РАЗДЕЛ X. МЕДИЦИНА

Мамедова С.Н.

Особенности перинатальных потерь при очень ранних преждевременных родах по данным Республиканского Перинатального Центра города Баку

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi: 10.18411/scienceconf-09-2019-17

idsp: scienceconf-09-2019-17

Аннотация

В статье представлены результаты анализа ситуации по перинатальным потерям в Республиканском Перинатальном Центре за 2012-2017 годы при сроке 22-28 недель гестации при рождении.

Ключевые слова: перинатальные потери, мертворождаемость, интенсивная реанимационная терапия с применением Куросурфа.

Abstract

The article presents the results of the analysis of the situation of perinatal losses in the Republican Perinatal Center for 2012-2017 at 22-28 weeks gestation at birth.

Key words: prenatal loss, stillbirths, resuscitation and intensive therapy Curosurf.

Перинатальные потери зависят от многих факторов, среди которых особое место занимает недонашивание беременности [1,2,3,4-6]. Современная служба родовспомогательной помощи в Азербайджане предназначена для удовлетворения потребности населения, как в крупных городах, так и отдаленных регионах на основе трехуровневой системы. При угрозе прерывания беременности в сроках гестации с 22 до 28 полных недель требуется более квалифицированная акушерско-гинекологическая помощь в специализированных учреждениях. В этой связи приобретает актуальность изучение размера перинатальных потерь в структуре состава завершенных случаев беременности по срокам гестации в условиях перинатальных центров республики.

Цель. Исследование особенностей перинатальных потерь, изменения показателей перинатальной смертности при современных международных стандартах учета живорождения в условиях Республиканского Перинатального Центра при гестационном сроке 22-28 недель беременности.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 7620 историй родов за период с 2012 по 2014 годы в Республиканском Перинатальном центре города Баку. В проспективный материал были включены 6078 родов женщин, родивших здесь же с 2015-по 2017 гг, начиная с 22-х недель беременности.

Перинатальные потери оценивались с учетом определения показателей перинатальной заболеваемости и смертности, включая показатель ante-, интра- и постнатальной смертности. Мертворождаемость определялась с учетом новых международных стандартов живорождения. Всем беременным, включенным в проспективное исследование в обязательном порядке проводились общеклинические обследования, инструментальные, лабораторно-клиническое исследование крови для выяснения выраженности и степени распространенности анемии, бактериологические исследования околоплодных вод и аспирата верхних дыхательных путей преждевременно рожденных детей. Беременным, госпитализированным в отделение патологии беременности РПЦ г.Баку с угрозой преждевременных родов, проводилась соответствующая антибактериальная, седативная, антианемичная, гидратационная терапия, а также профилактика респираторного дистресс синдрома. Статистическая

обработка проводилась в программе Microsoft Excel, оценка достоверности по критериям Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты исследования и их обсуждение. В Республиканском Перинатальном Центре города Баку до перехода на новые критерии живорождения за период 2012-2014гг. завершилось 7620 беременностей. При этом в сроке 22-27 недель гестации - 4,1% , в сроке 28 - 36 недель – 10,7% , при сроке 37 и выше недель – 85,2% беременностей. После перехода на новые КЖ было зарегистрировано 6078 родов, из которых 2 % при сроке в сроке 22-27 недель гестации, 33 % - в сроке 28 - 36 недель, 63 % - при сроке 37 и выше недель. На фоне общего снижения рождаемости по республике за исследуемые периоды, количество родов в РПЦ уменьшилось на 20%. При этом изменилась структура родов – при увеличении в 3 раза количества родов в сроке 28-36 нед гестации, количество родов при сроке в сроке 22-27 недель гестации уменьшилось в 2 раза, при сроке 37 и выше недель – в 0,7 раз ($p<0,001$).

При изучении частоты наиболее часто встречаемых акушерских и экстрагенитальных заболеваний в условиях РПЦ города Баку за 2012-2014гг. аномалии органов таза составили 5,4%, аномалии и повреждения плода 5,1%, преждевременный разрыв оболочек 5,1%, несоответствие размеров таза и головки плода 4,6%, плацентарные нарушения 4%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 4%.

Частота мертворождаемости коррелирует с изменением массы плода и возраста женщин. При массе плода 500-999г мертворождаемость составила в среднем 44,6% , при массе 1000-1499г – 8,7%, при массе 1500-1999г -5,5%.(Таблица 1)

Таблица 1

Показатели мертворожденности в зависимости от возраста женщины и массы плода в РПЦ города Баку за период 2012-2014 года (по данным ретроспективного исследования)

Возраст, годы	< 20	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 +	Все
Масса плода	Показатели мертворожденности (%)					
500 – 999	52,8±6,85	43,8±3,92	43,7±3,76	47,1±5,41	35,9±7,68	44,6±2,19
1000 – 1499	35,3±8,19	7,7±2,04	7,4±2,15	5,2±2,24	4,3±2,94	8,7±1,26
1500 – 1999	11,0±3,27	5,3±1,28	6,6±1,45	4,2±1,35	1,8±1,24	5,5±0,71
2000 – 2499	4,0±2,23	1,5±0,56	0,9±0,45	0,8±0,59	2,1±1,17	1,4±0,31
2500 – 2999	1,0±0,97	0,9±0,32	0,4±0,21	0,7±0,47	0,6±0,60	0,7±0,17
3000 – 3499	0,8±0,78	0,2±0,11	0,3±0,13	0,2±0,22	0,9±0,51	0,3±0,08
3500 – 3999	н	0,1±0,10	0,3±0,16	0,3±0,26	н	0,2±0,08
4000 +	н	н	0,5±0,49	н	н	0,2±0,20
Все	9,0±1,16	2,6±0,23	2,6±0,23	3,3±0,41	2,3±0,44	3,0±0,15

За период 2015-2017 года родившиеся при сроке 22-27 недель гестации были в тяжелом состоянии в 35 %, в критическом - в 65 % случаев. (рисунок 1)

Рис.1. Сравнительная характеристика состояния новорожденных за период 2015-2017 года при сроке гестации 22-27 недель

По показаниям всем преждевременно рожденным детям проводилась комплексная высокотехнологичная интенсивная реанимационная терапия с применением стандартной дозировки суспензии α -проктанта для эндотрахеального введения (Куросурф, Къези Фармацевтичи С.п.А., Италия).

Результаты анализа показателей ПС на фоне комплексной интенсивной терапии с применением высокотехнологических реанимационных методик за период 2015-2017-ые года с учетом новых критериев живорождения были сравнены с аналогичными показателями перинатальной смертности за период 2012-2014-ые года. (таблица 2).

Таблица 2

Показатели перинатальной смертности за период 2012-2017-ые года в условиях РПЦ города Баку (по данным ретроспективного исследования)

Сроки гестации	2012	2013	2014	2015	2016	2017
22-27 недель	84,8%	95,8%	82,7%	63,6%	53,2%	63,3%
28-36 недель	31,1%	33,8%	32,6%	21,1%	15,6%	16,6%
37 недель и выше	0,93%	1,1%	1,71%	0,58%	0,73%	0,76%
Общая ПС за период 2012-2017-ые года	116,83%	130,7%	117%	85,28%	69,53%	80,7%

Внедрение высокотехнологичной неонатальной интенсивно-реанимационной помощи, включающей эндотрахеальное введение α -проктанта Куросурфа новорожденным с синдромом дыхательных расстройств, позволило определить эффективность применения данной комплексной терапии в зависимости от срока гестационного возраста и массы тела новорожденных. Установлено, что эффективность данных мероприятий в сроках 22-27 недель составляет 34,9%, в 28-33 недели-69,6%, в 34-36 недель-74,6%. При этом эффективность применения Куросурфа у новорожденных с массой тела при рождении 500-999г составляет 44,2%, при массе 1000-1499г – 52,8%, при массе 1500 -1999 г - 71%, при массе новорожденных с массой 2000 -2499г – 78,2%, что отражает прямую положительную корреляцию эффективности применения данного препарата со сроком гестации и весом новорожденных.

В результате совершенствования системы перинатальной помощи и целенаправленного ведения беременных в антенатальном периоде, включающего своевременную диагностику и коррекцию обострений хронической экстрагениальной патологии; диагностику и коррекцию акушерской патологии; применения комплексных интенсивных и реанимационных мероприятий в раннем неонатальном периоде наблюдается положительная динамика по перинатальным потерям, которая выражается в существенном снижении показателя ПС в среднем с 121,5% в 2012-2014 годах до 78,5% в 2015-2017 годах.

Выводы

Таким образом, несмотря на переход с 1 января 2015 года на новые критерии живорождения по всей Республике Азербайджан, отмечается некоторая тенденция к снижению частоты очень ранних преждевременных родов с 3,7% до 2,3% на базе РПЦ, что явилось результатом улучшения качества антенатальной помощи у данного контингента беременных.

***

1. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22-27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии, 2011, №1, с.17-21.
2. Коновалов О.Е., Харитонов А.К. Современные тенденции перинатальной и неонатальной смертности в московской области // Вестник РУДН, серия Медицина, 2016, №1, с.135-139.
3. Кравченко Е.Н., Синицина С.С., Мишутина А.В. К вопросу о переходе на международные критерии регистрации рождения детей в субъектах Российской Федерации на примере Омской области // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 5. с. 37 – 42.

4. Прялухин И.А. Динамика перинатальной смертности до и после ввода учреждения родовспоможения 3 уровня на примере Мурманской области // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, 2012, т.14, №5, вып.2, с.409-412.
5. Симрок В.В., Слепичко Ю.Н., Жмурко Т.П., Аверина А.А. Перинатальная смертность: причины, факторы риска, пути снижения // Таврический медико-биологический вестник, 2012, т.15, №2, ч.1, вып.58, с.280-282.
6. Стратулат П.М., Куртяну А.М., Карауш Т.Н. Региональная система оказания перинатальных и неонатальных медицинских услуг в республике Молдова. // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. III междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.

**Кузнецов С.А., Шейко Е.А., Шашкина Л.Ю.,
Триандафилиди Е.И., Быкадорова О.В.**

Излечение обширной гемангиомы промежности и внутренней поверхности левого бедра у ребенка первого года жизни. Клинический случай

*ФБГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ России
(Россия, Ростов-на-Дону)*

doi: 10.18411/scienceconf-09-2019-18

idsp: scienceconf-09-2019-18

Введение. Из всех доброкачественных новообразований у детей раннего возраста гемангиомы кожи, мягких тканей и слизистых оболочек достаточно распространенное заболевание и составляет от 50 до 80% . Они встречаются у 1,1-2,6% всех новорожденных, а к концу первого года жизни этот показатель увеличивается до 10,1% и характеризуются быстрым ростом. Процент детей с пролиферирующими кожно-подкожными формами гемангиом, осложненных изъязвлениям, воспалением, кровотечением и долго не заживающими ранами на фоне быстрого роста опухолей, продолжает увеличиваться. Гемангиомы считаются доброкачественными новообразованиями, но их свойство к широкому распространению, отсутствию четких границ при прорастании капилляров в мягких тканях, не заметных клинически, заставляют относиться к ним с осторожностью, как к местно деструктирующим опухолям. Актуальность проблемы сосудистых новообразований у детей первого года жизни обусловлены их широким спектром аномалий от незначительных по объему образований кожи, так и значительных по протяженности и объему опухолей; высокой распространенностью [1-4]. Имеется многообразие клинических форм гемангиом, от маленького узлового образования до распространенной опухоли, занимающей несколько анатомических областей и даже резорбирующие кости черепа и лицевого скелета. Эти зрелые опухоли состоят из новообразованных кровеносных сосудов, расположенных в соединительнотканной строме и могут быть капиллярными, кавернозными, смешанными и комбинированными (имеющие кожную и подкожную часть) [5]. Проявляются гемангиомы в обычно в первые две недели жизни новорожденного ребенка [6]. В ряде случаев опухоли имеют гладкую поверхность или выступают над уровнем кожи или имеют сегментарную структуру [7,8]. На сегодняшний день существует достаточно много методов лечения таких гемангиом. Основные методы и показания к деструктивному и системному лечению гемангиом представлены в обзоре Москалевой Т.В. и соавтор [9]. В арсенале клинициста имеется возможность консервативного поэтапного лечения ангиоматоза больших поверхностных опухолей; криодеструкция, лазерная деструкция, лучевая терапия и хирургическое вмешательство. Иссечение гемангиом маленьких размеров не представляет трудностей. Удаление больших опухолей связано с перевязкой питающего сосуда, часто с большой кровопотерей, так как не редко удаление сопровождается сильными кровотечениями. На волосистой части головы кровотечение более выражено из-за не спадающих сосудов, что является очень опасным для детей до года. Нерадикальное удаление опухоли ведет к рецидиву, который должен удаляться широко, так как границы образования определить клинически часто. Все вышеописанные методы являются инвазивными, требующими анестезиологического пособия или же