

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССАМИ ТЕЛА

А.П. Гачегов, Е.А. Малаший, Н.С. Конуркина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-
Ясенецкого

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО
д.м.н., доц. М.Ю. Галактионова

Актуальность темы: В последнее десятилетие в нашей стране наблюдаются стремительные изменения в здравоохранении. Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из первостепенных задач нашего государства. Маловесные дети являются объектом пристального внимания, так как составляют группу высокого риска по частоте заболеваемости и смертности. Прежде всего, это относится к детям с массой тела 1500 гр. и менее (очень низкая масса тела) и, особенно с массой тела менее 1000 гр. (экстремально низкая масса тела).[2]

Риск гибели преждевременно родившихся детей во много раз выше, чем доношенных. Недоношенные дети вносят значительный вклад в формирование показателей перинатальной и младенческой смертности, они подвержены в неонатальном и постнеонатальном периодах высокому риску развития заболеваний и осложнений, часть которых может быть для них фатальными или наложить отпечаток на состояние здоровья, физическое и половое развитие в последующие периоды.[3]

В настоящее время, согласно результатам всеобщей диспансеризации ухудшается здоровье детей, растет число наследственной, врожденной и перинатальной патологии. Возрастает заболеваемость детей с психическими расстройствами, хронической патологией внутренних органов. Все большее число детей становится инвалидами, особенно это касается детей первого года жизни, и среди них особенно родившихся недоношенными. Особенно высок риск инвалидизации при рождении ребенка с очень низкой массой тела, менее 1000 гр. Недоношенность при рождении составляет в динамике последних лет в России от 3 до 16% от всех новорожденных и не имеет тенденции к снижению.[4]

Врачи-педиатры, осуществляющие ведение и лечение этих детей в раннем возрасте недостаточно осведомлены о понятии «скорректированный возраст» и его сопоставлении с фактическим, о сроках становления мышечного тонуса, а также основных психических и моторных функциях.[1]

Цель исследования: совершенствование системы медицинского обслуживания и выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела на педиатрическом участке.

Задачи исследования:

1. установить факторы риска, способствующие рождению детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела;
2. проанализировать показатели заболеваемости и ее структуру у недоношенных детей на первом году жизни;
3. изучение закономерностей психомоторного и физического развития детей, родившихся с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела на первом году жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ форм № 112 недоношенных детей на педиатрическом участке за 2013-2014 годы (120 детей). Дети были разделены на 2 группы. В первую группу включены 40 ребенка с экстремально низкой массой, родившихся в 28-29 недель беременности, во вторую группу вошли дети, родившиеся недоношенными с сроком гестации с 30 до 37 недель – очень низкой массой тела. Проведена оценка динамики физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни. Оценка развития недоношенных детей проводилась с учетом скорректированного возраста (скорректированный возраст – разница между фактическим возрастом и недостающими до недоношенного срока неделями гестации). Оценка физического развития недоношенных до 41-42 недели гестации проводилась по оценочным таблицам Т.М. Дементьевой и соавт. (1981 г.). Для детей старше 42 недель использовались центильные таблицы И.М. Воронцова (1986 г.). Ежемесячная прибавка в массе недоношенных оценивалась по дополнительным таблицам для недоношенных (справочное пособие для педиатров 1993 г.). Оценка нервно-психического развития проводилась с помощью шкалы И.М. Воронцова.

Результаты исследования. Большинство матерей в анализируемых группах находились в среднем репродуктивном возрасте. Средний возраст матерей 1 группы (ЭНМТ) с 18 до 25 лет, во 2 группе (ОНМТ) матери в возрасте с 18 до 25 лет составляют 50 %, с 25 до 35 лет – 37,5 %, с 30 до 35 лет – 12,5 %. В группе детей с ЭНМТ 100% матерей с отягощенным акушерским анамнезом, гинекологическими заболеваниями, 75 % матерей имеют соматические заболевания. Во второй группе детей с ОНМТ – большинство матерей с отягощенным акушерским анамнезом – 62 %, соматическими заболеваниями – 62%, бесплодие в анамнезе, ЭКО – 25%.

Анализ социальных факторов риска показал, что у детей с ЭНМТ 100% матерей имеют средне-специальное образование, низкий социально-гигиенический уровень, низкий

прожиточный уровень – одна семья (25%), вредные привычки имеют 25% матерей в первой и второй группе.

Факторы социального риска	1 группа n=40		2 группа n=80	
	абс.	%	абс.	%
образование матери				
средне - специальное	40	100%	60	75%
высшее	-	-	20	25%
вредные привычки				
курение	-	-	20	25%
алкоголь	-	-	-	-
брак зарегистрирован	30	75%	80	100%
брак не зарегистрирован	10	25%	-	-
низкий прожиточный уровень	10	25%	20	25%
без постоянной работы отец	10	25%	-	-
низкий социально-гигиенический и культурный уровень	10	25%	20	25%
Непланируемая беременность	-	-	-	-

Таблица №1 – частота встречаемости социальных факторов риска у матерей в исследуемых группах.

Состояние здоровья матери, ее место жительства, возраст, образование, профессия, социальное положение семьи, наличие вредных привычек оказывают значительное влияние на показатели массы глубоко недоношенных детей, младенческую смертность и выживаемость на всех этапах медицинского обслуживания ребенка первого года жизни.

Лидирующее место для детей с ЭНМТ в неонатальном периоде занимает патология органов дыхания, ЗВУР, ВПС – 100 %, на втором месте заболевания ЦНС – 75 %. Для младенцев с ОНМТ характерны заболевания ЦНС – 100 %, внутриутробная гипоксия, ЗВУР – 50 %. Незрелые к своему гестационному возрасту 100 % детей с ЭНМТ и 62,5 % детей с ОНМТ (рисунок №1).

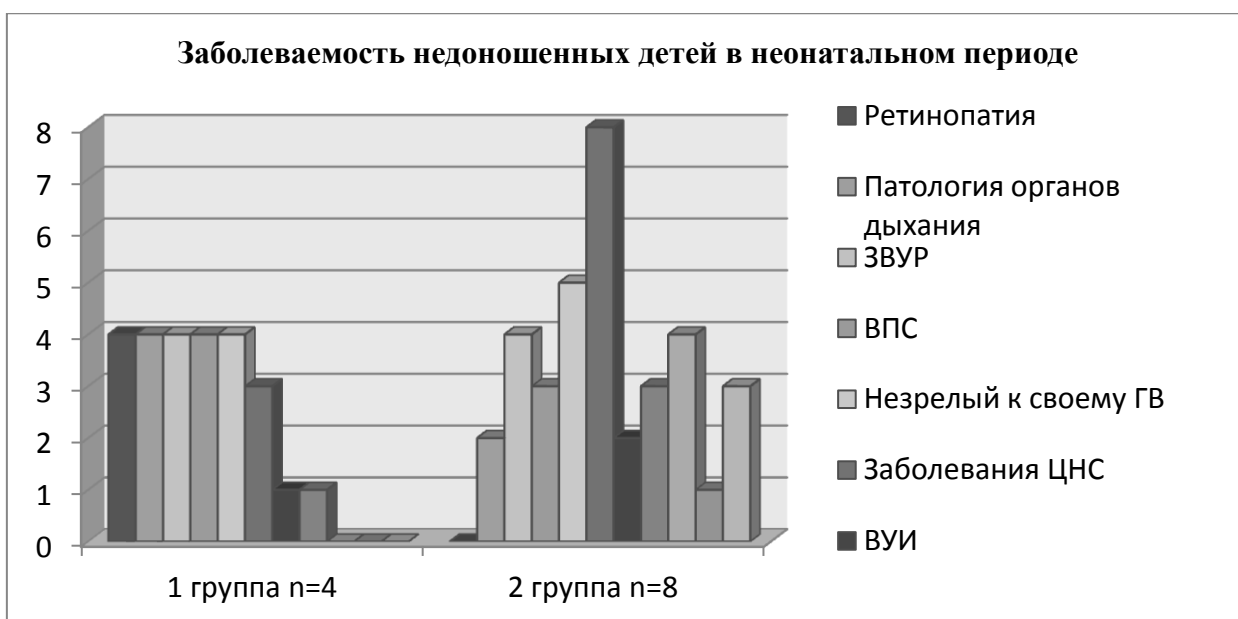


Рисунок №1 – Заболѐваемость недоношенных детей в неонатальном периоде.

В первой группе детей (ЭНМТ) на первом году жизни заболѐваемость анемией, рахитом, бронхолегочной дисплазией отмечается в 100 %,заболевания ЦНС – 75%, пневмония, ОРВИ – 25%, отставание в нервно-психическом развитии – 25 %, отставание в физическом развитии – 75 %. Во второй группе детей с ОНМТ на первом месте заболевания ЦНС – 100 %, ОРВИ – 75%, на третьем месте – рахит, анемия – 37,5 %, отставание в физическом развитии – 37,5 %.

Показатели заболѐваемости глубоко недоношенных младенцев отличаются от других групп недоношенных детей и обусловлены наличием у них с рождения бронхолегочной дисплазии, врожденных пороков сердца, незрелостью других органов и систем.

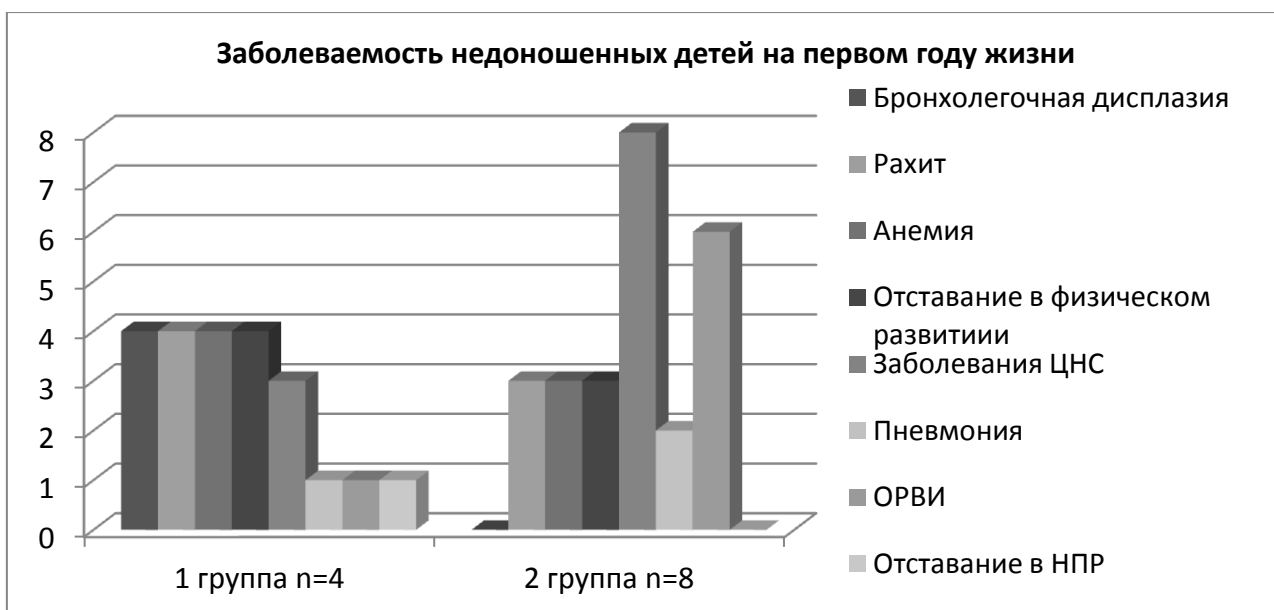


Рисунок №2 – Заболѐваемость недоношенных детей на первом году жизни.

На темпы роста глубоко недоношенных детей оказывает влияние уровень морфофункциональной незрелости, гестационный возраст, степень перинатального поражения, соматические заболевания, развившиеся у ребенка на первом году жизни.

Оценку психомоторного развития недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении целесообразно начинать с 3 х месяцев постнатального фактического возраста, что совпадает с окончанием периода постнатальной адаптации. Нормой для этих детей может считаться соответствие 1 месяц (4 нед.) развития.

Выводы:

1. В соответствии с установленной структурой заболеваемости для глубоко недоношенных детей, доживших до года, рекомендуется разработать систему мер по предотвращению инфекционной патологии (индивидуальный прививочный календарь, комплексные мероприятия по повышению резистентности организма). С рождения наблюдение детей педиатром, неврологом, офтальмологом, лор-врачом, ортопедом, иммунологом.

2. Правильная комплексная оценка параметров физического и нервно-психического развития ребенка с учетом скорректированного возраста не только является определяющим показателем прогноза его дальнейшего развития, но и способствует выбору эффективных методов лечения и выхаживания.

3. В целях сохранения здоровья и жизни родившихся детей, необходимо активно проводить санитарно-просветительскую работу среди подростков и семейных пар по вопросам полового воспитания, роли профосмотров, планирования беременности, вредных привычек, аборт, необходимости своевременного и постоянного контроля во время беременности в женской консультации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вьяскова М.Г. Показатели физического развития маловесных новорожденных 22-28 недель гестации / М.Г. Вьяскова // Педиатрия. – 1990. - №3.

2. Дементьева Г.М. Глубоко недоношенный ребенок / Г.М. Дементьева, П.С. Гуревич // Воронеж. – 1987.

3. Емельянова А.С. Выживаемость и развитие маловесных детей: автореф.дис. / А.С. Емельянова. - Воронеж, 1999.

4. Сахарова Е.С. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1000 гр. / Е.С. Сахарова, Е.С. Кешиян, Г.А Алямовская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. - №4.