



УДК 616.8-053.2:614.2

І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло, С. Є. Фокіна

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕДОНОШЕНОСТІ: ПРОБЛЕМИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Сьогодні метою охорони здоров'я в Європі є підтримка здоров'я населення через застосування більш ефективних програм і краще розуміння причин хронічних хвороб та інвалідності. Хоча в цілому здоров'я європейців покращується, все більшою проблемою стають хвороби недоношених дітей [1]. Сьогодні проблеми дітей, які народилися до звичайного терміну гестації, привертають увагу науковців і практичних лікарів [2–4]. Перехід України до виходжування дітей масою від 500 г призвів до низки проблем і наслідків, серед яких є, на жаль, почастищення неврологічної патології в новонароджених. Дітям, які народилися недоношеними, властиві порушення нормального росту та розвитку, навіть якщо вони народилися без ознак неврологічних порушень [2; 5; 6]. Так, дослідження групи італійських учених довели, що низька маса тіла при народженні впливає на високий ризик перинатальної смертності та неонатальної захворюваності, але більш значущою є її

кореляція з довгостроковими неврологічними наслідками [3].

Мета дослідження — розробити обґрунтування для управлінських заходів, спрямованих на зменшення хронічної неврологічної захворюваності у дітей, на основі визначення факторів ризику формування такої захворюваності у новонароджених дітей. Встановити взаємозв'язки між низькою масою тіла при народженні та виникненням неврологічної патології у новонароджених дітей.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було проведено дослідження результатів анкетування неврологічної служби Чернівецької області та записів в обмінних картах, історіях пологів та історіях розвитку дітей. Питання анкет передбачали оцінку частоти виникнення та деталізацію неврологічної патології в дітей після народження. Використано дескриптивний дизайн дослідження без порівняння між групами. Усі отримані дані формалізували та вводили в розроблену автоматизовану базу да-

них. Статистичну обробку результатів проводили стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу з використанням пакета комп'ютерних програм Statistica 6.0 для Windows і QuattroPro 12.0 для Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Стьюдента при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Основними показниками здоров'я народженого потомства є рівень недоношеності в популяції, захворюваність і параметри фізичного розвитку. Недоношеність, перш за все, пов'язана з репродуктивним здоров'ям і захворюваністю вагітних жінок, вона суттєво впливає на все подальше життя дітей, ведучи до зростання їх захворюваності і навіть інвалідності. За останні п'ять років у Чернівецькій області спостерігається тенденція щодо зростання народжуваності й деякого зменшення недоношеності. Найбільше дітей народилося в обласному центрі та сільських районах області — Сторожинецькому, Кіцмансь-



кому та Вижницькому, найменше — у Герцаївському, Кельменецькому та Путильському районах.

Наукові та технологічні здобутки впродовж останніх років асоціюються зі значними змінами в наданні акушерської та неонатальної допомоги. У Чернівецькій області у 2007 р. дещо зменшилася кількість дітей, які народилися недоношеними, порівняно з попередніми роками. Відсоток недоношених дітей, які народилися живими, по відношенню до всіх живих новонароджених становив у 2007 р. 3,36 %, це менше ніж у 2006 р. (3,38 %) і 2005 р. (3,66 %), що, безперечно, є результатом посиленої уваги до акушерської та неонатологічної служби в останні роки.

При аналізі розподілу кількості новонароджених дітей за масою тіла визначено, що у 2007 р. в Чернівецькій області народилося 68 дітей із масою тіла нижче 1500 г (з них 25 % із масою нижче 1000 г), 87 дітей із масою 1500–2000 г, 297 дітей із масою тіла 2000–2500 г (рис. 1). У цілому 23,4 % усіх дітей першого року життя, що померли у 2007 р. в Чернівецькій області, становили діти з масою тіла нижче 2500 г. Перинатальна смертність недоношених дітей сягала 181,3 ‰ проти 3,8 ‰ у доношених. Таким чином, особливу увагу як перинатологи, так і неонатологи повинні приділяти дітям групи ризику — недоношеним, що, безперечно, потребує інтегрування всіх наявних ресурсів.

Частота захворювань, ускладнений їх перебіг значно вищі у дітей із малою масою тіла, тому зменшення відсотка недоношених дітей серед новонароджених суттєво впливає на показники загальної захворюваності новонароджених. В області зберігається тенденція до зменшення цього показника впродовж аналізованого періоду (таблиця).

У той же час, незважаючи на зменшення кількості недо-

ношених дітей і зниження загальної захворюваності новонароджених, за наявності недоношеності динаміка показників відносного ризику (RR)

мертворожденості, смерті у ранньому неонатальному періоді та захворювання в неонатальному періоді має тенденцію до зростання (рис. 2).

Кількість осіб, абс.

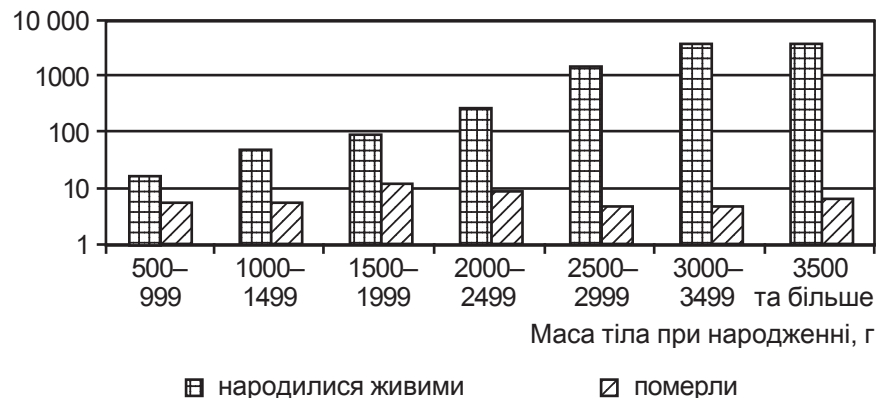


Рис. 1. Розподіл новонароджених відповідно до маси тіла при народженні (логарифмічна шкала) у Чернівецькій області у 2007 р.

Таблиця

Загальна захворюваність новонароджених (на 1000 народжених живими) у 2005–2007 рр.

Назва району	Показник захворюваності		
	2005	2006	2007
Вижницький	207,5	183,5	172,4
Герцаївський	107,1	172,8	110,2
Глибоцький	76,6	134,9	168,9
Заставнівський	198,1	193,0	186,1
Кельменецький	237,5	251,7	210,9
Кіцманський	127,3	163,3	146,0
Новоселицький	210,6	209,1	173,4
Путильський	272,2	250,0	175,7
Сокирянський	204,4	202,8	194,9
Сторожинецький	233,3	185,6	144,9
Хотинський	175,2	210,8	250,0
Чернівці	236,5	222,8	212,1
Чернівецька область	211,0	205,8	190,8

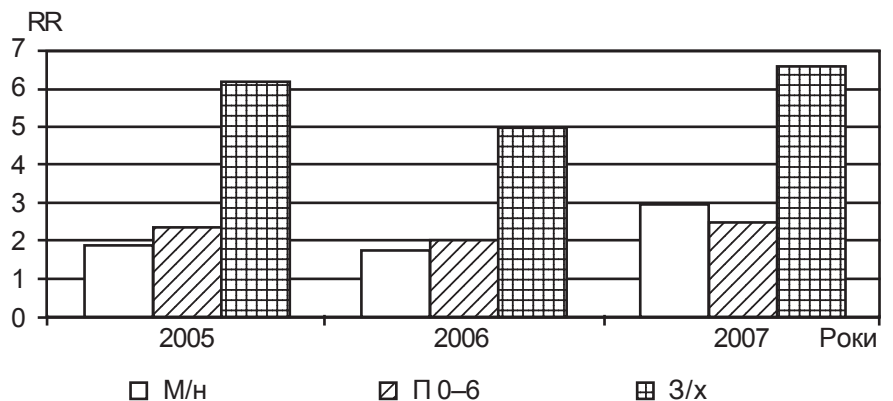


Рис. 2. Динаміка показника відносного ризику (RR) смерті у ранньому неонатальному періоді (П 0–6), мертворожденості (М/н) та захворювання (3/х) за наявності недоношеності



Серед причин недоношеності російські перинатологи звертають увагу на погіршення показників репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку, збільшення частоти екстрагенітальної й акушерської патології вагітних, на фоні чого виникає плацентарна недостатність, і як її наслідок — затримка внутрішньоутробного розвитку плода, зростання ризику переривання вагітності та недоношеності [2]. Наші дослідження стану репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків Чернівецької області також указують на значне поширення цих причин у майбутніх матерів [7].

Недоношена дитина є також головним об'єктом перинатальної неврології через негативний вплив у процесі внутрішньоутробного розвитку цілого комплексу шкідливих чинників. Новонароджені діти з неврологічною патологією різного ступеня народжувалися матерями, зарахованими в групу підвищеного або високого перинатального ризику (безплідність, звичне невиношування, екстрагенітальні захворювання тощо). Ці фактори також є «відповідальними» за підвищення захворюваності, компрометацію вигодовування, відхилення у фізичному розвитку, тому, хоча неврологічні проблеми у цієї групи дітей домінували у клінічній картині, тяжкість стану часто поглиблювалася незрілістю усіх систем, патологією таких життєво важливих органів, як серце, легені, нирки тощо. Діти з терміном гестації менше 36 тиж. знаходились у момент дослідження на диспансерному обліку в невролога у 100 % випадків, а діти з терміном гестації 36–37 тиж. — у 85 %.

Факторами ризику щодо порушення нормального розвитку нервової системи у цих дітей були біологічні (термін гестації нижче 25 тиж., маса тіла нижча 2500 г), наявність тяжких порушень при нейросоно-

графії (перивентрикулярна лейкомаляція, перивентрикулярно-інтравентрикулярні крововиливи 3-го та 4-го ступеня, гідроцефалія, макро- та мікроцефалія за обводом голови тощо), фактори зовнішнього середовища (асоціальні сім'ї, низький соціально-економічний статус, наркоманія й алкоголізм у батьків). Найчастіше визначались аномалії під час нейросонографії після народження. Незважаючи на те, що, за даними літератури, нервово-психічний розвиток більше пов'язаний із гестаційним віком дитини, ніж із масою тіла при народженні, усі діти, які народились із екстремально низькою масою тіла, виявляли затримку нервово-психічного розвитку відповідно до скоригованого віку.

Таким чином, тенденція до позитивних зрушень перинатальних показників може свідчити про інтенсифікацію всіх зусиль, у тому числі на рівні прийняття організаційних та управлінських рішень обласного управління охорони здоров'я про збільшення уваги до акушерських служб, про створення центрів антенатальної профілактики та виходжування недоношених дітей із застоюванням сучасних технологій.

Висновки

1. Перехід на виходжування дітей із масою тіла від 500,0 г вимагає інших методичних підходів. Діти з низькою масою тіла при народженні мають більше ніж у 6 разів вищий ризик захворіти у неонатальному періоді.

2. Недоношені новонароджені також мають у 2,5 рази вищий ризик смерті у ранньому неонатальному періоді.

3. При обґрунтуванні управлінських заходів, при формуванні груп ризику хронічної неврологічної патології та диспансерних груп слід враховувати соціальні (асоціальні сім'ї, алкоголізм і наркоманія батьків), біологічні (недоношеність,

особливо з терміном гестації менше 25 тиж.) та медичні (гідроцефалія, внутрішньомозкові крововиливи в пологах, нейросонографічні зміни структур мозку) фактори ризику.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним при подальших дослідженнях є проведення аналізу ролі материнських і медико-соціальних факторів у перинатальному періоді розвитку дитини й обґрунтування механізму прийняття управлінських рішень щодо цього питання.

ЛІТЕРАТУРА

1. *McCarthy M.* Comparing public-health research priorities in Europe / M. McCarthy, G. Harvey, C. Conceicao // *Health Research Policy and Systems.* – 2009. – Vol. 7, N 17. – P. 478–487.

2. *Суханова Л. П.* Перинатальная патология в России: уровень, структура заболеваемости / Л. П. Суханова // *Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период.* – М.: Канон+Реабилитация, 2006. – 272 с.

3. *Valcamonico A.* Mid- and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: an analysis of prognostic factors / A. Valcamonico, P. Accorsi, C. Sanzeni // *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* – 2007. – Vol. 20, N 6. – P. 465–471.

4. *Rugolo L.* Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant / L. Rugolo // *J. de Pediatrics.* – 2005. – Vol. 81, N 1 (Suppl.). – P. 102–110.

5. *Wilson-Costello D.* Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s / D. Wilson-Costello, H. Friedman, N. Minich // *Pediatrics.* – 2005. – Vol. 115, N 4. – P. 997–1003.

6. *Arditi H.* Cerebral blood flow velocity asymmetry, neurobehavioral maturation, and the cognitive development of premature infants across the first two years / H. Arditi, R. Feldman, C. Hammerman // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2007. – Vol. 28, N 5. – P. 362–368.

7. *Шкробанець І. Д.* Гінекологічна та екстрагенітальна патологія як індикатор репродуктивного здоров'я дівчат Буковини / І. Д. Шкробанець, О. А. Андрієць // *Здоров'я жінки.* – 2008. – № 3 (35). – С. 138–140.

