

Клиническая медицина

ՀՏԴ 618.439:616-053.31

DOI: 10.54503/0514-7484-2024-64.4-99

Պերինատալ կորուստների վերլուծականը

Ռ.Ա. Աբրահամյան^{1,2}, Գ.Կ. Ղարոյան^{1,2}, Լ.Ռ. Աբրահամյան^{1,2},
Ս.Հ. Աբրահամյան^{1,2}, Գ.Ռ. Աբրահամյան^{1,2}, Շ.Ս. Սարգսյան¹

¹ ԵՊԲՀ, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն
0025, Երևան, Կոռյունի փ., 2

² Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և
գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ
0078, Երևան, Մարգարյան փ., 6/2

Բանալի բառեր. պերինատալ կորուստ, նորածնային մահացություն, ցածր քաշով
նորածին, ինքնաբեր վիժում

Պերինատալ կորուստը համաշխարհային խնդիր է, որն ամբողջ աշխարհում առողջապահական համակարգի կարևորագույն հիմնախնդիրներից մեկն է և յուրաքանչյուր տարի խլում է միլիոնավոր կյանքեր [8]: Միայն Միացյալ Նահանգներում պերինատալ շրջանում տեղի է ունենում պտղի և նորածնի մահվան 2,4 միլիոն դեպք, ինչը չորս անգամ գերազանցում է քաղցկեղից մահացությունների տարեկան թիվը [5]:

2006 թ.-ին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը պերինատալ կորուստը սահմանել է որպես հղիության 22 շաբաթականից մինչև հետծննդյան 28-րդ օրը տեղի ունեցող ցանկացած պատճառագիտությամբ պտղի կամ նորածնի մահ: Այնուամենայնիվ, որոշ հեղինակների կողմից այն ընդլայնվել է և ներկայումս ընդգրկում է հղիության բոլոր կորուստները՝ բեղմնավորումից մինչև նորածնային շրջանի 28-րդ օրը: Պերինատալ կորուստը դիտարկվում է որպես հավաքական հասկացություն, որն ամփոփում է պտղի բոլոր տեսակի կորուստները, սկսած արտարգանդային հղիությունից, հղիության կրելախախտ, որը դրսևորվում է ինքնաբեր վիժումներով և վաղածնությամբ, պտղի անտենատալ, ինտրանատալ մահ, չգարգացող հղիություն, պտղի ներարգանդային զարգացման դանդաղում և արատներ, նորածնի մահը մինչև կյանքի 28-րդ օրը ներառյալ [6-8]:

Հղիության ամենատարածված ախտաբանությունը, համաձայն ԱՀԿ տվյալների, հղիության կրելախախտն է, քանի որ պտղաբերության ընթացքում կանանց 75%-ն ունենում է ինքնաբեր վաղ վիժում: Այս վիժումների

որոշ մասը մնում է աննկատ, քանի որ բեղմնավորված ձվաբջիջը չի կարողանում իմպլանտացիայի ենթարկվել արգանդի լորձաթաղանթում կամ հեռացվում է օրգանիզմից դաշտանի ժամանակ, կամ մինչև դաշտանը, այսինքն՝ հղիությունը մնում է չախտորոշված:

Միջազգային գրականության տվյալների համաձայն՝ պերինատալ կորուստ դիտվում է ախտորոշված բոլոր հղիությունների (փաստագրված գերձայնային կամ ախտահյուսվածաբանական հետազոտությամբ) մինչև 10–25%-ի սահմաններում, ընդ որում վիժումների 50–85%-ը բաժին է ընկնում մինչև 13 շաբաթական ժամկետին, և դրանց մոտ 50%-ը պայմանավորված է քրոմոսոմային անկանոնություններով: Կանանց 5%-ն ունենում է իրար հաջորդող ինքնաբեր վիժումներ: Յուրաքանչյուր ինքնաբեր վիժում 15%-ով ավելացնում է հետագա հղիությունների դեպքում դրանց հաճախականությունը: Երեք և ավելի անգամ կրկնվող վիժումները կոչվում են սովորույթային: Չորրորդ հղիության ընթացքում վիժման հավանականությունը հասնում է 40%-ի [3]:

Ըստ միջազգային տվյալների՝ պերինատալ մահացության կառուցվածքում անտենատալ շրջանին բաժին է ընկնում մահերի 35,3%-ը, ինտրանատալին՝ 26,0%-ը, իսկ նեոնատալին՝ 38,7%-ը: Ուշագրավ է այն փաստը, որ մինչև 1000 գրամ քաշով նորածինների մահացությունը մոտ 300 անգամ բարձր է հասունների համեմատ: Պտղի անտենատալ մահը կազմում է մեռելածնության 77,9%-ը [4]:

Չնայած պերինատալ մահացությունը բազմապատճառային ախտաբանություն է, դրանցից կարելի է առանձնացնել առավել հաճախ հանդիպողները՝ պլացենտայի և պրոտալարի ախտաբանություններ, պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում, պտղի հիպօքսիայի ու ասֆիքսիայի բոլոր տեսակները, պտղի ներարգանդային վարակներ, պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում, զարգացման բնածին արատներ, մոր արտասեռական ախտաբանություններ, որոնք ուղեկցվում են հիպօքսեմիայով, տոքսեմիայով, ինչպես նաև էնդոկրինոպաթիաներ, իմուն համակարգի ախտաբանություններ, շնչառական դիսթրես համախտանիշ, հեմոսինդրոմի առկայություն՝ արյան մակարդեղիության խանգարումներ, թրոմբոցոդյացում և այլն:

Համաձայն գրականության տվյալների՝ պերինատալ մահացության 25–40,0%-ը հնարավոր է կանխարգելել, որի համար անհրաժեշտ է ապահովել նախաբեղմնավորման խնամքը, առողջ ապրելակերպն ու առողջ սնունդը, հղիի համալիր հետազոտությունը և հայտնաբերված շեղումների, ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը:

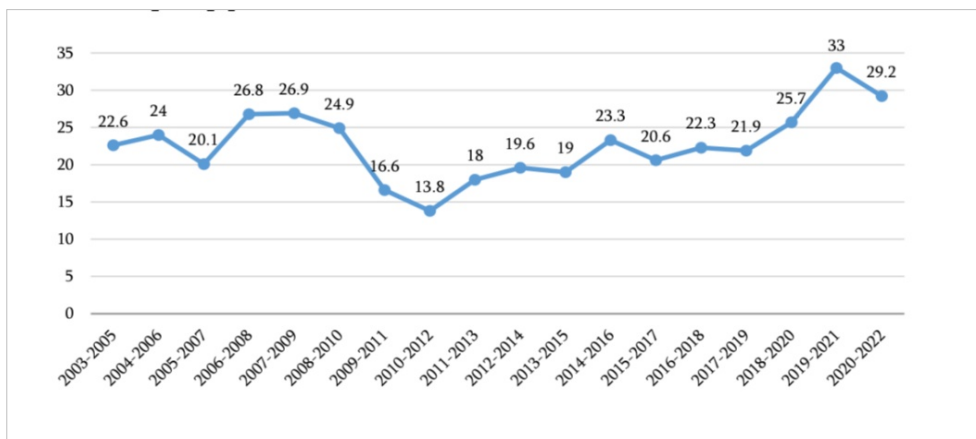
Իրավիճակային վերլուծություն

Մոր և մանկան առողջության պահպանումը շարունակում է մնալ ՀՀ առողջապահության համակարգի գերակա ուղղություններից մեկը, որի կարևորագույն խնդիրներից են հղիության ընթացքի համար օպտիմալ պայմանների ապահովումը, առողջ սերնդի ձևավորումը:

Առողջապահական համակարգն իրականացնում է տարաբնույթ աշխատանքներ ծննդոգնության, նորածնային և վաղ մանկական հասակի երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավման ուղղությամբ: Արդյունքում արձանագրվել են որոշակի հաջողություններ այդ ոլորտներում. գրեթե կիսով չափ նվազել են մայրական և մանկական մահացության ցուցանիշները, ավելի քան 25%-ով բարձրացել են հղիների հաշվառման, ինչպես նաև նախածննդյան սրբինինգներում հղիների ընդգրկվածության ցուցանիշները, մասնավորապես ՄԻԱՎ թեստավորման մակարդակը գերազանցել է 95%-ը և այլն: Եվ չնայած արձանագրված առաջընթացին՝ ծնելիությունը, մայրական և վերարտադրողական առողջությունը Հայաստանի Հանրապետությունում գնահատվում են ճգնաժամային:

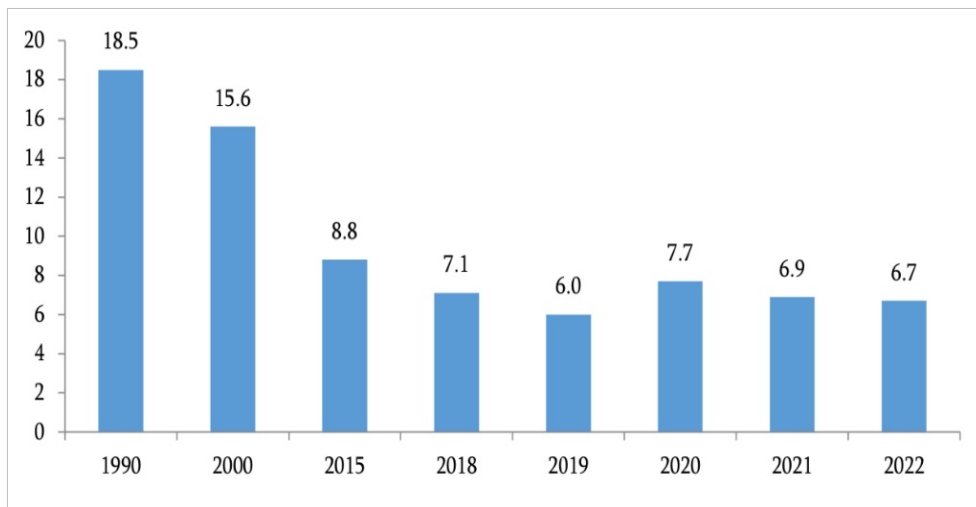
Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի հրապարակումների՝ ծնելիության գումարային (կամ պտղաբերության) գործակիցը 2020 թվականին կազմել է 1,65, ինչը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրությունը: Ըստ նույն աղբյուրի՝ 2016–2017 թթ. կտրվածքով ծնվածների տարբերությունը կազմել է՝ -2892, իսկ 2017–2018 թթ. տարբերությունը՝ -1,126, 2018–2019 թթ.՝ -533, և միայն 2019–2020 թթ. գրանցվել է դրական միտում՝ +407 կենդանի ծնունդ: Այս միտումը պահպանվեց մինչև 2021 թ. հունիս ամիսը (կենդանածինների աճ՝ 1413 նորածնով) ինչը, բացի այլ գործոններից, որոշ չափով կապված էր նաև առողջապահական գործոնով պայմանավորված միջոցառումների ծրագրի մի շարք բաղադրիչների ազդեցության հետ: Սակայն, սկսած հուլիս ամսից, գրանցվեց ծնունդների կտրուկ նվազում, որը պայմանավորված էր 44-օրյա պատերազմի ընթացքում և հետո ամուսնությունների գրեթե բացակայությամբ, հետևաբար՝ նաև առաջնահղիների թվի կտրուկ նվազմամբ: 2021 թ. տարեվերջին անկման միտումը նվազեց, սակայն հաշվի առնելով, որ 2021–2022 թթ.-ից վերարտադրողական տարիք է մտնում 2000-ականների սերունդը, որը ծնունդների առումով նվազագույնն էր (2001 թ. 32.065 ծնունդ), իսկ պատերազմի հետևանքով կորուստները գրանցվեցին այդ տարիքային խմբում, ապա ծնունդների ավելացման առումով առաջիկա տարիները հուսադրող չեն, եթե չձեռնարկվեն համալիր միջոցառումներ:

Մայրական մահացության ցուցանիշը (ՄՄՑ) միջին եռամյա կտրրվածքով որոշակի բացասական միտում է արձանագրում. 2018–2020 թթ. համար ՄՄՑ-ն կազմել է շուրջ 25,7 (2015–2017 թթ. միջինը՝ 20,6): Ընդհանրապես մայրական մահացության պատճառները բաժանվում են 2 հիմնական խմբի՝ ուղղակի/մանկաբարձական (արյունահոսություն, արտարգանդային հղիություն, տոքսիկոզ աբորտ, սեպսիս) և անուղղակի/էքստրագենիտալ պաթոլոգիաներ (եմբոլիաներ, վիրուսային վարակներ, տարբեր օրգան-համակարգերի ախտաբանություններ և այլն): Մայրական մահացության դեպքերի զգալի մասը պայմանավորված է էքստրագենիտալ ախտաբանություններով, և միայն 1/3 դեպքերում մահվան պատճառներն ուղղակի են՝ մանկաբարձական: Այս առումով մարտահրավեր էր Կովիդ-19-ը, որի հետևանքով արձանագրվեց մայրական մահացության ցուցանիշի աճ, 2021 թ. գրանցվեց մայրական մահացության 16 դեպք, որից 9-ը՝ Կովիդ-19-ով պայմանավորված (նկար 1):



Նկար 1. Մայրական մահացության եռամյա միջին ցուցանիշ

Համաձայն վիճակագրական կոմիտեի տվյալների՝ Հայաստանի Հանրապետությունը համարվում է մանկական մահացության ցուցանիշի (ՄՄՑ՝ մինչև 1 տ. երեխաների մահացությունը՝ 1000 կենդանի ծնվածի համեմատ) ցածր (ցուցանիշը $\leq 10,0\%$) մակարդակ ունեցող երկիր (2015 թ.՝ 8,8 ‰, 2022թ.՝ 6,7‰), (նկար 2):



Նկար 2. Մանկական '0-1 տարեկան մահացությունը
(1000 կենդանածինների հաշվով)

Մանկական մահացության անկմանը զուգահեռ նորածնային մահացության ցուցանիշը գրեթե միշտ պահպանել է 70–76% իր մասնաբաժինը մանկական մահացության կառուցվածքում (նկար 2): Նորածնային մահացության (ՆՄ) պատճառական կառուցվածքում մահերի 80%-ը բաժին է ընկնում կանխարգելելի երեք ախտաբանական վիճակներին՝ անհասություն, ասֆիքսիա և ինֆեկցիաներ: Ըստ ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵֆ-ի վերջին հրապարակումների՝ Հայաստանում նորածնային մահացության 3 հիմնական պատճառներն են անհասության բարդություններով պայմանավորված վիճակները (39%), զարգացման բնածին արատները (26%), ասֆիքսիաները (15%): ՆՄ կառուցվածքը վերջին 20 տարիների ընթացքում էականորեն փոխվել է: Եթե 2000 թ. առաջին տեղում ասֆիքսիաներն էին, երկրորդ տեղում՝ բնածին արատները և միայն երրորդ տեղում՝ անհասությամբ պայմանավորված շնչառության խանգարման համախտանիշը (ՇԽՀ), ապա 2020 թ. ՆՄ կառուցվածքում անհասությամբ պայմանավորված վիճակները և ախտաբանությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը, երկրորդ հորիզոնականում բնածին արատներն են, իսկ երրորդ տեղում՝ ասֆիքսիաները: Այսպիսի կառուցվածքը պարունակում է ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող երկրների նորածնային մահացության կառուցվածքի բնութագրիչները:

Նորածնային ախտաբանությունների շարքում հարկ է առանձնացնել բնածին արատները, որոնք, ինչպես նշվեց վերևում, ներառված են պերինատալ կորուստ հասկացության մեջ: Ըստ ՀՀ առողջապահության նախարարության հաշվետվության տվյալների՝ զարգացման բնածին շեղումների

ցուցանիշը (1000 հասուն նորածնի համեմատ) վերջին տարիներին դրսևորել է աճի միտում՝ 1995 թ.՝ 11%, 2000 թ.՝ 15,5%, 2005 թ.՝ 13,4%, 2010 թ.՝ 12,9%, 2015 թ.՝ 16,0%, 2020 թ.՝ 18,2, 2021՝ 19,8%, 2022 թ.՝ 18,2%:

Զարգացման բնածին արատների մեջ առաջին տեղն են գրավում նյարդային համակարգի (հիդրոցեֆալիա, անէնցեֆալիա, ողնաշարի ճողվածք), երկրորդ տեղը՝ հենաշարժական համակարգի (կմախքի դիսպլազիաներ, օստեոխոնդրոդիսպլազիաներ և այլն) և երրորդ տեղը՝ սիրտ-անոթային համակարգի (միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտ, մագիստրալ անոթների ստենոզ, ատրեզիա, հիպոպլազիա, տրանսպոզիցիա) արատները:

Աղյուսակ

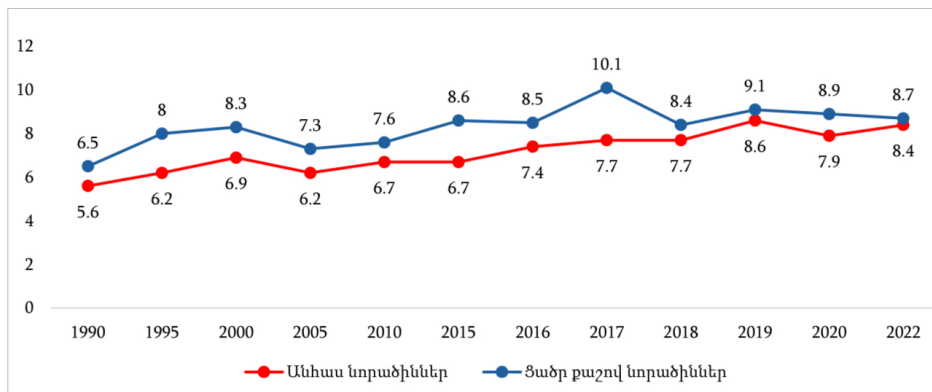
ՀՀ նորածնային (նեոնատալ) մահացություն (0–27օր)

Տարի	Բացարձակ արժեք	Նեոնատալ մահացության ցուցանիշ
2014	287	6.7
2015	262	6.3
2016	249	6.1
2017	235	6.2
2018	182	5.0
2019	169	4.7
2020	204	5.6
2021	179	4.9
2022	183	5.0

Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը 2022 թվականին կազմել է 7,6%: Այս տարիքային խմբի մահացության պատճառների շարքում մեծ թիվ են կազմում դժբախտ պատահարները և վնասվածքները և շարունակում են մնալ որպես լուրջ առողջապահական խնդիր:

Վերջին տարիներին մեռելածնության ցուցանիշները (մինչև 500–999 գրամ քաշ ունեցող նորածինների և 0–6 օրական նորածինների) ցուցաբերում են իջեցման միտում՝ 1990 թ.՝ 17,6%, 2000 թ.՝ 16,3%, 2010 թ.՝ 11,3%, 2020 թ.՝ 6,7%, 2022 թ.՝ 6,1%:

Ըստ ՀՀ ԱԱԻ վիճակագրական տարեգրքի տվյալների՝ 2022 թ. ընթացքում Հայաստանի ծննդատներում արձանագրվել է 35.667 կենդանածին, որոնցից 8,8%-ը ծնվել են անհաս/վաղաժամկետ երեխա (2021 թ.՝ 8,4%), իսկ 9,2%-ը՝ ծննդյան ցածր քաշով (2500 գ.-ից պակաս), որից ծայրահեղ ցածր քաշով (1000 գրամից) երեխաները կազմել են 0,4%: Վերջինս նախորդ տարվա համեմատ ավել է 0,1 տոկոսային կետով (նկար 3):

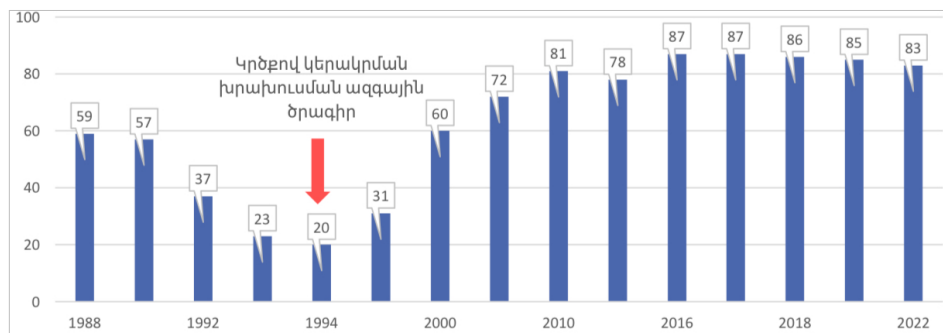


Նկար 3. Ծննդյան ցածր քաշով և անհաս նորածինների ցուցանիշները (1990–2022)

2000–2022 թթ. միջակայքում արձանագրվել է թե՛ անհաս (2000 թ.՝ 6,9%) և թե՛ ցածր քաշով նորածինների (2000 թ.՝ 8,3%) ցուցանիշների աճ՝ համապատասխանաբար 27 և 13 տոկոսով: Անհասության առավելագույն ցուցանիշն արձանագրվել է 2017 թ. (10,2%), ինչը կարող է մասամբ բացատրվել վերջին տարիներին վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական ծառայությունների զարգացման և ծավալների ընդլայնման հանգամանքով:

Տարբեր տարիներին հղիությունն ավարտած կանանց ընդհանուր թվի մեջ արտահայտված աճի միտում է գրանցել նաև վաղաժամ ծնունդների (1995 թ.՝ 3,4%, 2000 թ.՝ 3,8%, 2005 թ.՝ 3,4%, 2010 թ.՝ 4,1%, 2015 թ.՝ 4,5%, 2020 թ.՝ 5,1%, 2021 թ.՝ 5,6%, 2022 թ.՝ 6,0%) և վիժումների (1995 թ.՝ 2,8%, 2000 թ.՝ 3,2%, 2005 թ.՝ 2,8%, 2010 թ.՝ 4,7%, 2015 թ.՝ 5,6%, 2020 թ.՝ 7,2%, 2021 թ.՝ 6,1%, 2022 թ.՝ 7,0%) քանակը:

ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տվյալների բազայում երեխաների՝ կրծքով կերակրման (ԿԿ) վերաբերյալ տեղեկատվությունն առկա է մի քանի ցուցանիշներով՝ 6 ամիս բացառապես կրծքով կերակրում(ԲԿԿ), 4 ամիս միայն ԿԿ և 1տ. ու ավելի՝ նաև ԿԿ: Ըստ 2022 թ. տարեկան հաշվետվության տվյալների՝ ԲԿԿ ցուցանիշը կազմել է 69%, իսկ մեկ տարի և ավելի ԿԿ-ն՝ 51,6%: Ըստ նույն աղբյուրի՝ միայն կրծքով կերակրվածների ցուցանիշը (մեկ տարին լրացածների մեջ 4 ամիս միայն կրծքով կերակրված երեխաների տոկոսը) այս տարի կազմել է 83% (նկար 4):



Նկար 4. Կրճքով կերակրման ցուցանիշի միտումները (1990–2022 թթ.)

Առաջին հայացքից բարենպաստ այս ցուցանիշները չեն արտացոլում իրական պատկերը, ինչը հասկանալի է դառնում ԿԿ միտումների գնահատման ժամանակ: Վերևում ներկայացված նկարը փաստում է կրճքով կերակրման խրախուսմանն ուղղված ծրագրային միջոցառումների արդյունավետությունը, սակայն վերջին 5 տարիներին այդ ցուցանիշի աստիճանական անկումն անհանգստության տեղիք է տալիս: Բացասական այս դինամիկան բացատրվում է ինչպես Կովիդի համավարակի հետևանքներով, այնպես էլ ծննդոգնության հաստատություններում ԿԿ աջակցության ոչ պատշաճ գործելակերպով:

Կրճքով կերակրման բարերար ազդեցությունը մանկական մահացության մակարդակի վրա ապացուցված է բազմաթիվ հետազոտություններով: Ըստ այդ տվյալների՝ կրճքով կերակրման գործընթացի պատշաճ կազմակերպման միջոցով աշխարհում հնարավոր է կանխել մանկական մահացության դեպքերի 12%-ը:

Ելնելով վերոհիշյալ վիճակագրական տվյալների վերլուծությունից և խնդրի կարևորությունից՝ առաջնահերթ են պերինատալ կորուստների պատճառների հայտնաբերումը, կանխարգելումն ու վարման ճիշտ տակտիկայի ընտրությունը, որով էլ հնարավոր է կանխել բարդությունները, նվազեցնել ռեպրոդուկտիվ կորուստները, պերինատալ և մանկական մահացությունը՝ զգալի ավելացնելով կենդանածինների քանակը մեր հանրապետությունում:

Ընդունված է 25.06.24

Анализ перинатальных потерь

**Р.А. Абрамян, Г.К. Гардян, Л.Р. Абрамян, С.О. Абрамян,
Г.Р. Абрамян, Ш.С. Саргсян**

Сохранение и улучшение репродуктивного здоровья женщин, подростков и детей является приоритетной задачей, определяющей естественный прирост, демографические показатели и социально-экономическое развитие страны. Ежегодно в РА регистрируется около 4500 перинатальных потерь, большая часть из которых обусловлена неадекватным ведением беременности. Эта проблема становится все более актуальной в связи со снижением рождаемости и ростом смертности. Исходя из социально-экономической безопасности страны, сохранение каждой желанной беременности является стратегической задачей.

Analysis of Perinatal Losses

**R.A. Abrahamyan, G.K. Ghardyan, L.R. Abrahamyan,
S.H. Abrahamyan, G.R. Abrahamyan, Sh.S. Sargsyan**

Maintenance and improvement of reproductive health of women, adolescents and children is a priority issue that predetermines natural growth, demographic indicators and socio-economic development of the country. About 4500 perinatal losses are recorded annually in RA, most of which are caused by inadequate pregnancy control and management. This problem is becoming more urgent due to the decrease in the birth rate and the increase in the mortality rate. Based on the socio-economic security of the country, the preservation of every desired pregnancy is a strategic task.

Գրականություն

1. Անդրեասյան Դ., Սարիբեկյան Շ., Արզումանյան Ա., Թորգոմյան Ի., Միմոնյան Ա., «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2023 թ.:
2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023–2026 թթ. զարգացման ռազմավարություն, Երևան, 2023:
3. Delgado L., Cobo J., Giménez C., Fucho-Rius G.F., Sammut S., Martí L., Lesmes C., Puig S., Obregón N., Canet Y., Palao DJ. Initial Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *Int J Environ Res Public Health*, 2023 Jan 11;20(2):1304. DOI: 10.3390/ijerph20021304. PMID: 36674059, PMCID: PMC9858910.
4. Ellis A., Chebsey C., Storey C., Bradley S., Jackson S., Flenady V., Heazell A., Siassakos D. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016, 16:1–19. DOI: 10.1186/s12884-016-0806-2.
5. Ely D.M., Driscoll A.K. National vital statistics reports infant mortality in the United States, 2018: Data from the period linked birth/infant death file. *Natl. Vital Stat. Rep.*, 2020, 69, 1–18.

6. *Lamb EH*. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ.*, 2002 Spring, 11(2):33-40. DOI: 10.1624/105812402X88696. PMID: 17273295, PMCID: PMC1595109.
7. *López García de Madinabeitia A.P.* Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio [Perinatal bereavement: A secret within a mystery. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011, 31:53–70. DOI: 10.4321/S0211-57352011000100005.
8. World Health Organization. Newborns: Improving Survival and Well-Being. 2020, Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.