

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ ЗА 2012–2014 ГГ.

Мазур Л.И.¹, Жирнов В.А.¹, Щербицкая О.В.², Дмитриева М.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, e-mail: marina_dmitriewa@mail.ru;

²Государственное казенное учреждение Самарской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Самара

Проведен анализ состава выписанных больных детей из отделения выхаживания недоношенных детей ГБУЗ СО «Самарская городская детская клиническая больница № 1 имени Н.Н. Ивановой» за период 2012–2014 гг. В работе представлен анализ распределения детей в зависимости от массы тела при рождении, по возрасту на момент госпитализации, динамика и ранговая структура заболеваемости. В ранговой структуре заболеваемости поражения центральной нервной системы, вызванные внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах, продолжают оставаться основной причиной заболеваемости, вызывая наибольшее количество социальных и экономических потерь. В статье обозначена необходимость выявления различных патологий в ранние сроки и своевременного начала коррекционных мероприятий для улучшения показателей состояния здоровья у детей, родившихся преждевременно.

Ключевые слова: недоношенные дети, заболеваемость, состояние здоровья, второй этап выхаживания.

MORBIDITY IN PRETERM INFANTS OF THE SECOND STAGE NEWBORNS NURSING FROM 2012 TO 2014

Mazur L.I.¹, Zhirnov V.A.¹, Scherbitskaya O.V.², Dmitriewa M.V.¹

¹Samara State Medical University, Samara, e-mail: marina_dmitriewa@mail.ru;

²State public institutions of Samara Region "Regional Rehabilitation Center for children and adolescents with disabilities", Samara

The analysis of the composition of prescription sick children from the department of nursing preterm infants "Samara City Children's Hospital № 1" for the period 2012-2014. The paper presents an analysis of the distribution of children according to birth weight, age at the time of hospitalization, morbidity dynamics and rank structure. The rank structure of the incidence of central nervous system, caused by fetal hypoxia and asphyxia at birth, continues to be a major cause of morbidity, causing the largest number of social and economic losses. The article highlighted the need to identify various pathologies in early and timely initiation of corrective actions to improve health outcomes in children.

Keywords: premature children, morbidity, health status, the second stage newborns nursing.

В настоящее время здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен с гетерогенной структурой, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия [5]. Эксперты ВОЗ формулируют понятие «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» (Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1948), при этом «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека». При существующих высоких уровнях смертности и депопуляции населения охрана здоровья детей остается важнейшей задачей социальной политики государства [6].

Сохранение и укрепление здоровья детей всех возрастов на фоне неблагоприятной демографической ситуации является приоритетной Государственной задачей [1]. На

протяжении последнего десятилетия увеличивается общая распространенность нарушений физического развития, здоровья, социально-значимой патологии, заболеваний, связанных с поведенческими факторами риска, что определяет формирование выраженных медико-социальных последствий.

Для оценки состояния здоровья населения и эффективности мер по его сохранению и укреплению необходимы данные о заболеваемости наряду с показателями смертности, инвалидности и физического развития. Изучение заболеваемости является одной из важных сторон деятельности ВОЗ [1]. В его результатах заинтересовано множество потребителей: медицинские учреждения, органы управления здравоохранением, территориальные фонды. Знание заболеваемости в динамике у недоношенных детей в раннем возрасте позволит в дальнейшем решать вопросы обоснования управленческих решений на различных уровнях системы охраны здоровья детского населения, определения приоритетов деятельности первичного звена, специализированных и лечебно-профилактических учреждений нового типа: центров здоровья, реабилитационных центров и разработки целевых программ для детей, родившихся преждевременно. Целью настоящего исследования явилась динамическая оценка уровня заболеваемости у детей на этапе выхаживания за период 2012–2014 гг.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 1713 недоношенных детей различного гестационного возраста, госпитализированных для оказания экстренной помощи в отделение выхаживания недоношенных детей ГБУЗ СО «Самарская городская детская клиническая больница №1 имени Н.Н. Ивановой» из родильных домов и отделения реанимации и интенсивной терапии за период 2012–2014 гг. Объектом исследования явились новорожденные дети, родившиеся до истечения 37 недели гестации, находившиеся на круглосуточном лечении в отделении. Проведен ретроспективный анализ. В процессе проведения исследования были выделены три группы детей в зависимости от года: 584 ребенка – 2012 год, 562 – 2013 год, 567 – 2014 год.

Дизайн исследования – одномоментное, контролируемое. Оценка состояния здоровья детей включала анализ заболеваемости по данным обращаемости и результатов осмотров.

Результаты и их обсуждение

Как показали результаты проведенного исследования, отмечается тенденция к уменьшению количества детей, проживающих в сельской местности на 1,3 % в период с 2012 г. по 2014 г., что говорит об интенсивной миграции сельских жителей в город.

В ходе исследования получены данные о типе семьи: среди обследованных большую часть за все года составили дети, имеющие семью (2012 г. – 97,78 %, 2013 г. – 98,4 %, 2014 г. – 97,17 %). Среди детей, не имеющих родителей, усыновленных было 0 % за весь период;

процент переведенных детей в дома ребенка составил 2,22 %, 1,6 % и 2,64 % за соответствующие года (таблица 1).

Таблица 1

Социально-гигиеническая оценка семей исследуемых детей за период 2012–2014 гг.

		2012 год (n=584)		2013 год (n=562)		2014 год (n=567)	
		Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Доля (%)	Абс.
Проживание детей	Сельские жители	70	12	59	10,5	60	10,7
	Городские жители	514	88	503	89,5	507	89,3
Наличие семьи	Переведенные в дома ребенка	13	2,22	9	1,6	15	2,64
	Усыновленные	0	0	0	0	1	0,17
	Семья	571	97,78	553	98,4	551	97,17

Анализ распределения недоношенных по массе тела по годам подтверждает, что не уменьшается количество пациентов с массой тела менее 1000 г. и от 1000 до 1499 г., что, вероятно, связано с улучшением ведения беременных на низких сроках беременности и с привычным невынашиванием беременности (рисунок 1).

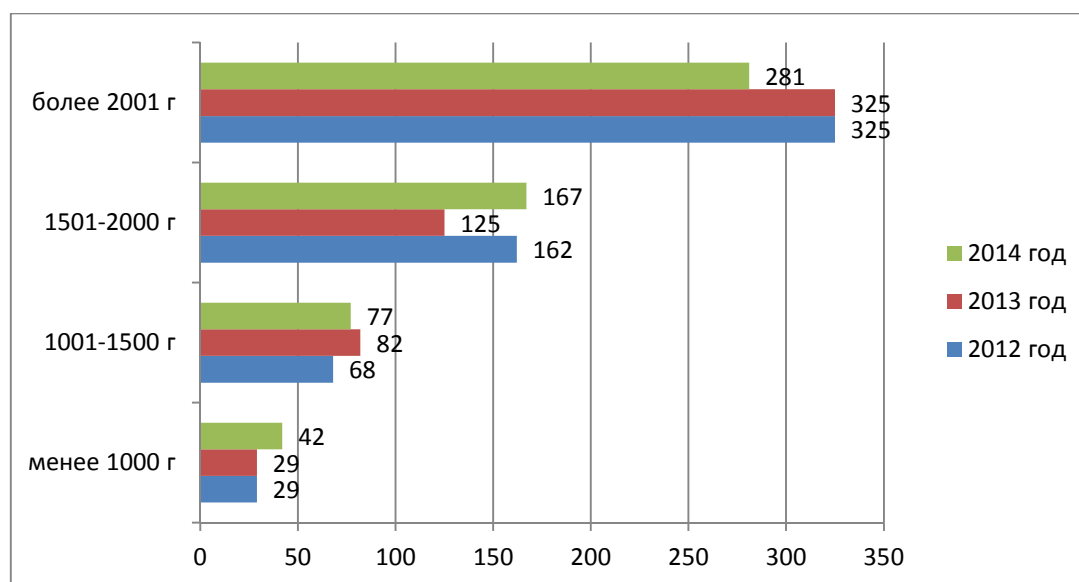


Рис. 1. Распределение исследуемых детей в зависимости от массы тела при рождении за период 2012–2014 гг.

Дети, родившиеся после 33 недели гестации, рассматриваются как почти здоровые, физиологически и функционально близкие к доношенным младенцам. Однако при анализе

показателей здоровья новорожденных сохраняются поражения центральной нервной системы, вызванные внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах (таблица 2).

Таблица 2

Динамика уровня заболеваемости детей, выписанных из стационара (по нозологиям)
за период 2012–2014 гг.

№ п/п	Классы болезней	Заболеваемость					
		2012 год (n=584)		2013 год (n=562)		2014 год (n=567)	
		Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)
1	Врожденные аномалии развития	48	8,2	37	6,6	45	7,9
2	Замедленный рост и недостаточность плода	42	7,2	39	6,95	31	5,5
3	Недоношенность	2	0,34	2	0,35	1	0,17
4	Родовая травма	0	0	1	0,18	1	0,17
5	Внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах	323	55,3	323	57,5	332	58,5
6	Дыхательные нарушения	72	12,3	70	12,5	45	7,9
7	Сердечно-сосудистые нарушения	2	0,34	1	0,18	3	0,5
8	Инфекционные болезни неонатального периода	70	12	68	12	88	15,5
9	Нетравматические кровоизлияния головного мозга	5	0,85	4	0,7	5	0,9
10	Геморрагическая болезнь новорожденных	2	0,34	1	0,18	0	0
11	Неонатальная желтуха гемолитическая новорожденных	2	0,34	5	0,9	2	0,35
12	Другие неонатальные желтухи	12	2,0	9	1,6	13	2,3
13	Диабетическая фетопатия	0	0	1	0,18	0	0
14	Врожденный гипотиреоз	0	0	1	0,18	0	0
15	Некротизирующий энтероколит	1	0,17	0	0	0	0
16	Нарушения церебрального статуса	3	0,5	0	0	0	0

Рассматривая ситуацию относительно внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах, следует обратить внимание на достаточно высокий уровень данной патологии, которая возрастает за период 2012–2014 гг. – с 55,3 % до 58,5 %, рост составил 3,2 %. Такая динамика в состоянии здоровья детей в первую очередь объясняется отсутствием улучшения качества здоровья населения репродуктивного возраста – как матерей, так и отцов. Заболевания, сопровождающие будущую мать на протяжении беременности, во многом определяют формирование здоровья плода и новорожденного [7].

Инфекционные заболевания неонатального периода заняли второе место. Как видно из данных, представленных в таблице 1, отмечался рост инфекций на 3,5 % за исследуемый период. Показатели выросли за счет увеличения уровня внутриутробных инфекций (ВУИ): цитомегаловирусной (с 6,1 % до 7,6 %), ВИЧ-инфекции (с 1,19 % до 3,3 %) за 2012–2014 гг. Данным детям при подозрении на ВУИ проводилось исследование крови, слюны методом ИФА, ПЦР, мочи.

На второй позиции находились дыхательные расстройства, показатели которых в 2012 и 2013 гг. фактически стабилизировались: темп прироста составил 2 %, в 2014 году – отмечалось значительное уменьшение до 7,9 %. Полученные данные связаны с особенностями развития легких и влиянием недоношенности на функции дыхательных путей. Темпы развития легких являются наибольшими в течение третьего триместра беременности: увеличивается количество терминальных бронхиол, формируются альвеолы, увеличивается их васкуляризация, продуцируется сурфактант, интерстиций становится менее плотным в результате быстрого увеличения объема и площади поверхности легких. В результате прерывания физиологического развития до 36 недель отмечается низкая функциональная остаточная емкость легких, уменьшается воздушный поток, что приводит к гипоксическим изменениям ЦНС.

Замедленный рост и недостаточность плода – один из немногих классов, частота которого снизилась за три последних периода на 1,7 %. Положительная эволюция наблюдалась среди состояний таких, как: диабетическая фетопатия, врожденный гипотиреоз, некротизирующий энтероколит, уровень которых снизился до 0 % в 2014 году в сравнении с 2012 годом (-0,18 %).

По ряду причин врожденные пороки развития остаются одной из основных проблем современного здравоохранения [3]. Ведущими в классе врожденной заболеваемости во все годовые периоды были врожденные пороки развития дыхательной системы – врожденные пороки легких, частота которых варьировала от 5,2 % до 5,5 %, а рост составил 0,3 % (рис. 2).

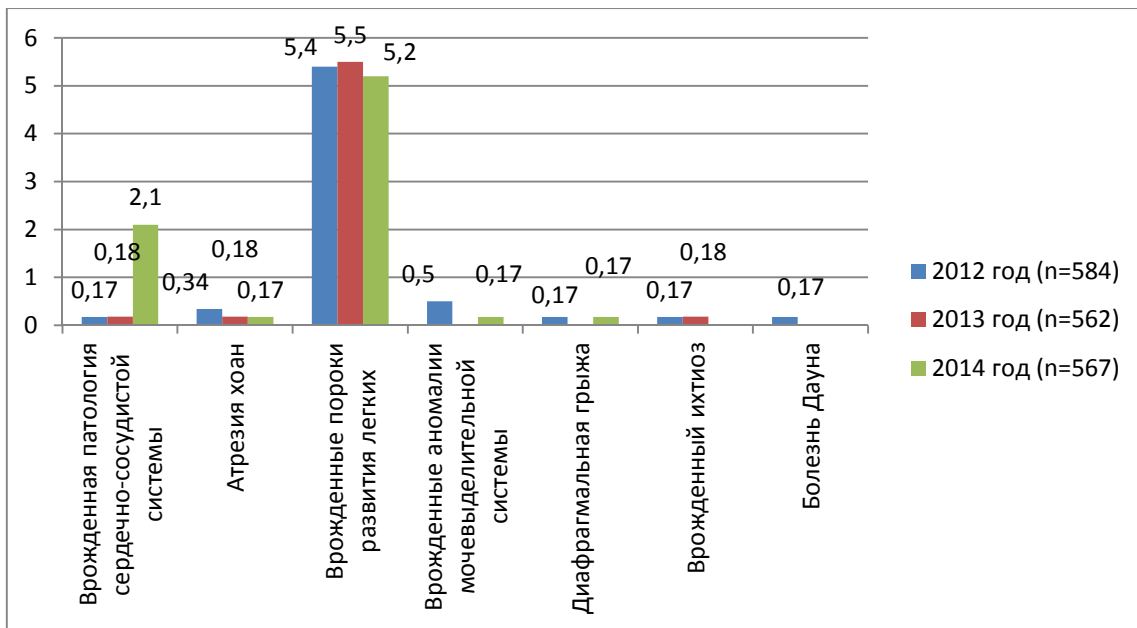


Рис.2. Динамика уровня врожденных аномалий развития у детей за период 2012–2014 гг., %

Также наиболее часто встречающейся явилась врожденная патология сердечно-сосудистой системы, среди которой были врожденные пороки развития сердечных перегородок, сердечных камер и клапанов. Причем в 2014 году отметился значительный рост данной патологии и составил 2,1 % в сравнении с 2012 (0,17 %) и 2014 (0,18 %).

Анализ статистических данных исходов лечения у недоношенных детей различного гестационного возраста, госпитализированных для оказания экстренной помощи в отделение выхаживания недоношенных детей, показал, что минимальный уровень детей с ухудшением состояния здоровья и без перемен зафиксирован в 2013 году (0,17 %), затем характерен волнообразный подъем до 0,7 % – в 2014 году (рис. 3).

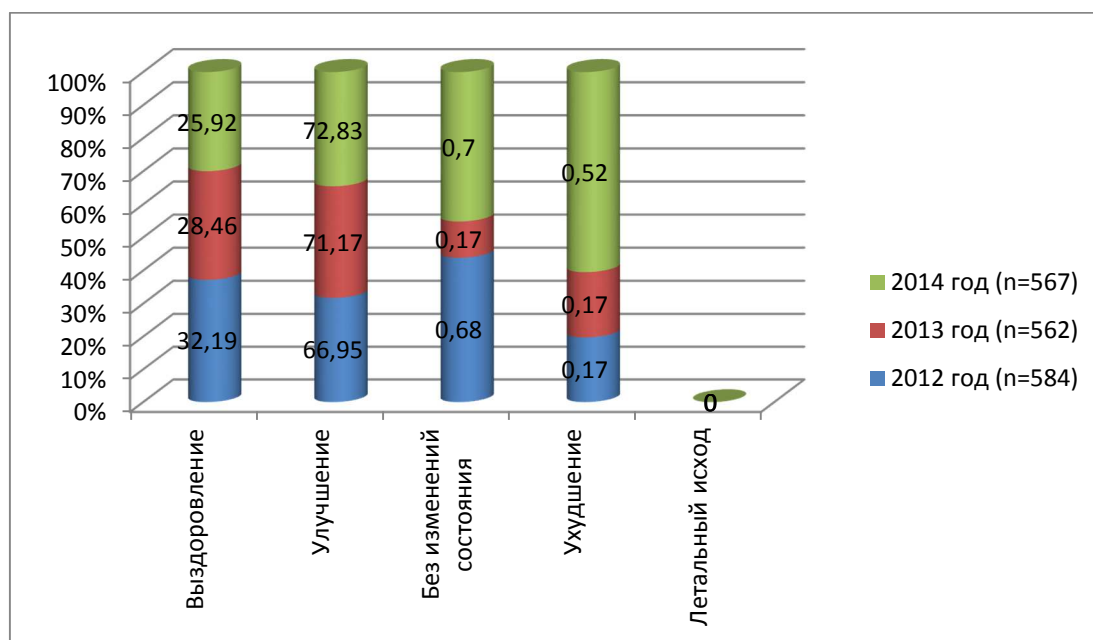


Рис. 3. Статистические данные за период 2012–2014 гг., отражающие динамику исходов лечения у детей, %

Начиная с 2012 года, характерен рост детей с улучшением состояния здоровья на 5,88% и уменьшение детей с выздоровлением на 6,27%. Летальных исходов не наблюдалось за период 2012-2014 гг. Исходы у недоношенных детей определяются не только незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно им оказывалась первичная реанимационная помощь, выхаживание на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития.

Таким образом, снижение уровня заболеваемости в первую очередь зависит от эффективной акушерской тактики при осложненном течении беременности, качества пренатальной диагностики, оптимизации метода родоразрешения. Наиболее эффективными методами снижения перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности недоношенных следует считать профилактику и лечение преждевременных родов, профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода глюкокортикоидами, раннюю диагностику гипоксии плода и аномалий развития, а также совершенствование акушерской тактики при осложненном течении недоношенной беременности.

Важной представляется роль межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья детей и семьи, позволяющего определить цели и задачи деятельности лечебно-профилактических учреждений охраны здоровья матери и ребенка, социальных и психологических служб, обеспечивающих медицинское обслуживание с учетом медико-социальных потребностей и медико-социальной активности семей [2].

Список литературы

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Волков И.М. Заболеваемость детского населения России. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 280 с.
2. Гиздатуллина К.Х. Состояние здоровья и качество жизни детей первого года жизни Республики Башкортостан: дис. ... канд. мед. наук / ГБОУ ВПО «Башкир. гос. мед. ун-т» МЗ РФ. – Уфа, 2013.
3. Жирнов В.А., Дмитриева М.В. Состояние здоровья детей с врожденными пороками развития, воспитывающихся в закрытых учреждениях // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19171>.
4. Заборовский Г.И., Тищенко Е.М., Шетик Н.В., Шпак Д.С. Медико-социальная значимость врожденных пороков развития // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2006. – № 3 (15). – С.35-36.

5. Ивлиева И.В., Полунин В.С. Особенности заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и приобретенной патологией половых органов // Педиатрическая фармакология. – Т.8. – № 5. – 2011. – С.102-105.
6. Лукашевич Т.В., Тищенко Е.М., Заборовский Г.И., Смотрина Т.И. Госпитализированная заболеваемость детей сельского района // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2006. – № 4 (16). – С. 102-103.
7. Мазур Л.И., Жирнов В.А., Дмитриева М.В. Оценка перинатальных факторов риска и соматического статуса у детей раннего возраста, родившихся недоношенными // Современные технологии в педиатрической практике: сборник материалов научно-практической конференции. – 2015. – С. 130-135.