

Абазбекова Н.С., Керимова Н.Р., Сагынбаева Д.З., Калиева А.С., Тоялиева Э.А.

**ЭФФЕКТИВНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ УХОД И ЗДОРОВЬЕ
НОВОРОЖДЕННОГО**

N.S. Abazbekova, N.R. Kerimova, D.Z. Sagynbaeva, A.S. Kalieva, E.A. Toyaliyeva

EFFICIENT PERINATAL CARE AND NEWBORNS HEALTH

Последовательная система внедрения эффективных перинатальных технологий (ЭПТ) с последующим мониторингом, наставничеством и проведением обучения на местах позволила достичь реальных результатов по снижению перевода детей в отделение интенсивной терапии и существенно улучшить здоровье новорожденных.

Ключевые слова: эффективный перинатальный уход (ЭПУ), безопасное материнство, реанимация новорожденного, перинатальная смертность, ранняя неонатальная смертность, тепловая цепочка.

Consequent introduction of Effective perinatal care (EPC) program with follow-up monitoring, mentoring and on-the-job training has resulted in reduction of newborn transferred to Intensive care unit and improvement of newborn health outcomes.

Key words: effective perinatal care, safe motherhood, newborn resuscitation, perinatal mortality, early newborn mortality, warm change.

Актуальность

Кыргызская республика является одной из стран с сохраняющимися высокими показателями перинатальной, неона-тальной, младенческой и материнской смертности. Существующая система перинатальной помощи является недостаточно эффективной для уменьшения показателей смертности. Кроме того, на высокую перинатальную смертность влияют, состояние здоровья матери, нерациональное ведение родов, неадекватные меры реанимации новорожденных, нехватка квалифицированных кадров и качество неонатального ухода.

Переход в 2004 г. на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ, позволил достичь более достоверных и полных показателей смертности, в результате чего показатели младенческой смертности в республике приблизились по значению к данным, полученным в результате независимых исследований (Таблица 1).

Таблица 1.

Уровень младенческой смертности в Кыргызской республике по данным исследований и статистике министерства здравоохранения

Младенческая смертность (на 1000 живорождений)	1995	1997	2000	2005	2006	2007
Младенческая смертность (по данным исследований)	WHO ¹ 63.0	DHS *2 66.0	WHO 61.3	WHO 58.0	MICS ³ 38.0	WHO 33.0
Младенческая смертности (статистика МЗ КР)	28.1	28.2	22.6	29.7	29.2	30.6

Неонатальная смертность составляет около 50% младенческой и 40 % смертности детей до 5 лет, причем 2/3 неонатальных смертей происходят в первые семь дней жизни, и 2/3 из них случаются в первые 24 часа (*The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005*).

В Кыргызстане в области охраны материнства и детства идет консолидированное и последовательное внедрение стратегических мер по достижению ЦРТ 4 и 5. Эти стратегии внедряются как приоритетные программы в рамках национальных и ряда других программ, направленных на улучшение здоровья матерей и детей. Несмотря на серьезные опасения в отношении достижимости ЦРТ 4 и 5, скоординированные усилия и программные инвестиции по снижению материнской и младенческой смертности дают обнадеживающие результаты.

Практика персонала, согласно рекомендациям программы ВОЗ «Эффективный перинатальный уход» в пилотных лечебно-профилактических организациях демонстрирует результаты по уменьшению показателей смертности в областях (Таблица 2).

Таблица 2.

Показатели перинатальной, младенческой, неонатальной и ранней неонатальной смертности по данным ЛПО, 2005-2007 гг.

Область	Перинатальная смертность			Младенческая смертность (< 12 мес)			Неонатальная смертность (< 28 дней)			Ранняя неонатальная смертность (< 7 дней)		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Жалалабатская	31,1	28,5	28,9	25,5	25,4	26,0	19,5	18,9	18,7	16,4	16,2	15,9
Иссыккульская	33,6	39,7	30,8	28,2	26,1	25,8	21,7	24,4	19,3	18,0	21,6	16,9
Нарынская	31,5	29,5	26,8	28,2	31,8	27,4	21,0	22,6	18,4	17,5	18,4	14,7

Таким образом, усилия по улучшению перинатального ухода направленные на профилактику и ведение основных причин ранней неонатальной смертности, включающие меры предупреждения асфиксии в родах, родовых травм и инфекции новорожденных имеют огромный потенциал для снижения младенческой и смертности детей до 5 лет.

Цель исследования: влияние эффективных перинатальных технологий на показатели перинатальной и младенческой смертности в Кыргызской республике.

Материалы и методы исследования

Согласно намеченным планам по внедрению ЭПУ в КР в пилотных лечебных организациях проведена первичная оценка существующих практик перинатального ухода. Алгоритм первичной оценки включал 4 компонента, направленных на изучение существующих практик при ведении: 1) беременности, 2) родов, 3) ухода за новорожденными, 4) планирования семьи после родов. В настоящей статье мы предоставили результаты по одному компоненту - уход за новорожденным. Индикаторы процесса основаны на анализе историй родов и новорожденных, анкетировании медицинских сотрудников и женщин после родов. Компоненты – «ведение беременности и родов» были освещены в статье «Внедрение эффективного перинатального ухода в пилотных районах Кыргызской Республики, достижения и препятствия».

Структурный дизайн исследования включал 1) анкетирование родильниц, 2) анализ историй родов, 3) анализ историй развития новорожденных, которые были переведены в отделение ПИТ. После проведения базовой оценки принятых практик в пилотных лечебных организациях было начато внедрение ЭПУ. Интервенции состояли из клинических тренингов, основанных на компетенции, клиническом наставничестве каждые полгода, со значительным акцентом на клинические наблюдения, демонстрацию и практику и мониторинге практик выполняемых медработниками через каждые 6 месяцев. На всех этапах исследования с 2006 г. по 2008 г. в 15 пилотных родовспомогательных организациях всего проведено 4 раунда мониторинга, во время которых опрошено 4421 родильница, проанализировано 5233 истории родов и 1656 карт развития новорожденных в палате интенсивной терапии (ПИТ).

Результаты исследования

Как известно, состояние матери зеркально отражается на состоянии новорожденного и все интервенции вносят негативный вклад в его здоровье. Необоснованные переводы в ПИТ,

сопровождаются необоснованными инвазивными процедурами, сопряженными с риском развития гнойно-септических осложнений. В процессе внедрения ЭПУ и правильной оценки новорожденных почти на 18,6 % увеличилось количество детей оцененных как здоровые и не требующих лечения в Нарынской области, на 12,1% - в Иссык-Кульской области (с 79,6 % до 98,2%; с 82,0% до 94,1%). Соответственно, в 2,6 раза уменьшился процент детей, переведенных в ПИТ (с 12,1 до 4,6 % в Нарынской и с 18,6 до 6,9% в Иссык-Кульской области).

Как видно из представленной таблицы, в два раза сократилась необходимость проведения реанимации новорожденных, с 11,6% до 5.4 %, в три раза реже новорожденные, рожденные путем кесарева сечения были переведены в отделение интенсивной терапии, следовательно, в три раза реже новорожденным применялось ненужное медицинское вмешательство. Хотя оценка по шкале Апгар не позволяет достаточно полно охарактеризовать состояние здоровья новорожденного, но она является индикатором быстрой оценки и позволяет определить необходимость в проведении реанимационных мероприятий.

Таблица 3.

Улучшение качества ухода за новорожденными и перинатальных исходов

Анализируемые показатели	Базовая оценка, N=1321, (%)	2008, N=1561, (%)	p
Реанимация новорожденного	11.6	5.4	<.001
Новорожденные, переведенные в ПИТ, на любой период, рожденные путем кесарева сечения	72.2	27.1	<.001
Апгар 8 или более на 1 минуте	23.7	52.4	<.001
Апгар 8 или более на 5 минуте	81.9	89.9	<.001
Гипотермия (ниже 36.5°C) на 30 минуте после родов	19.4	7.3	<.001
Гипотермия (ниже 36.5°C) через 2 часа после родов	20.8	1.0	<.001
Температура в родильной комнате 25° C	72.0	95.0	<.001

Как видно из представленной таблицы, в ходе внедрения ЭПУ более чем в два раза увеличилось количество новорожденных с высокой оценкой по шкале Апгар к на 1 минуте. Как известно, гипотермия имеет очень серьезные последствия для новорожденного. У ребенка с гипотермией снижается способность к сосанию, нарушение питания, может возникнуть тяжелая

гипогликемия, что в свою очередь, может привести к судорогам и в результате к повреждению головного мозга. Также гипотермия увеличивает риск кровотечения и развития инфекций. Всех этих состояний можно избежать, если предотвратить потерю тепла путем соблюдения всех звеньев тепловой цепочки.

Экспертная оценка тепловой цепочки показала, что 19,4 % новорожденных были переохлаждены в первые 30 минут после родов, 20,8% новорожденных находились в состоянии гипотермии в течение последующих 2 часов.

После внедрения тепловой цепочки более чем в 2.5 раза уменьшилось количество переохлажденных детей в первые 30 минут и, в 20 раз в течение последующих 2 часов.

Таким образом, мероприятия, включающие обучение, усиление потенциала медицинских работников и населения, систематический подход к клиническому наставничеству медработников могут изменить перинатальный уход в сторону улучшения качества и оказать прямое влияние на улучшение индикаторов, напрямую связанных со снижением показателей смертности.

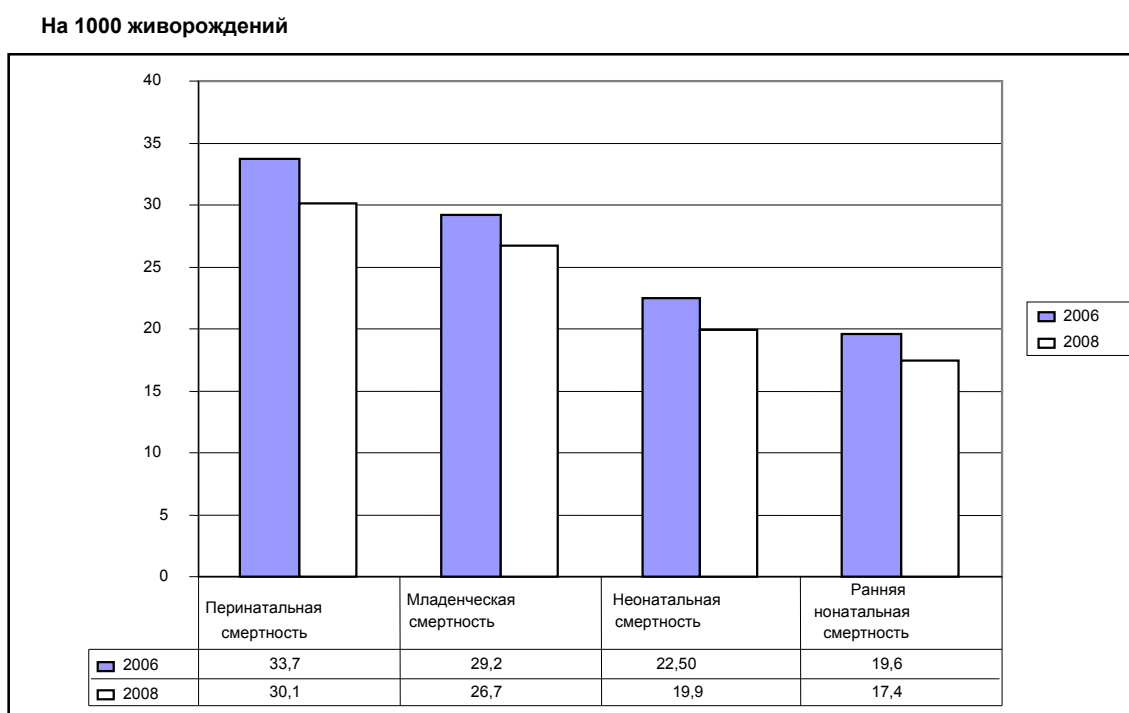


Рисунок 1. Сравнение показателей смертности, 2006-2008 гг., Кыргызская республика

Литература:

1. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской республики до 2015. Бишкек, 2006. С.66.
2. Effective Perinatal care. Neonatology. JSI, Kiev, 2008.
3. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.
4. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000.
5. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors, WHO, 2002.
6. Kyrgyzstan Multi-Indicator Cluster Survey, UNICEF, 2006
7. Lavender T, Alfirovic Z, Walkinshaw S. Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial. Obstetrics & Gynecology 2006; 108:295
8. R. Knippenberg, J.E. Lawn, G.L. Darmstadt, G. Begkoyaian, H. Fogstad, N. Walelign, V.K.Paul, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Published online, March 3, 2005, <http://image.thelancet.com/extras/05art1164web.pdf>

Рецензент: д.мед.н., профессор Мусуралиев М.С.