей с ЭНМТ в возрасте 0–6 дней снизился на 37%: с 795,5 до 498,6 на 1000 родившихся живыми (табл. 1). Шансы наступления смертельного исхода в этот период у детей с массой тела 500–999 г в 1995 г. были в 3,9 (95% доверительный интервал 3,6–4,3) раза выше, чем в 2009 г.

При оказании медицинской помощи на постах интенсивной терапии и в отделениях реанимации и интенсивной терапии акушерских стационаров шанс развития неблагоприятного исхода у детей с ЭНМТ был в 5,7 (95% ДИ 4,9–6,5) раза выше, чем у новорожденных,

Таблица 1. Смертность детей с массой тела 500–999 г в возрасте 0–6 сут в Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми)

Годы	Родилось живыми	Смертность, ‰	Умерло в возрасте 0–6 сут (%)		
			в роддомах	в ОПН	Всего
1995	4000	795,5	3084 (96,9)	98 (3,1)	3182 (100)
2009	4831	498,6	2299 (95,6)	110 (4,4)	2409 (100)

Примечание. ОПН — отделение патологии новорожденных.

госпитализированных в отделения недоношенных новорожденных детских больниц и перинатальных центров. Динамика данного показателя является косвенным признаком повышения качества организации и оказания медицинской помощи при родоразрешении и выхаживании детей ЭНМТ. Их стали оценивать с большей перспективой, раньше переводить в учреждения с необходимыми условиями и возможностями для длительного выхаживания.

Отдельного анализа требуют отдаленные результаты и исходы детей с ЭНМТ в отделениях второго этапа выхаживания перинатальных центров или детских больниц (отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей). В основном, снижение смертности в этой группе новорожденных происходило за счет детей весовой категории 750–999 г. Показатели выживаемости за 2009 г. демонстрируют, что среди новорожденных с массой тела 750–999 г выживаемость по России в 1,8 раз выше (551,3 на 1000 родившихся живыми), чем в группе 500–749 г (299,4 на 1000 родившихся живыми). Показатели выживаемости имеют существенные региональные различия (табл. 2).

Необходимо отметить, что нарушения регистрации рождения и смерти детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела способствуют искажению показателей неонатальной и младенческой смертности. Для расчета прогнозных показателей младенческой смертности с учетом детей, родившихся с массой тела 500–999 г, имеет значение достоверность учета родившихся живыми [6].

Таблица 2. Выживаемость детей с ЭНМТ в весовых группах по данным акушерских стационаров в 2009 г. (на 1000 родившихся живыми весом 500–999 г)

Регионы РФ	Вес при рождении (г)	
	500–749	750–999
Центральный ФО	265,1	511,5
Северо-Западный ФО	455,1	714,7
Южный ФО	147,9	442,8
Приволжский ФО	268,3	607,7
Уральский ФО	345,5	643,8
Дальневосточный ФО	370,4	571,4
Все	299,4	551,3

Оценивая исходы беременностей в 2009 г., завершившихся родами в сроки 22–27 нед включительно, следует отметить, что из 17 493 беременностей в 54,6% случаев зарегистрировано самопроизвольное прерывание беременности, в 41,1% — беременность прервана по медицинским показаниям. В 2009 г. живыми родилось 4407 детей (25%), мертвыми — 13 391 (75%).

Высокий уровень репродуктивных потерь на 22–27 нед беременности зарегистрирован во всех возрастных группах женщин (табл. 3). При этом каждый второй ребенок не пережил 168 ч (51%). Из них больше половины (54%) умерли в течение первых 24 ч жизни.

Таблица 3. Исходы беременности в сроки 22–27 нед (2009 г.)

Исходы беременности	Возраст матери, годы					
	Всего	< 15	15–17	18–19	20–39	≥ 40
Репродуктивные потери с 22 нед до 0–6 сут на 1000 родившихся живыми и мертвыми	877,8 (15 623)*	1000,0 (79)	932,1 (453)	912,4 (1104)	871,3 (13 438)	919,7 (538)
Смертность детей в первые 0–6 сут жизни на 1000 родившихся живыми	506,5 (2232)	1000,0 (3)	492,3 (32)	589,1 (152)	498,4 (1972)	572,7 (63)
Мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми	752,4 (13 391)	962,0 (76)	866,3 (421)	786,8 (952)	743,4 (11 466)	812,0 (475)

Примечание. * — в скобках указано абсолютное число случаев (человек).

Смертность детей, родившихся на 22–27 нед, в 2009 г. составила 506,5 на 1000 родившихся живыми. Полученные результаты свидетельствуют о том, что существующие до настоящего времени статистические отчетные формы не позволяют объективно оценить качество оказания помощи беременным, роженицам и детям до 28 нед беременности. Так, в масштабах всей страны, мы не можем оценить число детей с ЭНМТ, поступивших в отделения реанимации новорожденных, длительность их госпитализации в разных структурных подразделениях, а также уровень младенческой смертности и осложнений среди них.

В отечественной литературе результаты катамнестического наблюдения и анализ особенностей развития и состояния здоровья детей, рожденных на 22–27 нед беременности, представлены лишь единичными работами [4, 5]. Полученные в них результаты и данные зарубежных клиник диктуют необходимость изучения влияния различных организационных технологий, тактики родоразрешения, методов интенсивного выхаживания на исходы и прогноз отдаленного развития крайне недоношенных детей [3, 7]. В связи с планируемой корректировкой работы учреждений здравоохранения РФ по новым критериям регистрации рождения и смерти новорожденных детей требуется решение важнейших задач: снижение уровня перинатальной и младенческой смертности в стране и ее регионах; сохранение и восстановление здоровья детей, снижение частоты инвалидности среди глубоко недоношенных младенцев. Для решения поставленных задач необходима оптимизация качества пренатального динамического наблюдения, обеспечение доступности и своевременной госпитализации беременных с угрозой

преждевременных родов в стационары третьего уровня, а также организация адекватной медицинской помощи крайне недоношенным детям.

В России до сих пор сохраняются значительные резервы снижения младенческой смертности, которые смогут компенсировать рост потерь, ожидаемый за счет регистрации всех новорожденных в сроки беременности 22 нед и более. Самым существенным среди них остается сокращение потерь от болезней органов дыхания, инфекционных заболеваний и других потенциально контролируемых врачами состояний, на которые приходится до 30% в структуре младенческой смертности [5]. Указанные перспективы были продемонстрированы рядом стран, более 30 лет назад перешедших на критерии регистрации живого и мертворождения, рекомендованные ВОЗ [3, 7, 8].

Чрезвычайно важным направлением также является минимизация доли детей первого года жизни, умерших вне лечебного учреждения, и снижение досуточной летальности в стационарах.

Заключение

Успех государственных программ и законодательных инициатив, направленных на повышение рождаемости и выживания детей первого года жизни, зависит от наличия всеобъемлющей и достоверной информации о числе родившихся и умерших во всех медицинских учреждениях РФ. Точность регистрации случаев рождения и смерти имеет значение не только для получения корректной статистики движения населения, но и для полноценного обеспечения всех юридических, социальных и медицинских прав и гарантий детей и их семей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Смертность детского населения России. — М., 2009. — 328 с.
2. Байбарина Е. Н., Цымлякова Л. М. и соавт. Организационные принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / Материалы II Регионального форума «Мать и Дитя». — Сочи, 2008. — С. 258–259.
3. Сорокина З. Х., Юсупова А. Н. Эффективность различных организационных подходов к родоразрешению и выхаживанию новорожденных экстремально низкой массы тела // Проблемы управления здравоохранением. — 2010; 3: 80–85.
4. Байбарина Е. Н. Дети с экстремально низкой массой тела: заблуждения, сомнения, перспективы / Материалы XI Всероссийского форума «Мать и дитя». — М., 2010. — С. 609–610.
5. Сорокина З. Х. Выживаемость, состояние здоровья и особенности развития детей с экстремально низкой массой тела при рождении // Российский педиатрический журнал. — 2009; 5: 12–16.
6. Фролова О. Г., Паленая И. И., Цымлякова Л. М. Региональные особенности мертворождаемости и ее причины / Материалы XI Всероссийского форума «Мать и Дитя». — М., 2010. — С. 643.
7. Smith L. K., Draper E. S., Mankletow B. N. et al. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. — 2007; 92: 11–14.
8. Ancel P. Y., Lelong N., Papiernik E. et al. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey // Hum. Reprod. — 2004; 19: 734–740.