

©Д.Г. Коньков

РЕГІОНАЛІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТУ – РЕАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ЗНИЖЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

РЕГІОНАЛІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТУ – РЕАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ЗНИЖЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ. В статті представлені результати дослідження аналізу 389 випадків перинатальної смертності в Вінницькій області за період 2009–2011 рр. Встановлено, що основними причинами високого показника перинатальної смертності були недоліки в системі антенатальної нагляду, відсутність стратифікації перинатального ризику, недооцінка певної клінічної ситуації, яка була пов'язана з затримкою часу відносно прийняття рішення, відсутність моніторингу в пологах та неадекватне надання реанімаційної допомоги новонародженим.

РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА – РЕАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ. В статье представлены результаты исследования анализа 389 случаев перинатальной смертности в Винницкой области за период 2009–2011 гг. Установлено, что основными причинами высокого показателя перинатальной смертности были недостатки в системе антенатального наблюдения, отсутствие стратификации перинатального риска, недооценка определенной клинической ситуации, которая была связана с задержкой времени относительно принятия решения, отсутствие мониторинга в родах и неадекватное оказание реанимационной помощи новорожденным.

THE REGIONALIZATION OF PERINATAL AUDIT – A REAL RESERVE FOR REDUCING OF PERINATAL MORTALITY. The paper had presented the results of our study about analysis 389 cases of perinatal mortality in the Vinnytsya oblast in 2009–2011 years. Found that the main causes for the high perinatal mortality were deficiencies in antenatal care, unavailability of prenatal risk stratification, underestimating of certain clinical situations, which were associated with a delay time for a decision, non-availability of monitoring in labor and the inadequate providing of neonatal intensive care.

Ключеві слова: перинатальна смертність, перинатальних аудит.

Ключевые слова: перинатальная смертность, перинатальный аудит.

Key words: perinatal mortality, perinatal audit.

ВСТУП. Головний принцип, який лежить в основі охорони материнства і дитинства, полягає в тому, що для забезпечення розвитку здорової дитини необхідно задовольнити специфічні біологічні та психосоматичні потреби, властиві процесу зростання людського організму. Плід визнається повноцінним пацієнтом, до якого застосовні спеціальні методи діагностики, лікування та профілактики, а кінцеві результати медичної допомоги оцінюються по перинатальним втратам, до яких відносяться аборти, невиношування вагітності, перинатальна смертність [2, 6].

Перинатальні втрати, показник яких в Україні поступово зменшується, але темпи зниження недостатні для досягнення мети, яка була задекларована в меморандумі ООН «Цілі розвитку тисячоліття 2000–2015 роки». За останній рік призупинено темпи від'ємного приросту населення, але порівняно з країнами Євросоюзу, де приріст населення складає (+)4,1 на 1000 населення, в Україні становить (-) 4,2, що завдає суспільству значну соціальну (скорочуючи на 1–2 роки середню тривалість життя) та економічну (зменшуючи на 2–3 % участь кожного покоління в процесі суспільного виробництва) шкоду. В перинатальному періоді щорічно гине понад 2000 немовлят, а серед померлих дітей першого року життя більше 60 % помирає в перші 28 днів. В структурі причин перинатальної смертності, рівень якої в 2010 році склав 10,24‰, 72 % займають стани, що виникли під час вагітності та

пологів, друге місце посідають вроджені вади розвитку [4].

Перинатальні втрати доношених дітей це той фрагмент який для його зниження не вимагає великих фінансових витрат, а вимагає адекватного менеджменту (стандартного спостереження і ведення) вагітних [1, 3].

З розвитком медико-економічної моделі охорони здоров'я має сформуватися відношення до системи охорони здоров'я як до такої галузі що відновлює трудові ресурси країни. Зростання захворюваності вагітних жінок, погіршення стану здоров'я дітей свідчать про необхідність прийняття державних заходів щодо профілактики патологічних станів в перинатальному періоді, ще на рівні доклінічної маніфестації, від ведення якого багато в чому залежить подальша якість життя [7, 11, 14].

До теперішнього часу не вирішені проблеми діагностики, профілактики та лікування патології перинатального періоду [8]. Методи оцінки стану плода, які застосовуються в акушерстві не завжди інформативні [5], і ведуться дискусії про доцільність їх використання [6], тому невиправдане застосування перинатальних технологій веде до нераціональних витрат і може призводити до ятрогенних ускладнень [10]. Запропоновані методи лікування порушеного стану плода в більшості випадків не передбачають контролю їх ефективності в динаміці і не призводять до бажаного результату [9], про що свідчить визначальна роль

перинатальної гіпоксії плода в мертвонароджених (до 80 %) і в захворюваності новонароджених. Респіраторний дистрес-синдром залишається провідною причиною ранньої неонатальної смертності [10].

Перераховані проблеми потребують вирішення на рівні організації перинатальної служби. Найбільш актуальними завданнями в цьому напрямі є: підготовка жінок до вагітності, пологам; якість обстеження і спостереження вагітних жінок; раціональне розродження; лікування хворих і недоношених новонароджених.

Виходячи з вищевикладеного, найважливішим завданням сучасного акушерства є оптимізація системи організації медичної допомоги вагітним та породіллям шляхом розробки ефективних технологій діагностики, профілактики та корекції порушень стану плода та новонародженого на основі вивчення механізмів несприятливого впливу на організм вагітної і плід, визначення інформативності одержуваних при обстеженні даних, розробки критеріїв оцінки ефективності лікування [11,12]. При цьому розвиток перинатології та стандартизація медичних технологій повинні відбуватися з використанням елементів доказової медицини [14].

З точки зору пошуку резервів поліпшення якості допомоги в перинатальному періоді та оцінки структури перинатальної смертності (ПС), заслуговує на увагу перинатальний аудит – експертний аналіз, який дозволяє ідентифікувати випадки ПС, яких потенційно можна було б уникнути. При цьому група експертів, використовуючи медичну документацію порівнює ведення вагітності, пологів та лікування в неонатально-

му періоді з існуючими стандартами (Dunn PM, 1997). При цьому експерти виявляють випадки неоптимального лікування, причому неоптимальними вважають тільки ті випадки, коли оптимізація лікування могла б запобігти (друга ступінь неоптимального лікування) або визначено могла (третя ступінь неоптимального лікування) запобігти летальний результат [9].

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей клінічної характеристики вагітностей, що завершилися ПС в Вінницькій області протягом 2009–2012 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для аналізу факторів, що мали відношення до ПС (389 випадків), використовувався популяційний підхід. Був проведений аналіз медичної документації (форма №096/0). Випадки ПС, що сталися в Вінницькій області були проаналізовані за період 2009–2011 рр.

Статистична обробка результатів дослідження виконана за допомогою тестового аналізу категоріальних даних, де визначалась частота зустрічальності кожної ознаки в абсолютних числах та їх відсотковий вираз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ. За період 2009–2011 років народжуваність в Вінницькій області складала 10,92 ‰, 10,65 ‰ та 10,95 ‰ відповідно до років дослідження (таб.1). Природний приріст в тому ж часовому періоді становив -5,34, -5,49 та -4,55. В Вінницькій області, в 2009–2011 роках, сталося 53092 пологів, відсоток передчасних пологів при цьому складав 2,79 ‰, 3,14 ‰ та 3,81 ‰ відповідно для 2009, 2010 та 2011 років. Кількість утруднених пологів

Таблиця 1. Демографічні дані та показники гравідарної патології по Вінницькій області 2009-2011 рр.

| Роки | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|--------|--------|--------|
| Показники | | | |
| Народжуваність, ‰ | 10,92 | 10,65 | 10,95 |
| Смертність, ‰ | 16,26 | 16,14 | 15,51 |
| Природний приріст | -5,34 | -5,49 | -4,55 |
| Кількість пологів | 17966 | 17453 | 17673 |
| Передчасні пологи, ‰ | 2,79 | 3,14 | 3,81 |
| Утруднені пологи, ‰ | 98,58 | 112,13 | 97,04 |
| Прееклампсія, ‰ | 35,46 | 35,47 | 31,97 |
| Хвороби системи кровообігу ‰ | 100,63 | 95,86 | 92,23 |
| Кровотеча, в послідовому та післяпологовому періодах, ‰ | 24,38 | 19,14 | 18,22 |
| Передлежання та передчасне відшарування плаценти, ‰ | 8,91 | 10,96 | 9,73 |
| Порушення стану плода, ‰ | 5,86 | 4,93 | 4,89 |
| Асфіксія в пологах, ‰ | 14,33 | 10,8 | 5,91 |
| Захворюваність новонароджених ‰ | 167,33 | 170,81 | 167,66 |
| Перинатальна смертність, ‰ | 10,84 | 11,12 | 11,14 |
| Смертність дітей першого року життя, ‰ | 8,07 | 8,71 | 10,14 |

для 2009, 2010, 2011 років була відповідно 98,58 ‰, 112,13 ‰, 97,04 ‰.

Серед акушерської патології чільне місце займала прееклампсія (клінічна маніфестація гестаційної ендотеліопатії), чия частота становила в 2009 році 35,46 ‰, 2010 – 35,47 ‰ та в 2011 – 31,97 ‰, не дивлячись на те, що кількість вагітних з фонowymi захворюваннями кардіо-васкулярної системи зменшувалась з 100,63 ‰ в 2009 році до 92,23 ‰ в 2011. Відмічалось динамічне зниження кількості післяпологових кровотеч з 24,38 ‰ в 2009 році до 18,22 ‰ в 2011. Також, відмічалась позитивна динаміка стосов-

но асфіксії в пологах з 14,33 ‰ в 2009 до 5,91 ‰ в 2011 році.

Проте впадало в вічі збільшення перинатальної та смертності дітей першого року життя. Так, динаміка ПС виглядала наступним чином в 2009 році цей показник становив 10,8 ‰, 2010 – 11,12 ‰ та в 2011 році – 11,14 ‰. Кількість смертей серед дітей першого року життя становила в 2009 – 8,07 ‰, 2010 – 8,71 ‰ та в 2011 – 10,14 ‰.

В цілому, за інших рівних умов, не можна забувати, що структура показника ПС і його рівень відбиває якість надання медичної допомоги вагітним, породіл-

лям та новонародженим і є одним з критеріїв діяльності клінічного закладу, який надає цю допомогу.

Відносно структури ПС, то згідно результатів, які представлені в таблиці 2, можна зробити попередній висновок, що мертвонароджуваності істотно знизилась в 2011 році до 6,21 ‰ в порівнянні з

2009 – 6,95 ‰, і особливо з 2010 – 7,31 ‰. Хотілося б додати, що дані позитивні зміни сталися, в першу чергу у зв'язку з зниженням випадків антенатальної смертності (2009 – 5,73 ‰, 2010 – 5,33 ‰, 2011 – 5,18 ‰). Проте, паралельно з цим спостерігалось збільшення кількості ранньої неонатальної

Таблиця 2. Структура перинатальної смертності по Вінницькій області 2009-2011 рр.

| Показники | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------------|------|------|------|
| Мертвонароджуваність, ‰ | 6,95 | 7,31 | 6,21 |
| Антенатальна смертність, ‰ | 5,73 | 5,33 | 5,18 |
| Рання неонатальна смертність, ‰ | 3,89 | 3,81 | 4,93 |

смертності (2009 – 3,89 ‰, 2010 – 3,81 ‰, 2011 – 4,96 ‰).

Подібна динаміка ПС доношених і недоношених плодів та дітей може свідчити про недостатню організації перинатальної допомоги при термінових пологах. В той час як розродження жінок з недоношеною вагітністю проводиться переважно в стаціонарах III рівня, які обладнанні сучасними лікувально-діагностичними технологіями, тоді як переважна більшість термінових пологів відбувається в стаціонарах I і II рівня, які не мають необхідного ресурсного забезпечення для попередження та усунення ускладнень які виникають в пологах. Також, слід враховувати, що співвідношення мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смерт-

ності в структурі перинатальної смертності носить нестійкий характер і залежить від числа індукованих пологів з вродженою патологією плоду і надходження жінок з антенатально померлим плодом.

Аналіз причин ранньої неонатальної смертності по Вінницькій області 2009–2011 рр. представлений в таблиці 3. Відзначається загальне збільшення випадків патології в 2011 році в порівнянні з 2010. Особливо це стосувалось новонароджених з вродженими аномаліями, деформаціями і хромосомними порушеннями 0,45 ‰ – 0,29 ‰, вродженими пневмоніями 0,36 ‰ – 0,17 ‰, інфекційними ураженнями специфічними для перинатального періоду 0,51 ‰ – 0,23 ‰, гемолітична хвороба 0,11 ‰ – 0. Хоча за-

Таблиця 3. Причини ранньої неонатальної смертності по Вінницькій області 2009-2011 рр.

| Показники | 2010 | 2011 |
|---|------|------|
| Смертність н/р вага 500г і більше, ‰ | 2,91 | 4,28 |
| Вроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення, ‰ | 0,29 | 0,45 |
| Родова травма, ‰ | 0 | 0,11 |
| Асфіксія в пологах, ‰ | 0,74 | 0,51 |
| Вроджені пневмонії, ‰ | 0,17 | 0,36 |
| Неонатальний аспіраційний синдром, ‰ | 0 | 0,06 |
| Неонатальна аспіраційна пневмонія, ‰ | 0 | 0,06 |
| Інфекції специфічні для перинатального періоду, ‰ | 0,23 | 0,51 |
| ВШК, ‰ | 0,06 | 0,17 |
| Гемолітична хвороба, ‰ | 0 | 0,11 |

гибель новонароджених внаслідок асфіксії в пологах зменшилась на 0,23 ‰.

При аналізі медичної документації 389 випадків ПС по Вінницькій області в період з 2009 по 2011 рік привернули увагу фактори ризику, які впливали на фатальний результат. Фактори ризику умовно можна поділити на: залежні від жінки, сім'ї та соціальних умов; пов'язані з доступністю медичної допомоги; пов'язані з обсягом та якістю медичної допомоги; пов'язані з консультуванням, порозумінням із медичним персоналом, діагностикою.

Проаналізувавши отримані результати, потрібно зауважити, що основними причинами високого показника ПС були недоліки в системі антенатальної нагляду (незапланована вагітність, пізні взяття на облік по вагітності; нерегулярне відвідування жіночої консультації; неповноцінне обстеження; низька якість діагностики; самолікування; поліпрагмазія; відмова від госпіталізації; штучна пролонгація вагітності; невраховування стратифікації перинатального ризику; запізниле транспортування вагітної в заклад

вищого рівня), ведення пологів (недооцінка певної клінічної ситуації, яка була пов'язана з затримкою часу відносно прийняття рішення; відсутність моніторингу в пологах; неадекватне призначення або не призначення препаратів за показами; акушерська агресія) та надання реанімаційної допомоги новонародженим. Крім того, на показниках ПС позначається вплив невідворотних причин перинатальних втрат (аномалії розвитку плода, плаценти, внутрішньоутробне інфікування).

Проведене дослідження також показало необхідність додаткової інтерпретації соціальних факторів, розкрило певні недоліки інформування та консультування вагітних в плані своєчасного звернення за медичною допомогою.

ВИСНОВКИ. Проведене дослідження довело, що збільшення випадків перинатальної смертності в Вінницькій області, було пов'язано з відсутністю раціональної системи оцінки перинатального ризику та неадекватною пренатальною діагностикою.

Підвищення компетентності медичного персоналу, діагностика та профілактика патологічних станів,

на догравідарному етапі або на ранніх термінах вагітності являється основною стратегією боротьби за здоров'я покоління.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Впровадження системного підходу до створення перинатального аудиту на регіональному рівні дозволить чітко визначити стратифікацію перинатального ризику, яка передбачає виділення груп жінок, у яких

вагітність і пологи можуть ускладнюватися порушенням стану плода, акушерською або екстрагенітальною патологією. Особливо це стосується діагностики та профілактики патологічних станів, на догравідарному етапі або на ранніх термінах вагітності, ще до їх клінічної маніфестації та генералізації процесу (тромбофілічні стани, ендокринопатії, гестаційна ендотеліопатія).

ЛІТЕРАТУРА

1. Батман Ю.А. Опыт внедрения аудита в перинатальном центре / Ю.А. Батман, В.К. Чайка, И.А. Могилевкина // *Здоровье женщины*. – 2007. – № 3. – С. 155–159.
2. Кирбасова Н.П. Современная система управления медицинской организацией акушерско-гинекологического профиля / Н.П. Кирбасова // – Москва: ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2004. – 203с.
3. Критерії визначення базового лікувального закладу для створення регіонального перинатального центру. Методичні рекомендації / Ю.П.Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.О. Дудіна, з співавт. – К., 2011. – 7 с.
4. Перинатальная медицина и безопасное материнство. Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – №9/10. – С. 5–13.
5. Перинатальный аудит при преждевременных родах. / Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Байбарина Е.Н. с соавт. // Москва–Эдинбург: Издательство «Водолей». – 2005. – 223 с.
6. Пестрикова Т. Ю. Перинатальные потери, резервы снижения // Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, Т. М. Бутко. – М. : Литтера, 2008. – 199 с.
7. Региональные особенности воспроизводства и ранних потерь. / Баранов А.А., Игнатъева Р.М., Каграманов В.И., Сугак А.Б. // Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства. – М., 2005. – 152 с.
8. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России. – Дисс.: докт. мед. наук. – М., 2006. – 335 с.
9. Confidential regional enquiry into mature stillbirths and neonatal deaths – a multidisciplinary peer panel perspective of the perinatal care of 238 deaths. / Tan K.N., Wyles M.P., Settattree R., Mitchell T. // *Singapore Medical Journal*. – 1999. – № 40 (4). – P. 251–255.
10. Ferguson S.D. Deaths related to intrapartum asphyxia. Audit in one unit found neonatal care to be suboptimal at weekends / S.D. Ferguson, T. Gehrke. // *British Medical Journal*. – 1998. – № 28:316. – P. 657–660.
11. Henderson–Nichol, K. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Project in Moldova – Baseline Review. Options, 2009. www.pi.nhs.uk/figo.
12. How to do obstetric audit in resource poor settings: lessons from a multi-country auditing near miss obstetric emergencies // *Health Policy and Planning*. – 2004. – Vol. 19. – P. 57–66.
13. Improving quality of perinatal care through confidential enquiries in the Republic of Moldova. *Entre Nous*. / Stratulat P., Gardosi J., Curteanu A., Carau? T., Petrov V. // *The European magazine for sexual and reproductive health*. – 2010. – № 70. – P. 10–11.
14. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy / Villar J, Carroli G, Khan–Neelofur D., et al. // *Cochrane Database Syst Review*. – 2010.(10):CD000934.

Отримано 28.02.13