

Карауш Т. Н.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
НОВОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ**

Центр Матери и Ребенка, Кишинев, Республика Молдова

Caraus T. N.

**DETERMINING RISK FACTORS AND SCIENTIFIC ARGUMENTATION
OF A NEW APPROACH OF ANALYZING DEATHS OF TERM
NEWBORNS**

Center for Mother and Child, Chisinau, Republic of Moldova

Карауш Т. Н. - Центр Матери и Ребенка, научный сотрудник, Кишинев, Республика Молдова, cartatiana@yahoo.com

Резюме. Было научно аргументирован новый подход к анализу случаев смерти доношенных новорожденных в неонатальном периоде с выделением причин и обстоятельств, которые способствовали смерти, что позволило систематизировать действия различных категорий факторов.

Ключевые слова: младенческая смертность, перинатальная смертность, ранняя неонатальная смертность, перинатальные факторы риска, аудит, конфиденциальная анкета, стандарт, вербальная аутопсия.

Abstract. There was scientifically substantiated a new approach of analyzing deaths in term babies during the early neonatal period, highlighting the main causes and circumstances that contributed to death, which allowed to systematize actions of different categories of factors.

Key words: infant mortality, perinatal mortality, early neonatal mortality, perinatal risk factors, perinatal audit, confidential inquiry, standard, verbal autopsy.

Введение.

Социально-экономическое положение, сложившееся в Республике Молдова после 90-х годов прошлого века, отрицательно сказалось на демографических показателях: рождаемости, смертности, в том числе детской, а также продолжительности жизни. В этих условиях снижение детской смертности, защита жизни и здоровья детей являются крайне важными критериями демографического развития страны и, соответственно, одними из факторов национальной безопасности [5, 6]. На тенденции этого показателя могут влиять его главные составляющие: ранняя и поздняя неонатальная смертность, а также постнеонатальная смертность. В соответствии с демографическими закономерностями снижения детской смертности и среди детей в возрасте до 5 лет, снижается, прежде всего, постнатальная смертность и лишь затем ранняя неонатальная смертность [1]. Уровень ранней неонатальной смертности отражает качество родовспоможения, а также качество ухода за новорожденным в течение первой недели жизни, что является основным критерием оценки эффективности перинатального ухода [3].

Высокий уровень ранней неонатальной смертности обусловлен низкими стандартами медицинской помощи, оказываемой матери и новорожденному. Решение демографической проблемы Республики Молдова возможно путем снижения детской смертности и прежде всего ее главной составляющей – неонатальной смертности [5].

Снижение смертности среди плодов/новорожденных без пороков развития и с нормальным весом при рождении зависит от внедрения рентабельных и не дорогостоящих технологий рекомендованных ВОЗ. Одной из наиболее эффективных технологий, способной снизить уровень перинатальных потерь является проведение аудита случаев перинатальной смертности [4]. Проведение аудита позволяет: а) определить величину проблемы (количество умерших детей) и б) указать, на каком уровне и в чем состоит проблема (что послужило причиной смерти). Путем лучшего понимания проблемы, возможно, найти решение для снижения риска подобных случаев в будущем [4, 6].

Цель исследования:

Оценка факторов риска и причин смертности, объема и качества медицинского ухода за доношенными новорожденными посредством научной оптимизации и научного обоснования нового подхода в анализе неонатальных смертностей.

Материалы и методы:

Оценка медико-биологических, социальных и обусловленных медицинской помощью факторов риска ранней неонатальной смертности среди доношенных новорожденных на основе изучения двух исследуемых групп: основной группы, в которую вошли 106 доношенных новорожденных, умерших в ранний неонатальный период и контрольной группы, состоящей из 212 детей, рожденных примерно в это же время (непосредственно до или после умершего ребенка) в том же учреждении, что и умерший ребенок и при этом переживших ранний неонатальный период.

Анализ умерших детей в ранний неонатальный период включал клинично-экспертный анализ первичной документации, используя конфиденциальную анкету и стандарты, данные опроса матерей. Конфиденциальный анализ случаев перинатальной смертности основан на привлечении в обсуждение случая смертности медицинского персонала, не вовлеченного в ведение данного случая. Экспертиза была проведена группой экспертов (акушеров-гинекологов, неонатологов, семейных врачей, патоморфологов, акушеров и т.д.) в ходе заседаний, посвященных конфиденциальному расследованию неонатальной смерти и сопоставлению данных со стандартами. Вся медицинская документация заранее анонимизируется и изучается группой независимых экспертов, которые дают оценку объема и качества оказанной медицинской помощи, сравнивая ее со стандартами, основанными на научных доказательствах.

Для выбора классификации причин интранатальной и ранней неонатальной смертности национальная рабочая группа рассмотрела несколько существующих в мировой литературе классификаций для причин смерти новорожденных: Wigglesworth (1980), Aberdeen (1954) и Балтийскую Классификацию Перинатальной смертности (1995) [2]. В ходе обсуждений группа решила использовать для проведения аудита интранатальной и ранней неонатальной смертности следующую классификацию, которая включает семь причин смерти плода/новорожденного:

- 1) тяжелые и летальные пороки развития,
- 2) незрелость,
- 3) материнско-плодовые заболевания предшествующие родам,
- 4) асфиксию / аноксию / травму в родах у нормально сформированного ребенка (в результате неотложного случая или в отсутствии его),
- 5) инфекцию,
- 6) другие специфические причины (патологические предлежания плода, патологию плода и новорожденного) и

7) неклассифицированные или неизвестные причины.

По сравнению с Международной Классификацией Заболеваний ВОЗ 10-го пересмотра, классификация, используемая нами, идентифицирует причину и субоптимальную помощь которые привели к смерти. Обычно категории причин находящиеся в верхней части списка являются основными по сравнению с нижестоящими категориями. Эксперт должен выбрать только один ответ (причину) – наиболее полно характеризующий случай [6].

Существуют четыре степени объема и качества медицинских услуг: от степени 0, когда была оказана оптимальная помощь, но случай не мог быть предотвращен до степени 3, когда оказанная помощь была субоптимальной, но случай смертности был предотвратимым [6].

Факторы риска, которые влияют на смертельный исход, классифицируются от зависимости периода времени их влияния (во время беременности, в родах, после родов) и делятся на: а) факторы, зависящие от женщины, семьи и социальных условий, б) факторы, связанные с доступностью медицинской помощи, в) факторы, связанные с объемом и качеством медицинской помощи и г) другие факторы (консультирование, взаимопонимание с медицинским персоналом, диагностика)[6].

Результаты:

Исследование показало, что смертность среди доношенных новорожденных на первой неделе жизни в сравнении с выжившими новорожденными чаще всего обусловлена сельским местом проживания матери (61,3% versus 38,7%; $p < 0,001$), возрастом матери младше 20 лет (9,5% versus 2,9% $p < 0,05$), индексом массы тела матери ≥ 30 (22,6% versus 5,7%; $p < 0,001$), с низким ростом матери (13,2% versus 3,8%; $p < 0,01$), патологической прибавкой в весе во время беременности (11,3% versus 4,2%; $p < 0,05$), недостатком веса ребенка (10,4% versus 3,8% $p < 0,05$), показателем по шкале Апгар на 5 минуте жизни (54,7% versus 0,5% $p < 0,001$).

Анализ результатов конфиденциального расследования случаев смерти доношенных новорожденных был проведен по разделам, отражающим объем и качество помощи, оказываемой в соответствии со стандартами и протоколами.

В результате анализа причин неонатальной смертности, выявленных экспертами в ходе аудита, было установлено, что в 60 случаях (56,6%) основными причинами смерти согласно предложенной нами классификации были асфиксия, аноксия или внутриутробные травмы у полностью сформировавшегося плода, а антенатальные

болезни матери и плода в 25 случаях (23,7%), при этом в 18 случаях была выявлена задержка внутриутробного развития плода, в 11 случаях (10,4%) были тяжелые и несовместимые с жизнью пороки развития, инфекции (4,4%) и другие специфические причины (4,4%).

По итогам анализа данных, с точки зрения критериев объема и качества медицинской помощи, оказанной в виде антенатального ухода, родовспоможения и постнатального ухода, выяснилось, что большинство случаев были, квалифицированы как неоптимальные или не соответствующие стандартам, что говорит о несоблюдении стандартов, рекомендуемых в национальных протоколах, как для акушерской, так и для неонатальной практики, в 87,7% случаев она была оценена как неоптимальная, с присвоением второй и третьей категорий.

В ходе изучения влияния различных групп факторов риска в каждый конкретный период было установлено, что в 18 (16,9%) случаях эти факторы были связаны с женщиной, семьей и бытовыми условиями. Всего две женщины из исследуемой группы не имели доступа к антенатальной помощи, поскольку находились за пределами страны. Большинство же факторов было связано с оказанной медицинской помощью, при этом в 75,4% случаев были выявлены дефекты медицинской помощи, оказанной в интранатальный период, в 62,2% случаях – дефекты медицинской помощи, оказанной в неонатальный период и в 33,9% случаях – дефекты медицинской помощи, оказанной в антенатальный период.

Собеседование с матерью/семьей, которая потеряла ребенка, предоставило ценную и правдивую информацию об оказанной медицинской помощи, обращении к беременной женщине медицинского персонала до родов и в родах. Из Анкеты Вербальной Аутопсии эксперты получали информацию, отсутствующую в медицинской документации. Были отмечены случаи несовпадения данных фиксированных в медицинской документации с информацией, полученной от матери / семьи. Результаты словесного расследования свидетельствуют о том, что психосоциальные факторы наряду с медицинскими тем или иным образом также влияют на смертность новорожденных, а беседы с родителями умерших младенцев помогают выявить моменты, которые не отражены в медицинских документах. В ходе бесед с матерями удалось выяснить, что 10,4% из них подверглись физическому и психо-эмоциональному насилию

Выводы:

1. Проведенный клинико-экспертный анализ материала показал, что во всех исследуемых случаях не наблюдались сложные случаи отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и тяжелая экстрагенитальная патология матери. В основном смертельные исходы были вызваны дефектами ведения беременности, родов и послеродового периода.

2. Научная проблема, которая была решена в ходе исследования, позволила выяснить реальное положение дел в области оказания медицинской помощи матерям и доношенным новорожденным, умершим в ранний неонатальный период и аргументированно обозначить социально-демографические и медицинские факторы риска, влияющие на смертность, при этом полученные результаты могут послужить основой для разработки действенных мер и предложений по улучшению системы оказания перинатальной помощи матерям и новорожденным.

Литература

1. Баранов А., Альбицкий В. Смертность детского населения России, 2006 г., 280 с.
2. Могилевкина И. и др. Перинатальный аудит в Донецком регионе, 1997-1998 гг. В: Медико-социальные проблемы семьи, 1999, №4, с. 8-13.
3. Lawn J. et al. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? In: The Lancet Neonatal Survival Series, 2005, vol. 365, Nr. 9462, p. 891-900.
4. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. World Health Organization, Geneva, 2016, 136 p.
5. Stratulat P., Paladi Gh., Gațcan Ș. ș.a. Prematuritatea: aspecte obstetricale și neonatale. Chișinău, 2013, 454 p.
6. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Dinamica implementării tehnologiilor asistenței perinatale în Republică în perioada 1998-2008. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2009, Nr. 2, p. 8-28

Карпова О.Б., Проклова Т.Н.

**ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В
2011-2015 ГОДАХ**