

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОДИВШИХСЯ ДЕТЕЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 616.89 – 008

Преждевременные роды остаются одной из сложных и важных проблем для современной медицины, а рожденные своевременно дети подвергаются высокому риску перинатальной смертности и инвалидизации, уровни которых повышаются с уменьшением гестационного возраста ребенка. Трудности в практическом здравоохранении возникают на всех уровнях организации оказания помощи недоношенному ребенку, что делает эту проблему очень актуальной, а подходы к системе реабилитации и совершенствования медицинского обслуживания данной категории детей нуждаются в их постоянном совершенствовании и оптимизации работы между собой.

Ключевые слова: Преждевременные роды, недоношенный ребенок, медицинская помощь

На сегодняшний день преждевременные роды остаются одной из важных проблем общественного здравоохранения во всем мире, так как являются ведущей причиной перинатальной смертности и инвалидизации недоношенных новорожденных [1,2,3].

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), недоношенным должен считаться жизнеспособный ребенок, рожденный в сроке беременности до 37 полных недель (до 259-го дня беременности), и массой тела более 500 грамм (Таблица 1).

Таблица 1 - Характеристики степени недоношенность по гестационному возрасту и массы тела при рождении.

Степень	Срок гестации в неделях	Вес при рождении в граммах
Недоношенность I степени	37-35	2500 – 2000
Недоношенность II степени	34-32	1999-1500
Недоношенность III степени	31-29	1499-1000
Недоношенность IV степени	Менее 28	999-500

Безусловно, своевременно и адекватно оказанная первичная реанимационная помощь недоношенным новорожденным, а так же выхаживание данной группы детей на первом и втором этапах и дальнейшая реабилитация полностью определяют в будущем уровень их жизни [4,5,6].

В практическом здравоохранении возникают трудности с ведением недоношенных детей не только в условиях стационара, но и на амбулаторном уровне, где зачастую отсутствует обоснованное планирование профилактических мероприятий, что требует глубокого изучения состояния здоровья глубоко недоношенных младенцев для оптимизации системы реабилитации и совершенствования медицинского обслуживания данной категории детей [7,8].

Главной проблемой для недоношенных детей является увеличение смертности с уменьшением гестационного возраста. Как преждевременно родившиеся дети, так и малолесные для гестационного возраста находятся в высокой группе риска [9,10].

По оценкам ВОЗ, в настоящее время, показатели преждевременных родов варьируется от 5% до 18% от числа родившихся детей, т.е. 15 миллионов детей по всему миру ежегодно рождаются преждевременно. Из которых 3,1 млн (около 35%), в результате осложнений от преждевременных родов, становятся причиной смерти детей в возрасте до пяти лет, это

является так же второй причиной смерти детей до пяти лет после пневмонии [11,12,13,14,15].

Дети, с гестационным возрастом менее чем 32 недель составляют около 16% всех недоношенных при рождении, в странах с высоким уровнем доходов [16,17,18]. В этих странах почти 95% из тех, родившихся в сроке гестации от 28 до 32 недель выживают, из которых более чем 90% детей без неврологических нарушений. Однако в странах со средним и низким уровнем дохода только 60% тех, кто родился в 28 до 32 недель гестации выживают, из которых у 70%, тяжелые неврологические нарушения, остальные, умирают в первые несколько дни жизни [19,20,21,22].

В мае 2012 года ВОЗ и партнеры опубликовали доклад «Рожденные слишком рано — доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов», который содержит оценки преждевременных родов в разбивке по странам.

Так согласно данным публикации из 11 стран, где коэффициенты преждевременных родов превышают 15%, все, кроме двух, находятся в Африке к югу от Сахары [23,24,25]. Самые высокие коэффициенты преждевременных родов на каждые 100 случаев родов зарегистрированы в Малави-18.1 на 100 ; Коморских Островах, Республике Конго-16.7, Зимбабве-16.6, Экваториальной Гвинее-16.5, Мозамбике-16.4, Габоне-16.3, Пакистане-15.8, Индонезии-15.5 и Мавритании-15.4. (Диаграмма №1)



Диаграмма 1 - Коэффициент преждевременных родов на каждые 100 случаев родов.

Однако проблема преждевременных родов не ограничивается странами с низким уровнем дохода. Например, Соединенные Штаты Америки и Бразилия, входят в десятку стран с самым высоким числом случаев преждевременных родов, в этих странах около 12%, или более одного из девяти случаев всех родов являются преждевременными, далее рейтинг составляют Германия и Южная Корея - 107 или 9,2%,

Великобритания и Канада - 135 или 7,8%, ЮАР - 127 или 8%, Китай - 15 или 47,1%, Франция - 158 или 6,7%, Япония - 175 или 5,9% [26,27,28,29,30]. Самые низкие коэффициенты преждевременных родов в Беларуси 4,1%, Эквадоре, Латвии, Финляндии, Хорватии, Литве, Эстонии, Японии и Швеции (Диаграмма 2).

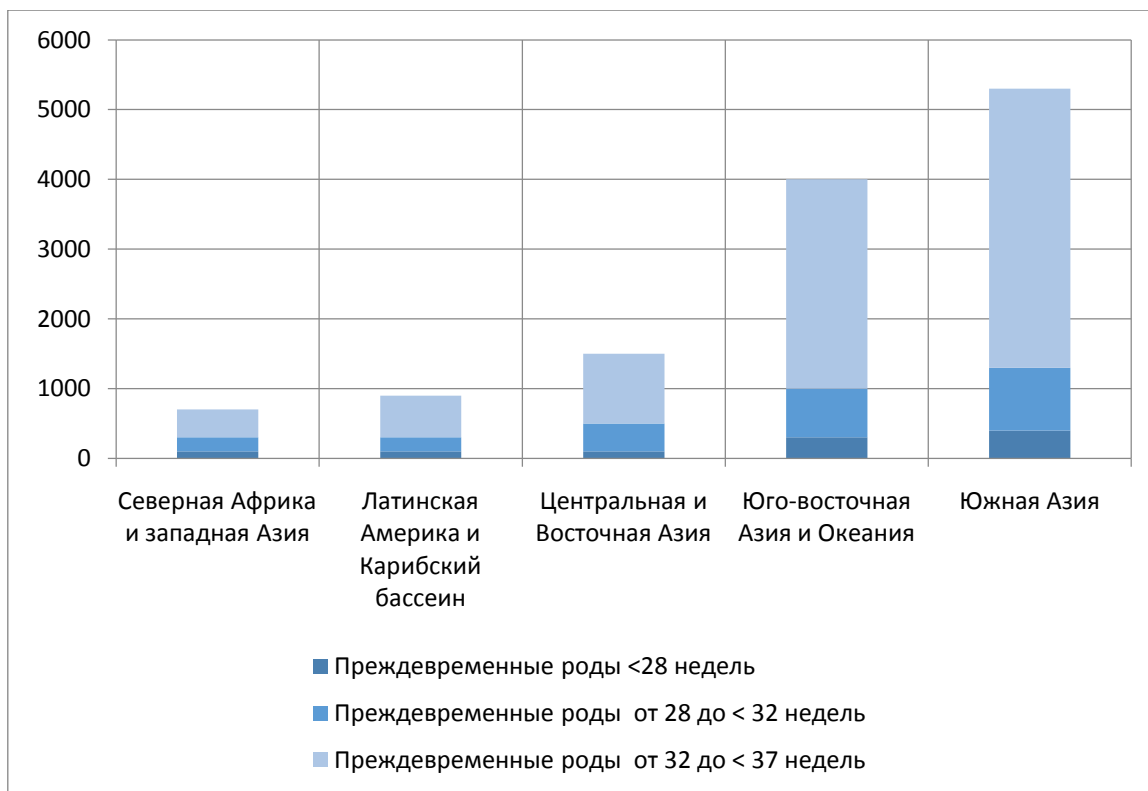


Диаграмма 2 - Показатели преждевременных родов по срокам гестации в регионах в 2015 году

Таким образом, исходя из данных ВОЗ, обращают на себя внимание огромные разрывы в показателях выживаемости детей, рожденных на сроке до 28

недель беременности, между странами с высоким уровнем дохода и странами, со средним и низким уровнем дохода.

В процентном соотношении так же проводится четкая корреляция между сроками гестации и выживаемостью новорожденных. В странах с низким уровнем дохода более 90% детей, рожденных крайне преждевременно, умирают в течение нескольких первых дней жизни, в то время как в странах с высоким уровнем дохода этот показатель составляет менее 10%».

Таким образом, на сегодняшний день остается проблема качества оказания медицинской помощи при выхаживания недоношенных детей и проблема

новорожденного минимума не только в странах третьего мира, но и в экономически развитых государствах, в которых практическое здравоохранение находится на очень высоком уровне. В тоже время, преждевременные роды до сих пор могут привести к целому ряду осложнений у выживших детей, которые в перспективе приведут к инвалидизации населения, а большая часть неврологических нарушений напрямую связана именно с перинатальным периодом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A.P., Merialdi, M., et al. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2006. – 88(1). – P. 31-38.
- 2 Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A.B., et al. (2012). National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis // *CHERG/WHO*. – 2010. – P. 88-97.
- 3 Commission on Information and Accountability. Keeping promises, measuring results: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health // *World Health Organization*. – Geneva: 2011. – P. 45-52.
- 4 Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S., et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis // *Lancet*. – 2011. – 377. – P. 1319-1330.
- 5 Femitha, P., & Bhat, B.V. Early Neonatal Outcome in Late Preterms // *Indian Journal of Pediatrics*. – 2011. – P. 88-97.
- 6 Flenady, V., Middleton, P., Smith, G.C., Duke, W., Erwich, J.J., et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries // *Lancet*. – 377(9778). – P. 1703-1717.
- 7 Goldenberg, R.L., Gravett, M.G., Iams, J., Papageorghiu, A.T., Waller, S.A., et al. (2012). The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 206(2). – P. 113-118.
- 8 Gravett, M.G., Rubens, C.E., & Nunes, T.M. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2010. – №10. – Suppl 1. – P. 22-28.
- 9 Gyamfi-Bannerman, C., Fuchs, K.M., Young, O.M., & Hoffman, M.K. (2011). Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 205(5). – P. 451-456.
- 10 Ip, M., Peyman, E., Lohsoonthorn, V., & Williams, M.A. A casecontrol study of preterm delivery risk factors according to clinical subtypes and severity // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. – 2010. – 36(1). – P. 34-44.
- 11 Kalra, S. K., & Molinaro, T. A. The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity // *Seminars in Reproductive Medicine*. – 2008. – 26(5). – P. 423-435.
- 12 Kent, A.L., Wright, I.M., Abdel-Latif, M.E. Mortality and adverse neurologic outcomes are greater in preterm male infants // *Pediatrics*. – 129(1). – №2. – P. 124-131.
- 13 Kramer, M.S., Papageorghiu, A., Culhane, J., Bhutta, Z., Goldenberg, R.L., et al. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2010. – 206(2). – P. 108-112.
- 14 Lawn, J.E., Kerber, K., Enweronu-Laryea, C., & Cousens, S. 3.6 million neonatal deaths--what is progressing and what is not? // *Seminars in Perinatology*. – 2010. – 34(6). – P. 371-386.
- 15 Lim, J.W. (2011). The changing trends in live birth statistics in Korea, 1970 to 2010 // *Korean Journal of Pediatrics*. – 2010. – 54(11). – P. 429-435.
- 16 Limburg, H., Gilbert, C., Hon do, N., Dung, N.C., & Hoang, T.H. Prevalence and causes of blindness in children in Vietnam // *Ophthalmology*. – 2010. – 119(2). – P. 355-361.
- 17 Liu, L., Johnson, H., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., et al. (2012). Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet*, in press. Lumley, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. – 2003. – 110. – Suppl 20. – P. 3-7.
- 18 Martin, J.A., Hamilton, B.E., Sutton, P.D., Ventura, S.J., Mathews, T.J., et al. Births: final data for 2008 // *National Vital Statistics Report*. – 2008. – 59(1). – P. 3-71.
- 19 Martin, J.A., Hamilton, B.E., Ventura, P., Osterman, M., Kirmeyer, S., et al. Births: Final Data for 2009 // *National Vital Statistics Report*. – 2011. – 60(1). – P. 1-72.
- 20 Miljeteig, I., Johansson, K.A., Sayeed, S. A., & Norheim, O.F. End-of-life decisions as bedside rationing. An ethical analysis of life support restrictions in an Indian neonatal unit // *Journal of Medical Ethics*. – 2010. – 36(8). – P. 473-478.
- 21 Mohangoo, A.D., Buitendijk, S.E., Szamotulska, K., Chalmers, J., Irgens, L.M., et al. Gestational age patterns of fetal and neonatal mortality in europe: results from the Euro-Peristat project // *PLoS One*. – 2011. – 6(11). – P. 724-727.
- 22 Petrou, S., Eddama, O., & Mangham, L. A structured review of the recent literature on the economic consequences of preterm birth. *Archives of disease in childhood // Fetal and neonatal edition*. – 2011. – 96(3). – P. 225-232.
- 23 Plunkett, J., & Muglia, L. J. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies // *Annals of Medicine*. – 2008. – 40(3). – P. 167-195.
- 24 Qiu, X., Lodha, A., Shah, P.S., Sankaran, K., Seshia, M.M., et al. (2011). Neonatal Outcomes of Small for Gestational Age Preterm Infants in Canada // *American Journal of Perinatology*. – 2011. – 29(2). – P. 87-94.
- 25 Quigley, M.A., Poulsen, G., Boyle, E., Wolke, D., Field, D., et al. Early term and late preterm birth are associated with poorer school performance at age 5 years: a cohort study. *Archives of disease in childhood // Fetal and neonatal edition*. – 2012. – P. 88-94.

- 26 Rogers, L.K., & Velten, M. Maternal inflammation, growth retardation, and preterm birth: insights into adult cardiovascular disease // *Life Sciences*. -2011. - 89(13-14). – P. 417-421.
- 27 Simmons, L.E., Rubens, C.E., Darmstadt, G.L., & Gravett, M.G. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions // *Seminars in Perinatology*. – 2010. - 34(6). – P. 408-415.
- 28 Teune, M. J., Bakhuizen, S., Gyamfi Bannerman, C., Opmeer, B. C., van Kaam, A. H., et al. (2011). A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2011. - 205(4). – P.371-379.
- 29 Woythaler, M.A., McCormick, M.C., & Smith, V.C. (2011). Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants // *Pediatrics*.- 2011. - 127(3). – P. 622-629.

Г.К. КАУСОВА, К.А. ПУШКАРЕВ
Қазақстан медицина университеті «ҚДСМ»

**ШАЛА ТУҒАН СӘБИЛЕРДІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ.
(ӘДЕБИЕТТЕН ШОЛУ)**

Түйін: Уақытына жетпей туу заманауи медицина үшін ең қиын және маңызды міндеттердің бірі болып қала береді. Уақтылы туылған балалар перинаталдық өлім-жітім мен мүгедектіктің жоғары қауіпке ұшырайды, баланың гестациялық жасын төмендету деңгейі артады. Денсаулық сақтау практикасында ерте туылған нәрестеге көмек көрсетудегі ұйымның барлық деңгейлерінде қиындықтар туындап, бұл мәселені өзекті етеді. Медициналық көмектің жақсарту мен оңтайландыру жүйесіне тәсілдемесі аталмыш санаттағы балаларға олардың күнделікті жетілдіру мен өзара жұмыстарының оңалту тұрғысынан қажеттілік туындайды.

Түйінді сөздер: Уақытына жетпей туу, мерзімінен бұрын нәресте, медициналық көмек

G.K. KAUSOVA, KA PUSHKAREV
Kazakhstan Medical University "KSPH"

**ACTUAL PROBLEMS OF PREMATURE INFANTS.
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: Preterm birth remains one of the most difficult and important challenges for modern medicine, and the children born in a timely manner at high risk of perinatal mortality and disability, the levels of which are increased with decreasing gestational age of the child. Difficulties arise in practical public health services at all levels of the organization to assist premature baby, which makes this problem very relevant, and approaches to system rehabilitation and improvement of medical care these children need their constant improvement and optimization of each other.

Keywords: Preterm birth, a premature baby, medical care

А.Р. ШОПАБАЕВА, Қ.М. ЕЛШИБЕКОВА, Д.Б. ДАДАНБЕКОВА, Ұ.Н. ТҰРҒАН
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Фармацевтикалық пәндер кафедрасы*

**ЗАМАНАУИ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІҢ ҚАЖЕТТІЛІКТЕРІН ОДАҚТАСТЫРУ,
СТАНДАРТТАУ ЖӘНЕ ҮЙЛЕСТІРУ**

УДК 61(071.1): 378.144/.146

Қазақстанда бүгінгі күнде жүргізілетін фармацевтикалық саясатты реформалау – бұл саланың әр түрлі тараптарына: мамандарды дайындау жүйесіне де, дәрілік қамсыздандыру жүйесіне де – ауыруды емдеу тереңдігінің тиімділігін арттыру мен дәрілік заттарды сатып алуға бөлінетін қаражат шығындарын оңтайландыру үшін алдыңғы қатарлы халықаралық тәжірибені енгізу. Клиникалық фармацевтикалық дайындауға қажеттілік туындайды.

Түйінді сөздер: дәрілік қамсыздандыру, фармацевтика, емделуші, фармацевтикалық қамқорлық, фармакобақылау, фармакоэкономикалық зерттеулер, қауіпсіздік, қол жетімділік

Кіріспе. Мемлекет басшысы Нұрсұлтан Назарбаевтың Ұлт жоспары - 100 нақты қадамдар бес институционалдық реформаларды жүзеге асыру үшін, яғни қоғам мен мемлекетті түбегейлі өзгерістерге алып келетін бес реформаларды қойды.

Құжат - қадам 82. Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі негізінде медициналық қызмет көрсету сапасына бірлескен комитет жасау. Негізгі мақсат - медициналық көмектің жоғары стандарттарын енгізу (емдеу хаттамалары, оқыту, дәрі-дәрмектерді қамтамасыз ету, сапасын бақылау