

Смаилова Д.К., Буйлашев Т.С.

ВЛИЯНИЕ НЕДОНОШЕННОСТИ И АСФИКСИИ НА УРОВЕНЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

УДК : 616-053.3-036.88-058.8-082+312.1/2+616.037

С целью углубленного изучения влияния факторов «риска», способствующих росту младенческой смертности, таких как масса тела и рост при рождении, данные по шкале Апгар, наличие внутриутробной гипоксии, а также характера и объема реанимационных мероприятий, уровня квалификации медицинского персонала, были обследованы умершие дети первого года жизни, проживавшие в 4-х районах Ошской области.

Ключевые слова: младенческая смертность, недоношенность, маловесные дети, асфиксия.

Актуальность проблемы.

Рождение маловесных детей (масса тела при рождении менее 2500г.) являются серьезной проблемой во всем мире. Приблизительно 90% таких детей рождаются в развивающихся странах. Причиной низкой массы тела при рождении являются многочисленные нарушения роста и развития, как плода, так и состояние здоровья матери [4].

Недоношенность можно рассматривать как ведущий фактор риска смерти новорожденного в первый месяц жизни. Так, общая смертность среди недоношенных детей в 15 раз превышает смертность родившихся в срок, и чем раньше ребенок родился, тем меньше у него шансов выжить [3].

Чаще всего недоношенные младенцы погибают вследствие кровоизлияния в мозг или из-за неспособности недоразвитых легких поддерживать жизнь вне организма матери [1].

В структуре заболеваемости новорожденных первое место занимают внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах [2].

Методика исследования.

Объектом исследования послужили дети, умершие на первом году жизни.

Было проведено комплексное изучение медицинской документации, а также посемейное обследование домовладений, методом Вербальной аутопсии, умерших детей до 1 года, проживавших в Алайском, Чоналайском Каракульджинском и Наукатском районах Ошской области.

Результаты исследования:

Выявлено, что общее число умерших детей, родившихся с низкой массой тела по всем 4-м районам, составило 319, что составляла 94,6% от общего числа детей. Преобладающее число маловесных детей зафиксировано в Ноокатском районе – 58%. В Алайском и Каракульджинском районах это количество составило 32% и 30,3% соответственно. Исключение составляет лишь Чоналайский район, где выявлено 10,3% случаев.

По данным, приведенным в таблице 1 видно, что в группе детей, родившихся с низкой массой тела, больше половины детей (64,6%) имели при рождении массу от 2000 до 2500г, 9,4% было с мас-

сой от 1500 до 1999гр., 26% родились с очень низкой массой тела (от 500 до 1499гр.).

Таблица 1.

Количество детей, рожденных с низкой массой тела (менее 2500гр) (%)

Регион	до 500	500-900	1000-1499	1500-1999	2000-2499
Алайский	0,0	6,8	27,0	8,5	57,6
Каракульджинский	1,8	25	8,9	5,3	58,9
Ноокатский	0,0	8,6	11,3	10,8	69,2
Чоналайский	5,3	15,8	10,5	10,5	57,9
ИТОГО	0,6	11,6	13,8	9,4	64,6

Оценка показателей антропометрии новорожденных, кроме массы тела, включает также длину тела при рождении, окружность головы и грудной клетки. Характеристика этих параметров отражены в таблицах 2, 3, 4.

Критерием недоношенности и незрелости плода является малая длина тела новорожденного, т.е. менее 45 см. Анализ медицинской документации показал, что число таких детей составляет 116 (37,2%), а число детей с длиной тела меньше 48 см. – 165 (53%), и только 147 из них были длиной более 49 см., что составляет 47%.

Таблица 2

Длина тела новорожденных (в см.) (%)

Регион	34 и менее	35-39	40-44	45-48	49-51
Алайский	16,9	13,5	10,1	13,5	45,7
Каракульджинский	32,1	9,6	7,1	14,3	43,0
Ноокатский	9	8,4	15,7	16,3	50,5
Чоналайский	15,8	21,1	10,5	21,1	31,6
ИТОГО	15	9,3	12,8	15,7	47,1

Проведенный анализ показал также, что лишь 47% и 50% новорожденных имели окружности головы и грудной клетки при рождении, соответствующие норме.

Таблица 3

Окружность головы (см) новорожденных (%)

Регион	25 и менее	26-29	30-31	32-34	35-37
Алайский	14	10,5	8,8	19,3	47,4
Каракульджинский	34,6	9,6	5,8	23,1	27
Ноокатский	12,9	11,7	7,6	13,5	54,4
Чоналайский	22,2	22,2	5,5	16,7	33,3
ИТОГО	17,4	11,7	7,4	16,4	47

Таблица 4
Окружность грудной клетки (см) новорожденных (%)

Регион	22 и менее	24-26	27-29	30-32	33-35
Алайский	16,4	5,4	7,3	20,	50,9
Каракульджинский	36,5	9,9	3,8	19,2	30,8
Ноокатский	12,9	5,5	13,4	11,0	57,0
Чоналайский	22,2	11,1	22,2	5,5	38,9
ИТОГО	18,4	6,6	11,1	13,9	50,0

Асфиксии плода и новорожденного - одна из них частых причин неонатальной и младенче-

ской смертности. Критерием оценки асфиксии плода, используемым в настоящее время является количество баллов по шкале Апгар, которая отражает 5 таких важнейших характеристик, как частоту сердечных сокращений и дыхания, цвет кожных покровов, оценку рефлексов и тонус мышц новорожденного.

Как видно из таблицы 5, лишь у 10,4% и 11,1% соответственно детей оценка состояния по шкале Апгар на 1 и 5 минуте составила 8-10 балл.

Таблица 5
Показатели оценки состояния новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минуте(%)

	8-10 б.		6-7 б.		4-5 б.		1-3 б.		Оценка не проводилась	
	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин
Алайский	7,5	4,0	17,0	8,0	1,9	12,0	43,4	32,0	30,2	44,0
Каракульджинский	26,5	8,9	4,1	4,4	8,2	11,1	34,7	33,3	26,5	42,2
Ноокатский	7,8	14,0	20,4	8,2	7,8	10,7	36,6	31,0	27,5	36,1
Чоналайский	0,0	11,7	30,0	23,5	15,0	23,5	30,0	17,6	25,0	23,5
ИТОГО	10,4	11,1	17,6	8,6	7,3	11,8	37,0	30,7	27,7	37,8

Как показывает таблица 6, у 51,8% новорожденных детей отмечалось наличие внутриутробной гипоксии (ВУГ) плода, причиной которой является многие виды акушерской патологии и экстрагенитальные заболевания матери, а также нарушения фетоплацентарной системы.

Таблица 6
Показатели наличия внутриутробной гипоксии (%)

Регион	ВУГ не было	ВУГ была
Алайский	30,4	69,6
Каракульджинский	36,7	63,3
Ноокатский	25,2	74,8
Чоналайский	26,3	73,7
ИТОГО	28,3	71,7

По данным литературы известно, что процент неонатальной смертности от асфиксии колеблется от 15% до 40%. Асфиксии новорожденных может быть следствием, как бы продолжением, внутриутробной гипоксии плода, но может быть и самостоятельного происхождения.

В исследовании выявлено, что из общего числа умерших детей, родилось в состоянии асфиксии, озвученном в официальном диагнозе, 135 детей, что составляет 64,6%, причем в тяжелой ее степени родилась 108 детей - 80% и лишь у 35,4% не отмечено наличие асфиксии (табл. 7). Наибольшее число детей, родившихся в тяжелой степени асфиксии выявлено в Чоналайском и Ноокатском районах и составляет 53,3% и 53,8% соответственно.

Таблица 7
Показатели наличия асфиксии при рождении (%)

Регион	Асфиксии не было	Асфиксия средней тяжести	Асфиксия тяжелая
Алайский	42,1	7,9	50,0
Каракульджинский	40,5	13,5	46,0
Ноокатский	32,0	14,3	53,8
Чоналайский	33,3	13,3	53,3
ИТОГО	35,4	13,0	51,7

Общеизвестно, что от правильной оценки состояния ребенка, постановки диагноза, от времени начала лечения и его адекватности зависит жизнь и здоровье ребенка в будущем.

Результаты исследования:

1. Преобладание детей с низкой массой тела и длины при рождении.
2. Преобладание детей, перенесших внутриутробную гипоксию или родившихся в состоянии асфиксии с оценкой по шкале Апгар ниже 6-7 баллов, в состоянии различной степени тяжести.
- 3) Высокий процент заболеваемости новорожденных в неонатальном периоде, в основном в виде нарушения мозгового кровообращения или проявления внутриутробной инфекции.

Литература:

1. Антонов А.Г. Принципы организации реанимационно-интенсивной помощи новорожденным //Рос. педиатр. журнал. – 1998. - №3. – С.23-25.
 2. Барашнев Ю.И. Новые технологии в репродуктивной и перинатальной медицине: потребность, Эффективность, риск, этика и право //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии -2001. - №1- С.6-11.
 3. Комплексный подход к снижению младенческой смертности /О.Б. Черепухина, В.И. Бровченко, В.М. Жукова, В.С. Рогачева //Пробл. Соц.гиг. здравоохран. и истории медицины. – 2001. - №2. –С.13-14.
 4. Barbara J. Stoll. The Global Impact of Neonatal Infection/ clinics in Perinatology /Vol.24.N.1, pp.1-21.
-