

© Коллектив авторов, 2004

Е. В. Аронскинд, Л. А. Уфимцева, Э. Г. Курова, Е. С. Бахарева, Э. Ш. Сагутдинова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Областная детская клиническая больница, кафедра неврологии детского возраста
и неонатологии Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург, РФ

Авторами изучен катамнез 524 детей Свердловской области, лечившихся в 1996—2001 гг. в отделении реанимации новорожденных ОДКБ № 1 г. Екатеринбург. Проведен анализ физического и нервно-психического развития, резистентности к острым заболеваниям, причин и структуры летальности и инвалидности детей.

Authors studied the results of follow up of 524 children treated in neonatal intensive care unit of Sverdlovsk regional children hospital N 1 in 1996—2000 years. They analyzed physical and mental development of patients, their resistance to uncurrent diseases, causes and structure of children mortality and invalidity.

Происходящая революция в неонатологии, меняя подходы к оказанию медицинской помощи новорожденным и способствуя снижению их летальности, не может не оказывать своего влияния на состояние здоровья детей в последующие периоды жизни [1]. У данного контингента детей в процессе постнатального развития обнаруживаются различные соматические и психоневрологические расстройства [1, 4, 5]. В связи с этим актуальным является изучение состояния здоровья детей, которым в периоде новорожденности потребовалось применение интенсивной терапии и/или реанимации.

Материалы и методы исследования

Изучали катамнез 524 детей Свердловской области, лечившихся в 1996—2001 гг. в отделении реанимации новорожденных областной детской клинической больницы № 1 г. Екатеринбург.

Исследование проводили с помощью специально разработанной анкеты, включающей характеристики социального, биологического, медицинского анамнеза детей. В ходе работы проанализированы особенности течения беременности и родов у матерей изучаемой группы детей; уровни инвалидности и летальности; физическое и нервно-психическое развитие (НПР), резистентность детей к острым заболеваниям в различные периоды жизни.

Физическое развитие оценивали на основании методических рекомендаций [2]. НПР детей в различные периоды жизни оценивали на основе Приказа МЗ РФ № 227 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи воспитанникам домов ребенка Российской Федерации» [3].

Данные анкет обрабатывали статистически с использованием метода прямой стандартизации, оценки достоверности статистических показателей по критерию χ^2 и критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Возрастное распределение изучаемой группы детей характеризовалось примерно одинаковым удельным весом детей первых 3 лет жизни (соответственно 21%, 24% и 23%) и более низким удельным весом детей 4-го и 5—6-го годов жизни (соответственно 18% и 14%).

Подавляющее большинство детей (68,7%) были из социально благополучных семей. Однако доля детей из семей, отнесенных к категории асоциальных, была довольно весомой (31,3%).

Биологический анамнез исследуемой группы детей имел следующие характеристики: преобладали дети, родившиеся от I беременности (44,6%); однако примерно каждый 7-й ребенок родился от VI и далее по счету беременности; 59,6% детей родились от I родов, но в 27% случаев имел местоотягощенный акушерский анамнез у матери. Осложненное течение беременности имело место почти у 85% матерей, в том числе угроза прерывания настоящей беременности в 22,4% случаев. У 51% матерей были осложнения в родах. Высокий уровень неблагоприятного течения беременности и родов обусловил высокую частоту оперативных

вмешательств в родах — 22,2% (частота оперативного родоразрешения в Свердловской области в 2001 г. составляла 14,4%). Недоношенные дети в изучаемой группе составили 58,5%.

Таким образом, данные социального и биологического анамнеза свидетельствуют о существенной доле факторов риска развития неблагоприятных исходов у исследуемой группы детей.

Летальность в исследуемой группе детей составила 6,3% (погибло 33 ребенка). Подавляющее большинство (24 ребенка) погибли в постнеонатальном периоде, 8 — в возрасте старше года и один — в позднем неонатальном периоде. В структуре причин смерти преобладали врожденные пороки развития (в основном нервной системы), болезни органов дыхания, болезни нервной системы.

Находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в период новорожденности 55% детей изучаемой группы. Осложнения ИВЛ имели место у 75% детей, получавших этот вид лечения. Среди осложнений преобладали поствентиляционные трахеобронхиты (88,7%).

Почти каждому 5-му ребенку, перенесшему в периоде новорожденности критическое состояние и получавшему интенсивную терапию и реанимацию, была впоследствии установлена инвалидность, уровень которой составил 21,8%. Существенных различий в уровне инвалидности среди детей с различным социальным анамнезом не выявлено. Достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены в группах детей, отличающихся по признаку доношенности. Среди недоношенных детей уровень инвалидности был достоверно выше (24,9%), чем у доношенных детей (15,7%). Кроме того, достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены среди детей, отличающихся способом лечения в периоде новорожденности. Уровень инвалидности среди детей, находившихся на ИВЛ, был достоверно выше (27,3%), чем у детей, лечившихся без ИВЛ (15,1%) (табл. 1).

Стандартизация показателей инвалидности детей, лечившихся с ИВЛ и без нее, по признаку доношенности показала, что не сам факт недоношенности определяет инвалидизацию детей. Таким фактором является тяжесть состояния новорожденного, определяемая наслоением других патологических процессов (тяжелая асфиксия в родах, массивные внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярные лейкомаляции и др.), частота которых была достоверно выше в группе лечившихся в периоде новорожденности с применением ИВЛ.

В структуре причин инвалидности изучаемой группы детей (табл. 1) преобладают болезни нервной системы, врожденные пороки развития, болезни глаз. Но только по классу болезней нервной системы выявлены достоверно значимые различия в уровнях инвалидности детей, находившихся на ИВЛ и лечившихся без нее (соответственно 20,3% и 8,4%; $p < 0,05$). Анализ динамики

Таблица 1

Уровни и структуры причин инвалидности у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности

Причина инвалидности	Все дети		Дети, находившиеся на ИВЛ		Дети, лечившиеся без ИВЛ	
	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу
Болезни нервной системы	14,9	68,5	20,3*	74,3	8,4	55,9
Врожденные пороки развития	2,6	12,0	2,6	9,5	2,7	17,6
Патология органов зрения	2,6	12,0	3,0	0,8	2,2	14,7
Патология органов слуха	0,4	1,9	0,4	1,3	0,4	2,9
Прочие	1,3	5,6	1,0	4,1	1,4	8,9
Итого	21,8	100,0	27,3*	100,0	15,1	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении показателей у детей, леченных с и без ИВЛ.

уровня инвалидности показал достоверное снижение ее частоты среди детей изучаемой группы — с 28,2% в 1995—1996 гг. до 13,2% в 2000 г. ($p < 0,01$).

Оценка физического развития детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, показала, что в группах, отличающихся по признаку доношенности, при рождении нет существенных различий в частоте отставания в физическом развитии по годам (с 1 до 5 лет). Однако во все возрастные периоды, до 3 лет включительно, у недоношенных детей имеет место достоверно более высокая частота отставания в физическом развитии в сравнении с доношенными при рождении детьми. В 4 года разница в частоте отставания в физическом развитии доношенных и недоношенных детей становится статистически не значимой.

НПР детей изучаемой группы существенно различается среди детей, не имеющих инвалидность, и детей, признанных инвалидами (табл. 2). Необходимо отметить, что подавляющее большинство детей, не имеющих инвалидность, во все возрастные периоды имеют НПР, соответствующее возрасту. Кроме этого, частота I группы НПР достоверно значимо увеличивается с 1 года до 5 лет (в 1 год — 58,8%, в 5 лет — 82%; $p < 0,05$). Несмотря на то что значительная часть детей-инвалидов имеет выраженную задержку НПР, около 10% на первом году жизни и 20% — на 5-м году не отстают в НПР.

Среди всей изучаемой группы детей прослеживается достоверно значимое снижение уровня

Таблица 2

Распределение детей, не имеющих инвалидность, по группам НПР

Периоды жизни	Частота различных групп НПР, %				
	I	II	III	IV	V
1 год	58,5	26,8	9,4	3,5	1,8
2 года	64,8	14,3	12,1	4,9	3,8
3 года	73,8	15,5	4,8	4,8	1,2
4 года	79,5*	11,4	—	4,5	4,5
5 лет	81,8*	9,0	—	9,0	—

* $p < 0,05$ при сравнении показателей у детей 1-й и 2-й групп.

распространенности длительно и часто болеющих (ДЧБ) детей (соответственно на первом году жизни — 22,5%, в 5 лет — 13,2%; $p < 0,05$) и существенное увеличение частоты высокой резистентности к острым заболеваниям (на первом году — 16,7%, в 5 лет — 31,6%; $p < 0,05$).

Оценивая такой интегральный показатель, как группа здоровья детей, обращает на себя внимание статистически значимое увеличение частоты I группы здоровья среди детей, не ставших инвалидами. Большинство из них (40,9%) на 4-м и 5-м годах жизни имеют развитие, соответствующее возрасту.

Состояние здоровья детей, имеющих инвалидность, обусловлено хроническими заболеваниями различной степени компенсации, поэтому практически все дети-инвалиды имеют III группу здоровья и нуждаются в систематическом медицинском наблюдении и дальнейшей реабилитации.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике физического и НПР по мере увеличения возраста детей, перенесших критические состояния периода новорожденности. Однако после выписки из стационара каждый 5-й ребенок стал инвалидом, а каждый 15-й умер.

Динамика физического развития и НПР у данного контингента детей свидетельствует о необходимости длительного (не менее 5 лет) наблюде-

ния за состоянием их здоровья. Вместе с тем требуется целенаправленная работа по разработке и повсеместному внедрению системы реабилитационных мероприятий этим детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Барашиев Ю. И.* Перинатальная неврология. — М., 2001. — 640 с.
2. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет. Методические рекомендации. — Екатеринбург, 2001. — 83 с.
3. Приказ МЗ РФ от 28.09.1993 г. № 227 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи воспитанникам домов ребенка Российской Федерации».
4. *Шниткова Е. В., Бурцев Е. М. и др.* // Журнал неврологии и психиатрии. — 2000. — № 3. — С. 57—59.
5. *Clark R. H., Dykes F. D., Bachman T. E., Ashurst J. T.* // Pediatrics. — 1996. — Vol. 98, № 6. — P. 1058—1061.