

ISSN 0514-2415



НИГАХДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА

HEALTH CARE OF TAJIKISTAN



№ 1

Т.С. Буйлашев, О.А. Болбачан, Э.М. Жумашева

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,
РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Кыргызско-Российский Славянский университет, медицинский факультет Кафедра
«Общественное здоровье и здравоохранение»

Н.К. Касиев г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. В мире, ежегодно рождается около 8 млн. детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, это 1/10 часть всех рожденных живыми в мире детей. Из этого числа, лишь 5% детей с низкой массой тела, причем в основном недоношенных, приходится на экономически развитые страны, а остальные 95%

- на развивающиеся. Самая высокая частота рождения детей с низкой массой тела наблюдается в странах Азии - выше 20% [3, 5, 10].

Комитет экспертов по вопросам охраны материнства и детства ВОЗ справедливо указывает на очень высокую смертность маловесных детей. Вероятность летального исхода у них в 35-37 раз выше, чем у детей с нормальным весом. В исследовании ВОЗ (2005) отмечается, что в структуре трудовых потерь общества, перинатальные причины занимают второе место после несчастных случаев, превосходя по своей значимости потери от сердечно-сосудистых и онкологических болезней.

В Кыргызстане с введением новых критериев живорождения в возрастной структуре смертности детей нарастает доля новорожденных, умерших в возрасте до 28 недель - от 9,3% в 2000 г. до 17,5 - в 2006 г. [7].

Следовательно, проблема предупреждения невынашивания беременности и отсутствие исчерпывающей классификации причин невынашивания является чрезвычайно важным вопросом в профилактике данной патологии [1,2, 4, 6, 8, 9, 11].

Материалы и методы. Единицей исследования явились 636 беременных женщин с недоношенной беременностью в возрасте от 15 до 49 лет проживающих в Ошской области и родивших 654

детей с массой тела от 500 до 999 г - 122, от 1000 до 1499 г - 192 и от 1500 до 2499 г - 340 ребенка. Для сопоставления данных в качестве контрольной группы были изучены показатели 198 беременных женщин

и их детей, родившихся с нормальной масон тела, проживающих в данном регионе.

Изучены медико-демографические поган! затели, характеризующие состояние здоровий! беременных женщин (экстрагенитальные. *mul*ц некологические заболевания и осложнения за | время беременности и родов), неблагоприятная социальные и медицинские факторы, отршщй тельно воздействующие на исход беременностей

Проведен анализ структуры заболеваем - I сти недоношенных детей в период рожденм на первой неделе жизни ребенка, определеЖ® основные тенденции и причины плодовых »>'я терь.

Полученные данные обработали методе (§р вариационной статистики. Вероятность г впадения сравниваемых групп определяли йЯ таблице значений Стьюдента-Фишера.

Результаты и их обсуждение. Изучена»! шн

медико-социальной характеристики женщяЙМ родивших детей с низкой массой тела поей4| залo ведущее значение состояния здорою# женщины, её акушерского анамнеза, теченпаи беременности для рождения детей с низм#| массой тела. Нами, выявлены ряд клинический факторов, которые значительно повышали **ян!**роятность рождения маловесного ребенка. ЧЙЯГ стота инфекций, передаваемых половым пуМ| составила 64,5% и в структуре этих инфекцяг первое место занимает - микоплазменная фекция - 32,9%, второе - грибковая инфекаци

s?

- 21,3%. Лишь у 9,4% женщин имеется нормальная флора влагалища. У женщины, де^й которых родились мертвыми, в 34,0% случаев выявлен сифилис.

Обращает внимание большая отягощенная история акушерского анамнеза - наличие преждевременных родов, самопроизвольных выкидышей, аборт^{1,1}ов у женщин, что указывает на необходимость проведения широких мероприятий по оздоровлению

щин, о неэффективности профилактической помощи, оказываемое женщинам и матери.

Наряду с клиническими факторами изучено влияние на рождение детей массой тела менее 2500 г. демографических и социально-гигиенических факторов. Если по литературным данным частота рождения детей массой тела менее 2500 г. значительно выше среди женщин в возрасте до 18 лет, обуславливающим уровень подготовки организма юной женщины к родам, общей и санитарной культуры, её образ жизни и т.д., то в настоящем исследовании удельный вес матерей в возрасте старше 40 лет, родивших детей с низкой массой тела, был в 6,3 раза выше, чем в других возрастных группах, что, вероятно, связано с накоплением хронических заболеваний, характером трудовой деятельности женщин и т.д. Установлена большая занятость женщин, родивших детей с низким весом, тяжелым физическим трудом.

Изучение комплекса факторов, характеризующие образ жизни женщин показало, что существенное влияние на частоту рождения маловесных детей оказывала низкая медицинская активность женщин. Так, вероятность рождения ребенка с низкой массой тела у женщин, обратившихся к врачу по поводу беременности в 28 недель и более или вообще не посещавших женскую консультацию была в 3 раза больше, чем у женщин, которые встали на учет в более ранние сроки.

Тесно связано с частотой рождения детей с низкой массой тела массо-ростовые показатели женщины. Так в изучаемой совокупности женщин с массой тела до 50 кг перинатальные потери детей в 1,5 раза, а среди женщин с массой тела в 70 кг и более - в 2 раза выше, чем среди детей, родившихся от матерей с оптимальной массой тела (50-69 кг).

Выявлено значение брачного состояния женщины на исход и прогноз детей, родившихся с низкой массой тела. Наиболее высокие потери маловесных детей в перинатальном периоде выявлены у незамужних женщин - 36,4%.

Анализ исходов родов с низкой массой тела показал, что 85,0% из них родились живым ребенком, 15,0% мертвым. Из общего числа живорожденных 12,9% умерли в первые 6 суток.

Новорожденные с низкой массой тела при рождении представляют собой неоднородную группу: 79,2% из них родились недоношенным, 20,9% детей являлись доношенными с задержкой внутриутробного развития.

Из всех исследуемых маловесных новорожденных в раннем неонатальном периоде - 49,2% младенцев выписаны домой в удовлетворительном и относительно удовлетворительном состоянии. Низкая масса при рождении, крайняя незрелость, тяжесть состояния и необходимость дальнейшей терапии служили показаниями к переводу 37,5% детей на II-й этап выхаживания. Нужно отметить, что соотношение выписанных и переведенных отличалось в зависимости от массы при рождении. Так, только в группе детей с массой тела 2000-2499 гр доля выписанных в удовлетворительном состоянии исследуемых новорожденных превышала долю новорожденных, состояние которых требовало дальнейшего лечения и выхаживания (58,7% и 34,6% соответственно).

Риск погибнуть в раннем неонатальном периоде у мальчиков в 2 раза был выше, чем у девочек, что требует дальнейшего более углубленного изучения данного явления.

Проведенный анализ исходов родов для новорожденных исследуемых групп показал, что ведущей патологией в раннем неонатальном периоде асфиксия при рождении встречалась в 65,6% случаях. Следует отметить, что у 1/3 детей, родившихся в асфиксии, последняя была тяжелой степени. При сопоставительном анализе частоты асфиксии в зависимости от массы тела при рождении среди живых новорожденных выявлена обратно пропорциональная зависимость между изучаемыми характеристиками: чем меньше масса тела при рождении, тем чаще развивается асфиксия. Кроме того, прослеживается аналогичная обратно пропорциональная зависимость между массой тела при

рождении и степенью тяжести асфиксии. Так, если в 4-й группе в тяжелой асфиксии родились 10,0% новорожденных, в 3-й - 41,0%, то 2-й группе родившихся в тяжелой асфиксии составили 60%.

В результате анализа заболеваемости новорожденных установлены значительные различия в исследуемых группах. Самый высокий уровень заболеваемости (3666,7‰) отмечался среди умерших детей с массой тела 500-999 гр. Среди живых детей этой же весовой категории заболеваемость была несколько меньше (3333,3‰), но данный уровень почти вдвое превышал уровень заболеваемости в 4-й группе, где показатель равнялся 1756,6‰. Уровень заболеваемости в раннем неонатальном периоде имеет четкую зависимость от массы младенцев при рождении. Нужно отметить, что выявленная тенденция сохраняется в исследуемых группах и среди живых новорожденных и среди умерших в раннем неонатальном периоде.

Ведущей патологией раннего неонатального периода адаптации была патология со стороны ЦНС. В структуре заболеваемости удельный вес неврологических отношений составил 32,7%. На 1-м месте - инфекции, специфичные для перинатального периода, занимающие 29,6%. На 3-м месте - дыхательные расстройства - 19,8%, чаще всего представленные синдромом дыхательных расстройств и болезнью гиалиновых мембран различной степени выраженности. Далее следуют гематологические и геморрагические нарушения, встречавшиеся почти у каждого 10-го ребенка (10,5%).

Выводы. Таким образом, результаты комплексного исследования позволили выявить факторы риска рождения детей с низкой массой тела, установить особенности их исхода и прогноза состояния здоровья.

Наряду с клиническими факторами, установлена важная роль образа жизни в рождении детей с низкой массой тела, и их влияние на прогноз дальнейшего развития этих детей.

Среди причин рождения детей с низкой массой тела выделена существенная роль неблагоприятных социально-психологических факторов, напряженной психо-эмоциональной обстановки в семье и на работе (неполные семьи), медицинской пассивности и др.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что дети, родившиеся с низкой массой тела, представляют собой группу «риска» по повышенной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алайдарова, Ж.С. Модель перинатальной охраны плода при внутриутробном инфицировании: [Текст] автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Ж. С. Алайдарова - Бишкек, 2002. - 23 с.
2. Аскеров, А.А. Антифосфолипидный синдром в генезе невынашивания беременности [Текст] / А.А. Аскеров, Ф.И. Иманказиева, Г. Долгая // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2007. - №2. - С. 153-154.
3. Баранов, А.А. Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства (ELSPAC) [Текст] / А.А. Баранов, Р.К. Игнатова, В.И. Кабанов. - М., 2005. - С. 94-101.
4. Буштырев, В.А. Балльная оценка состояния здоровья недоношенных новорожденных с перинатальными инфекциями [Текст] / В.А. Буштырев
Н.Б. Лаура, Н.И. Захарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М.: Медиа Сфера] 2006. - №3. - С. 11-14.
5. Здоровье матерей и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ: актуальные задачи и пути решения [Текст] // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/ОЗЖА Копенгаген, 6 апреля 2005. - 5 с.
6. Зелинская, Д.И. Больничная летальность детей 1-го года жизни как ресурс снижения младенческой смертности [Текст] / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая, В.И. Бондарь // Здравоохранение Российской Федерации М.: Медицина, 2007. - 1 - С. 28-32.
7. Исраилова, З.А. Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста в условиях реформирования здравоохранения; [Текст] дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01; 14.00.33 / З.А. Исраилова - Бишкек, 2006. - 104 с.
8. Кулаков, В.И. Проблемы и перспективы заживления детей с экстремально низкой массой на современном этапе [Текст] / В.И. Кулаков, Антонов, Е.Н. Байбарина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М.: Медиа Сфера;

2006. - №4. - С. 8-11.

9. Токоева, А.А. Иммунологические аспекты вынашивания беременности у женщин Кыргызт [Текст] / А.А. Токоева // Медицинские кадры 1 века. - Бишкек, 2007. - №2. - С. 168-171.

10. Фролова, О.Г. Медико-социальные аспекты преждевременных родов [Текст] / О.Г. Фролова; Н.А. Дурасова // Акушерство и гинекология. - 2008. - №3. - С. 36-38.

Шаршенов, А.К. Прогнозирование и пути профилактики перинатальных потерь в Кыргызской Республике. [Текст] / А.К. Шаршенов, М.Ж. Мусуралиев - Бишкек, 2001. - 174 с.