

ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ И НОВОРОЖДЕННЫМ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Гаяне Вартановна Тамазян

Показатели перинатальной и материнской смертности в Российской Федерации в последние годы имеют устойчивую тенденцию к снижению, оставаясь тем не менее на достаточно высоком уровне. Указанное диктует необходимость развития службы родовспоможения с акцентированием внимания на повышение качества специализированной медицинской помощи беременным и новорожденным детям.

С организацией в 2002 году в Московской области государственного учреждения здравоохранения «Московский областной перинатальный центр» беременные женщины и новорожденные дети области имеют больше возможности получать специализированную высококвалифицированную акушерскую и неонатальную помощь.

За период работы ГУЗ «МОПЦ» изменилась структура поступающих беременных женщин в данное медицинское учреждение. Так, в настоящее время лишь 3,8% поступающих на роды пациенток являются жительницами других регионов, тогда как доля жительниц Московской области достигает 96,2%.

Увеличилось поступление пациенток с невынашиванием беременности различного генеза, тяжелым гестозом, многоплодной беременностью и другими осложнениями беременности. В целом же около 61% беременных имеют осложненное течение беременности и родов и относятся к группе высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии.

Вследствие этих причин неуклонно увеличивается и количество глубоко недоношенных детей и новорожденных с экстремально низкой массой тела. Доля недоношенных детей, родившихся в ГУЗ «МОПЦ», имеет неуклонную тенденцию к увеличению (2004 год – 9,1%, 2005 год – 11,2%; 2006 год – 13,1%, 2007 год (9 месяцев) – 13,7%). При этом необходимо отметить, что 47% из них составляют новорожденные с массой менее 1500 г.



Кроме того, в ГУЗ «МОПЦ» имеется мобильная реанимационная неонатальная бригада, осуществляющая перевод глубоко недоношенных детей из других родильных домов Московской области в неонатальную реанимацию ГУЗ «МОПЦ». Так, за 9 месяцев 2007 года в отделение неонатальной реанимации поступило 143 ребенка из Московской области.

Учитывая это, для наиболее эффективного оказания медицинской помощи беременным и детям в Московском областном перинатальном центре был разработан оптимизированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, главной составляющей которого являлось внедрение и активное использование взаимосвязанных технологических схем лечения в акушерстве и неонатологии.

Известно, что одной из основных причин перинатальной смертности в России является респираторный дистресс-синдром (РДС). Наиболее часто РДС отмечается у глубоко недоношенных детей, у которых развитие его обусловлено тканевой и ферментативной незрелостью легких и прежде всего дефицитом антиателектатического фактора – сурфактанта.

Другой, не менее редкой, причиной развития РДС является плацентарная недостаточность. Являясь одним из наиболее частых осложнений гестационного процесса, плацентарная недостаточность приводит к нарушению процессов адаптации новорожденного и сопровождается высокой частотой развития у них респираторного дистресс-синдрома и поражений центральной нервной системы.

Следовательно, в комплексе лечебных мероприятий при плацентарной недостаточности особую значимость приобретает выбор оптимальной тактики терапии, позволяющей стабилизировать имеющийся патологический процесс у матери и способствующей поддержанию компенсаторно-приспособительных механизмов у плода на уровне, позволяющем обеспечить продолжение беременности до возможного оптимального срока родоразрешения. Учитывая это, на базе ГУЗ «МОПЦ» подготовлена и реализована технологическая схема антенатальной профилактики перинатальной заболеваемости и смертности у беременных с хронической плацентарной недостаточностью.

За период реализации данной технологической схемы лечения (январь – июнь 2007 года) у 176 беременных с плацентарной недостаточностью на фоне проведенного лечения отмечалось улучшение либо нормализация показателей кровотока в системе мать-плацента-плод, что позволило выписать их для дальнейшего наблюдения и лечения в амбулаторных условиях. Исход беременности прослежен у 148 пациенток: родоразрешены при доношенной беременности – 121, преждевременно (при сроках гестации 35–37 недель) – 27. У абсолютного большинства родившихся детей (133) состояние по шкале Апгар оценено в 7–8 баллов. У 15 новорожденных (в том числе у 3 недоношенных) состояние по шкале Апгар оценено в 6, а через 5 минут – 7 баллов. Перинатальной смертности в данной группе не было.

Непосредственно после завершения терапии по технологической схеме родоразрешены в ГУЗ «МОПЦ» 92 пациентки. Из их числа при доношенной беременности родоразрешены 70. Состояние этих детей по шкале Апгар оценено в 7–8 баллов, у 15 новорожденных при рождении диагностирован синдром задержки развития плода. Перинатальной смертности не было.





В 22 случаях родоразрешение произведено досрочно, в том числе у пациенток при сроках беременности 29–34 недели (3 многоплодных беременности – 2 двойни и 1 тройня). По массе родившиеся дети распределялись следующим образом: менее 1000 г – 4, 1000–1499 г – 10, 1500–1999 г – 8 новорожденных. Во всех случаях беременность удалось пролонгировать на 2–3 недели. Из числа родившихся детей в раннем неонатальном периоде (4 суток) умер один ребенок (гестационный срок – 30 недель, масса при рождении – 915 г). Среди детей с массой при рождении более 2000 г перинатальной смертности не было.

Известно, что одним из наиболее эффективных, патогенетически обоснованных способов лечения РДС является заместительная терапия экзогенными сурфактантами. Экзогенные сурфактанты можно применять как для лечения РДС по жизненным показаниям, так и с профилактической целью.

Были использованы две технологические схемы лечения РДС у глубоко недоношенных детей, предполагающие одно- и двукратное введение экзогенного сурфактанта в зависимости от тяжести данного заболевания. Повторное введение препарата требовалось чаще детям с тяжелым РДС, у которых клиника дыхательной недостаточности не купировалась после введения первой дозы препарата.

Анализ результатов внедрения указанных технологических схем лечения выявил отчетливое влияние на демографические показатели всей Московской области. Так, перинатальная смертность в Московской области снизилась с 11,7% в 2003 году до 9,9% в 2005 году. Отмечается устойчивая тенденция к снижению ранней неонатальной смертности – с 5,3% в 2003 году до 2,3% в 2006 году.

Необходимо отметить, что при использовании экзогенных сурфактантов (куросурфа) тяжесть респираторного дистресс-синдрома распределилась следующим образом: РДС легкой степени – 11,8% (14 новорожденных), РДС средней тяжести – 55% (66), РДС тяжелой степени – 32,2% (38).

Таким образом, использование современных технологических схем лечения плацентарной недостаточности и РДС у новорожденных детей позволяет своевременно проводить этиопатогенетическую терапию РДС, сократить длительность пребывания детей на аппаратной ИВЛ, увеличить выживаемость детей с РДС без их инвалидизации и, в конечном итоге, способствует снижению показателя ранней неонатальной смертности.

Помимо снижения уровня ранней неонатальной смертности, изменилась и структура причин перинатальной смертности в Московской области. В 2006 году на первое место в структуре причин перинатальной смертности вышли врожденные пороки развития, тогда как РДС делит 2–3-е место с внутриутробными инфекциями.

Внедрение в ГУЗ «МОПЦ» взаимосвязанных между собой технологических схем в акушерстве и неонатологии оказало положительное опосредованное влияние и на заболеваемость новорожденных Московской области. Так, в 2004 году заболеваемость новорожденных (доношенных и недоношенных) составляла 726,0‰, а в 2005 году – 705,7‰.

Как показывает отечественная и зарубежная практика, у недоношенных новорожденных (особенно с экстремально низкой массой тела), маловесных и незрелых детей наиболее высока частота неврологических нарушений различной степени тяжести. Впоследствии среди этих больных регистрируется значительное число инвалидов.



С учетом этого в ГУЗ «МОПЦ» разработаны и используются с 2005 года технологические схемы лечения новорожденных детей с перинатальными поражениями нервной системы. Схемы включают лечение поражений периферической нервной системы, комплексную терапию наиболее часто встречаемых у новорожденных синдромов (синдром церебральной депрессии, синдром церебральной возбудимости и др.), лечение при травматических и нетравматических внутрижелудочковых кровоизлияниях.

Технологические схемы лечения помимо врачебного осмотра включают также осмотр узкими специалистами (невролог, окулист и др.), инструментальные методы исследования (нейросонографию, рентгенографию и др.), высокотехнологичные методы исследования типа электроэнцефалографии. В терапии используется как медикаментозное лечение, так и немедикаментозные способы лечения, такие как водные процедуры, массаж, а также электрофорез.

Практическое использование технологических схем позволяет отметить следующее:

- достаточное финансирование дает возможность применять в ходе лечебного процесса современные лекарственные препараты;
- отпадает необходимость приобретения тех или иных лекарств родителями больных детей;
- применение одноразовых расходных материалов (силиконовые катетеры, зонды, шприцы и т.д.) значительно снижает риск внутрибольничных инфекций и облегчает работу среднего медперсонала;
- появилась возможность привлекать к работе дополнительных сотрудников для проведения специализированных процедур (например электрофореза);
- ведение больных по технологическим схемам сокращает сроки лечения;
- наблюдение за больными на постгоспитальном этапе показывает удовлетворительные темпы физического и психоневрологического развития детей.

Таким образом, достаточное финансирование технологических схем лечения позволяет оказывать на высоком уровне специализированную помощь беременным и недоношенным детям Московской области. Своевременное и раннее использование технологических схем у этих категорий пациентов (беременные с нарушением плацентарно-маточного кровообращения и глубоко недоношенные дети) дает реальную возможность снизить конечные затраты последующего лечения.

Учитывая положительное воздействие на демографические показатели Московской области разработанных и реализуемых на базе ГУЗ «МОПЦ» технологических схем лечения беременных и новорожденных, необходимо продолжить развитие этого направления деятельности по предупреждению заболеваний, оптимизации, разработке новых схем лечения при других патологиях у новорожденных.

Целесообразной и практически выполнимой является разработка технологической схемы по лечению кардиологической патологии у новорожденных Московской области на базе ГУЗ «МОПЦ».

Государственное учреждение Московской области «Московский областной перинатальный центр» необходимо рассматривать как медицинское учреждение, координирующее оказание специализированной и этапной помощи новорожденным и беременным, как связующее звено между родовспомогательными и головными учреждениями Московской области.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ГЛАВНОГО ВРАЧА ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» (ГУЗ «МОПЦ»)
Ю.Н. Ермилова,
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО ДЕТСТВУ ГУЗ «МОПЦ»
Е. В. Обельчак