УДК 616-053.31/.32-056.253:614.2

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Гачегов А.П., Машина Н.С.

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

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом

последипломного образования

e-mail: aleks66612108@mail.ru

**Аннотация:** 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 (ОНМТ) и, особенно с массой тела менее 1000 гр. (ЭНМТ).

В данном исследовании представлены результаты анализа форм № 112 недоношенных детей на педиатрическом участке за 2013-2014 годы (12 детей). Была проведена комплексная оценка параметров физического и нервно-психического развития недоношенных детей, которая может послужить не только определяющим показателем прогноза дальнейшего развития, но и способствовать выбору эффективных методов лечения и выхаживания.

**Ключевые слова**: новорожденные, экстремально низкая масса тела, медико-социальные факторы, диспансерное наблюдение.

**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 (ОНМТ) и, особенно с массой тела менее 1000 гр. (ЭНМТ).

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.

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. Многие дети с низкой массой тела погибают в неонатальном периоде, у 40% выживших имеется детский церебральный паралич, гидроцефалия, умственная отсталость, судорожные состояния, нарушения поведения, поражения органов слуха и зрения (ретролиенальнаяфиброплазия). Половина маловесных детей отстает в росте и физическом развитии, и даже к трем годам жизни не догоняет по этим показателям своих сверстников (Ю.Е. Вельтищев, 1995 г.). Недоношенность при рождении составляет в динамике последних лет в России от 3 до 16% от всех новорожденных и не имеет тенденции к снижению.

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

**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 ОМНТ и ЭНМТ;
2. проанализировать показатели заболеваемости и ее структуру у недоношенных детей на первом году жизни;
3. изучение закономерностей психомоторного и физического развития детей, родившихся с ОМНТ и ЭНМТ на первом году жизни.

**Материалы и методы.** Проведен анализ форм № 112 недоношенных детей на педиатрическом участке за 2013-2014 годы (12 детей). Дети были разделены на 2 группы. В первую группу включены 4 ребенка с ЭНМТ, родившихся в 28-29 недель беременности, во вторую группу вошли дети, родившиеся недоношенными с сроком гестации с 30 до 37 недель – ОНМТ. Проведена оценка динамики физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни. Оценка развития недоношенных детей проводилась с учетом скорригированного возраста (скорригированный 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 с18 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.

Таблица 1.**Частота встречаемости факторов перинатального риска у матерей в исследуемых группах**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 группа n=4 | | 2 группаn=8 | |
| Факторы перинатального риска | абс. | % | абс. | % |
| Отягощенный акушерский анамнез | 4 | 100% | 5 | 62% |
| Бесплодие в анамнезе | - | - | 2 | 25% |
| ЭКО | - | - | 2 | 25% |
| Соматические заболевания | 3 | 75% | 5 | 62% |
| Гинекологические заболевания | 4 | 100% | 2 | 25% |
| Регулярное наблюдение в ж/к в срок до 16 недель | 4 | 100% | 8 | 100% |

Таблица 2. **Частота встречаемости социальных факторов риска у матерей в исследуемых группах.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 группа n=4 | | 2 группа n=8 | |
| Факторы социального риска | абс. | % | абс. | % |
| образование матери |  | | | |
| средне - специальное | 4 | 100% | 6 | 75% |
| высшее | - | - | 2 | 25% |
| вредные привычки |  | | | |
| курение | - | - | 2 | 25% |
| алкоголь | - | - | - | - |
| брак регистрирован | 3 | 75% | 8 | 100% |
| брак не регистрирован | 1 | 25% | - | - |
| низкий прожиточный уровень | 1 | 25% | 2 | 25% |
| без постоянной работы отец | 1 | 25% | - | - |
| низкий социально-гигиенический и культурный уровень | 1 | 25% | 2 | 25% |
| Непланируемая беременность | - | - | - | - |

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.

Таблица 3.**Заболеваемость недоношенных детей в неонатальном периоде**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 группа n=4 | | 2 группа n=8 | |
| Заболевания | абс. | % | абс. | % |
| Ретинопатия | 4 | 100% | - | - |
| Патология органов дыхания | 4 | 100% | 2 | 25% |
| Заболевания ЦНС | 3 | 75% | 8 | 100% |
| ВУИ | 1 | 25% | 2 | 25% |
| ВЖК | 1 | 25% | 3 | 37,5% |
| Внутриутробная гипоксия | - | - | 4 | 50% |
| Асфиксия плода | - | - | - | - |
| Врожденная пневмония | - | - | 1 | 12,5% |
| ЗВУР | 4 | 100% | 4 | 50% |
| ВПС | 4 | 100% | 3 | 37,5% |
| Незрелый к своему ГВ | 4 | 100% | 5 | 62,5% |
| Зрелый к своему ГВ | - | - | 3 | 37,5% |

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 6).

Рисунок 6 – Заболеваемость недоношенных детей в неонатальном периоде

Таблица 4

**Заболеваемость недоношенных детей на первом году жизни**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 группа n=4 | | 2 группа n=8 | |
| Заболевания | абс. | % | абс. | % |
| Заболевания ЦНС | 3 | 75% | 8 | 100% |
| Бронхолегочная дисплазия | 4 | 100% | - | - |
| Пневмония | 1 | 25% | 2 | 25% |
| ОРВИ | 1 | 25% | 6 | 75% |
| Рахит | 4 | 100% | 3 | 37,5% |
| Анемия | 4 | 100% | 3 | 37,5% |
| Отставание в НПР | 1 | 25 | - | - |
| Отставание в физическом развитии | 3 | 75% | 3 | 37,5% |

В первой группе детей (ЭНМТ) на первом году жизни заболеваемость 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 заболеваемости 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 7 – Заболеваемость недоношенных детей на первом году жизни

Рисунок 8 – Физическое развитие новорожденных с ЭНМТ в наблюдаемой группе

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 скорригированного 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, абортов, необходимости своевременного и постоянного контроля во время беременности в женской консультации.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Г.М Дементьева, П.С.Гуревич и др. Глубоко недоношенный ребенок. Воронеж, 1987 г.
2. М.Г. Въяскова, З.Х. Сорокина. Показатели физического развития маловесных новорожденных 22-28 недель гестации. ж. Педиатрия № 3, 1990 г.
3. Е.С. Сахарова, Е.С. Кешиян, Г.А Алямовская. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1000 гр. Российский вестник перинатологии и педиатрии, № 4, 2002 г.
4. А.С. Емельянова. Выживаемость и развитие маловесных детей. автореф.дис. Воронеж, 1999 г.
5. Т.В. Карцева. Проспективное наблюдение детей раннего возраста, родившихся недоношенными. Новосибирск, 1999 г.
6. Л.Г. Голубева, К.Л. Печера и др. под редакцией проф. В.А. Доскина. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей – справочное пособие для педиатров. Центральный институт усовершенствования врачей г. Оренбург, 1993 г.