

Жумабаева Г.Т.

РАННИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Сохранение жизни и здоровья недоношенным детям продолжает оставаться одной из первоочередных задач в медицинской общественности.

Удельный вес недоношенных детей среди всех составляет 5,5-6,0%, а среди всех недоношенных детей глубоконедоношенные, т.е. новорожденные с массой тела менее 1500г, составляют 12,0% (Дементьева Г.М. с соавторством, 2004).

В структуре трудовых матерей общества перинатальные причины занимают 2-е место после несчастных случаев, превосходя по своей значимости потери от сердечно-сосудистых онкологических болезней (Баранов А.А., 2001).

В большинстве случаев трудно определить эпидемиологическую специфику преждевремен-

ных родов и отдельных форм задержки внутриутробного развития, что диктует необходимость использования массы тела новорожденного в качестве доступной, объективной, воспроизводимой и сопоставляемой характеристики, отражающей итог внутриутробного развития плода, а также ближайший и отдаленный прогноз для ребенка (Кельмансон И.А., 1999).

В связи с этим, задачей данного сообщения явилось изучение перинатального исхода новорожденных детей с малой массой тела. Для этого нами проведен анализ заболеваемости и смертности глубоконедоношенных детей в периоде новорожденности в двух регионах (табл.).

Таблица

Сведение о глубоконедоношенных детях, родившихся живыми по Жалалабадской (числитель) и Чуйской (знаменатель) областях

Родил. всего за 3 года	Всего недон ошен.		Из них								Всего 500-1499гр			
			500-999гр				1000-1400гр				Род		%от	
			род абс	% от всего	умерли		род абс	% от всего	умерли		Род абс	%от всего	умерли	
					абс	%			абс	%			абс	%
62189	2651	4,3	223	8,4	214	96,0	121	4,5	105	86,8	344	13,0	319	92,7
42259	2466	5,8	239	9,7	231	96,6	71	2,9	43	60,6	310	12,6	274	88,4
В среднем за один год														
20730	884	4,3	74	8,4	71	95,9	40	4,5	35	87,5	114	12,9	106	93,0
14086	822	5,8	80	9,7	77	96,2	24	2,9	14	58,3	104	12,6	91	87,5

Как видно из таблицы за период наблюдения (2003-2004гг) в двух областях родилось 104448 детей, из них недоношенных – 5117. Частота рождения недоношенных детей составила 4,3-5,8%. Высокая частота рождения недоношенных детей в Чуйской области, может быть, обусловлена значительными миграционными процессами социально уязвимого населения с региона Чуйской долины. Из общего числа недоношенных детей 462 ребенка (9,0%) были с массой тела 500-999гр., а с массой тела 1000-1499гр- 192 (3,7%), всего с низкой (НМТ) и экстремально (ЭНМТ) низкой массой тела родилось 654 ребенка, что составил 12,6-13,0% от всех недоношенных детей.

В раннем неонатальном периоде из общего числа родившихся (654) в сроке гестации 22-27 недель умерли 593 плодов (90,6%). Анализ исходов родов показал, что ранняя неонатальная смертность определяется сроком гестации и массой тела плода. Чем меньше срок гестации и массы тела плода, тем достоверно ($P < 0,05$) выше перинатальная смертность. Из таблицы видно,

что в группе ЭНМТ перинатальная смертность в среднем составила 95,9 и 96,2% и различий в показателях не было, тогда как в группе НМТ – 60,6 и 86,8%. Сравнительно низкая смертность для указательной группы обнаружилось в Чуйской области, объясняемое наличием в этом регионе более современной клинико-диагностической аппаратуры по выхаживанию ребенка, доступностью специализированной медицинской помощи и существенно высоким качеством этой помощи.

В структуре причин ранней неонатальной смертности (рис.) основные позиции принадлежат респираторным нарушениям перинатального периода (32,5-29,3% от всех причин). Врожденные аномалия (16,1-17,9%) находятся на втором месте, на третьем – внутриутробное гипоксия и асфиксия (14,6-12,3%), на четвертом – инфекции, специфичные для перинатального периода (10,4-8,6%), на пятом- родовая травма (9,2-7,8%) и прочие (17,2-24,1%).

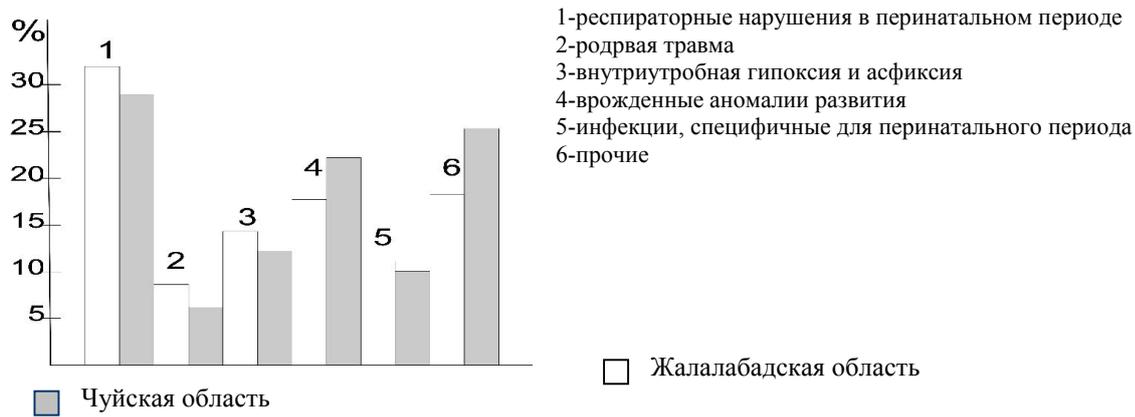


Рис. Структура причин ранней неонатальной смертности за 2003-2005гг.

Преобладание внутриутробных гипоксий, асфиксий и врожденных аномалий в качестве причин ранней неонатальной смертности, свидетельствует о неблагоприятном внутриутробном развитии и в значительной мере связано с медико-биологическими и социальными условиями для вынашивания беременности, характерными для современной жизни, и, особенно, в Жалалабадской области.

Смертность детей первых дней жизни, также обусловлено с состоянием матери, не связанными с беременностью, и осложнениями беременности.

Анализируя причины выявленной тенденции смертности новорожденных, следует отметить, что ее увеличению идет параллельно с увеличением заболеванием женщин детородного возраста и беременных, с особенно такими заболеваниями, как хронические инфекции мочеполовой системы, заболевания системы кровообращения, анемия, заболевания передающие половым путем, токсикозы беременности. Они и способствуют увеличению частоты рождения недоношенных детей.

Первоочередным этапом снижения рождаемости и смертности недоношенных детей является новая организационная модель, предусматривающая оказание на единой базе медицинского учреждения (перинатальный центр) полного комплекса диагностических, лечебно-профилактических, реабилитационных и социально-правовых услуг беременным женщинам. Другим этапом восстановления репродуктивного потенциала является разработка и внедрение системы мониторинга репродуктивного здоровья женщин. В ее основе должна быть количественная оценка репродуктивного потенциала в баллах, характеристика группы диспансерного наблюдения и определения оптимального объема специализированной помощи. Для этого должна быть formalizованная диспансерная карта комплексной оценки репродуктивного потенциала для групп семейных врачей, в которой должна содер-

жаться следующие группы данных: - данные социального анамнеза (семейный, социальный и материальный статус); - данные акушерско-гинекологического и соматического анамнеза; - данные гинекологических заболеваний, ограничивающих репродуктивную функцию; - характер репродуктивного поведения (аборты, контрацептивы и т.п.). Каждый признак должен иметь несколько градаций, для которых указывается соответствующий весовой коэффициент. Комплексная оценка репродуктивного потенциала производится путем суммирования в баллах выявленных весовых коэффициентов по каждой группе признаков. В итоге наблюдаемый коэффициент можно подразделить на следующие диспансерные группы: 1- пациенты, имеющие устранимые ограничения репродуктивной функции или других систем; 2- пациенты, имеющие ограничения репродуктивной функции по показателям репродуктивного поведения, а также лица с отягощенным социальным, акушерско-гинекологическим анамнезом; 3- пациенты, имеющие неустраняемые ограничения репродуктивной функции. Комплексная оценка репродуктивного потенциала должна производиться не реже 1 раза в год. По ежегодной динамике суммарного коэффициента репродуктивного потенциала можно судить об эффективности проведенного лечения и коррекции репродуктивного поведения.

Литература:

1. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. "Выхаживание глубоко недоношенных детей, современное состояние проблемы." Педиатрия , 2004. -№3. -с.60-66.
2. Баранов А.А. Права ребенка, -2001,№2. -с.25-27
3. Кельмансон И.А. Отсроченный риск кардиоваскулярной патологии, ассоциированный с малой массой тела при рождении. // Росс. вест. перинат. и педиатрии. -1999.-№2.-с.12-17.