

В.Б. Егорова, Я.А. Мунхалова, С.Н. Алексеева

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЗДОРОВЬЕ, РАЗВИТИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

УДК 616-053.3:614.2

Изучены медико-демографические и социальные аспекты заболеваемости новорожденных, влияние перинатальных факторов на здоровье и качество жизни детей раннего возраста по данным анализа историй болезни новорожденных, а также анкетирования матерей недоношенных детей и наблюдавших их педиатров.

Ключевые слова: новорожденные, недоношенные дети, рождаемость, заболеваемость, перинатальная патология, качество жизни.

The article reports the medical, demographical and social aspects of neonatal morbidity, perinatal factors' influence on the health and quality of life of children according to the analysis of medical records of newborns, as well as the questionnaire of mothers of preterm infants and their doctors.

Keywords: newborns, premature babies, fertility, morbidity, perinatal pathology, quality of life.

Введение. Среди ведущих причин возникновения отклонений у детей раннего возраста являются патологические состояния, развившиеся в перинатальном периоде, которые в дальнейшем приводят к снижению качества жизни ребенка. В целом частота перинатальной патологии в общей популяции превышает 15-20 % и характеризуется тенденцией к ее росту. Например, по данным ВОЗ, у 20 % детей наблюдаются нервно-психические расстройства, которые в 65-80 % случаев обусловлены гипоксически-ишемическим поражением ЦНС[9].

Всемирная организация здравоохранения уделяет большое внимание развитию изучения качества жизни как важного инструмента при принятии решения о методах лечения, профилактики, научных исследованиях, подготовке медицинского персонала [1-3].

Целью нашей работы явились анализ некоторых демографических показателей и изучение влияния медико-социальных и перинатальных факторов на здоровье и качество жизни детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами были проведены анализ 69 историй болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделениях патологии новорожденных РБ №1-НЦМ, анкетирование матерей недоношенных детей (n=17) посредством опросника QUALIN в катамнезе, а также участковых педиатров, на-

блюдавших этих детей. Также были использованы материалы официальной статистики – ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» МЗ РС(Я).

Опросник состоит из двух возрастных блоков – для детей от 3 мес. до 1 года и для детей 1-3 лет. Каждый блок, в свою очередь, включает в себя форму для родителей и форму для педиатров.

Блок для детей до 1 года состоит из 33 вопросов, 1-3 лет – из 34 вопросов. Каждый блок включает в себя шесть вариантов ответов: определенно «нет»; скорее «нет», чем «да»; и «да», и «нет»; скорее «да», чем «нет»; определенно «да»; я не знаю. Существуют некоторые различия вопросов в блоках, связанные с возрастными особенностями ребенка. Так, вопрос №9 в блоке до 1 года «Ребенок дружелюбный» в блоке 1-3 года заменяется вопросом «Ребенок ведет себя спокойно с другими». Также внутри каждого блока между родительской и врачебной формами имеется различие в вопросе №31 с сохранением единой смысловой нагрузки, который во врачебной форме сформулирован как «Нервно-психическое развитие ребенка соответствует возрасту», в родительской – «Умственное развитие ребенка удовлетворительное».

Инструмент описывает 4 основных аспекта функционирования ребенка:

- «Поведение и общение» (ПиО) – 13 вопросов;
- «Способность оставаться одному» (СОО) – 5 вопросов;
- «Семейное окружение» (СО) – 4 вопроса;
- «Нервно-психическое развитие и

физическое здоровье» (НПР и ФЗ) – 11 вопросов в блоке до 1 года и 12 – блоке 1-3 года.

Результаты и обсуждение. Показатель рождаемости в Республике Саха (Якутия) за последние десятилетия имеет тенденцию к росту, занимает 6-е место в Российской Федерации и 1-е место среди субъектов Дальневосточного федерального округа. В 1990 г. коэффициент рождаемости по РС(Я) составлял 19,4%. С середины 90-х гг. отмечается существенное снижение этого показателя, который в 2001 г. достиг своего минимума – 13,6‰. На сегодняшний день, благодаря демографической политике государства и республики, показатель рождаемости стабилизировался и имеет тенденцию к повышению. В 2010 г. он составил 16,8%, в 2015 г. – 17,15% (рис. 1).

При проведении анализа влияния течения перинатального периода на дальнейшее развитие ребенка необходимо учитывать показатель перинатальной смертности, уровень и структура которой представляют собой важный медико-демографический показатель и в то же время отражают качество акушерской и неонатальной помощи [2, 4]. При этом важность анализа перинатальной смертности состоит в том, что факторы, способствовавшие наступлению летального исхода у плода и ребенка, в том числе дефекты медицинской помощи, в концентрированном виде отражают негативные факторы и недостатки, имеющие место и у выживших детей.

Анализ статистических данных по Республике Саха (Якутия) за 2000-2010 гг. выявил снижение данного показателя в 2 раза: с 16,7 до 8,21‰.

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ЕГОРОВА Вера Борисовна** – к.м.н., доцент, veraborisovna@yandex.ru, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – к.м.н., зав. кафедрой, tokmacheva@mail.ru, **АЛЕКСЕЕВА Саргылана Николаевна** – к.м.н., доцент, sargylanao@mail.ru.

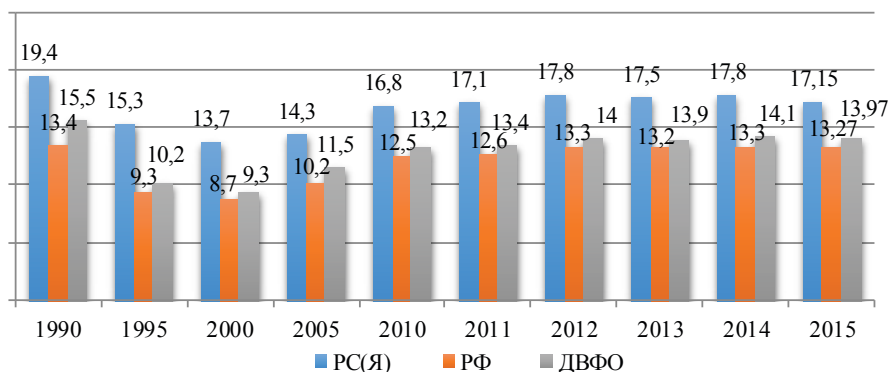


Рис.1. Рождаемость населения в РС(Я), РФ и ДВФО за 1990-2015 гг., на 1000 чел. населения [5-8]

После введения в 2012 г. новых критериев живорожденности уровень перинатальной смертности в республике вырос и составил в 2012 г. 13,0‰, в 2013 г. – 10,8‰.

В нашем исследовании большинство детей с перинатальной патологией были рождены женщинами раннего (до 20 лет) и позднего репродуктивного возраста (старше 30 лет), соответственно в 35,6 и 43,2% случаев. Возраст матери младше 20 и старше 30 лет относится к социально-биологическим факторам риска перинатальной патологии у новорожденных [9].

У большинства матерей имеется отягощенный акушерский анамнез, у 32,3% женщин были самопроизвольные выкидыши, у 45,7% – медицинские аборт. Дети были рождены от первой беременности в 35,1% случаев, от второй – 22,3, от третьей и последующих беременностей – 42,6% случаев. У всех женщин беременность протекала с осложнениями. Токсикоз в первой половине беременности был в 21,7% случаев, гестоз во второй половине беременности – 24,6, различные заболевания матерей – в 100%, среди которых часто встречаются такие заболевания, как анемия – у 53,6%, хронический пиелонефрит – 37,6, верхних дыхательных путей – у 21,7%.

Одним из факторов риска рождения детей с перинатальной патологией и недоношенных является наличие вредных привычек у женщины. Было выявлено, что из 69 матерей 15,9% курили во время беременности, 14,5% бросили курить, только узнав о беременности.

Досрочное родоразрешение было проведено у 32,6% женщин. Причинами явились преэклампсия средней и тяжелой степени – 58,8%, преждевременное излитие околоплодных вод – 23,5 и преждевременная отслойка плаценты в 17,6% случаев. Характер

родов в большинстве случаев был оперативным – 79%, естественным путем родили 21% женщин. Большинство детей родились в крайне тяжелом, тяжелом и состоянии средней степени тяжести – 7,2; 36,3 и 56,5% соответственно.

Среди доношенных детей с перинатальной патологией (n=52) 16 детей родились с внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах, 15 – с родовой травмой, 15 – с респираторными нарушениями, 6 – с задержкой внутриутробного развития.

При распределении недоношенных детей (n=17) по срокам гестации выявлено, что на сроке 30-35 недель родились 13 детей (76,5%), 25-30 недель – 4 ребенка (23,5%). Из них с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – 3 детей, очень низкой массой тела (ОНМТ) – 4 и с низкой массой тела (НМТ) – 10.

Изучение характера вскармливания детей показало, что на естественном вскармливании находились 68% доношенных детей, 53% недоношенных с ОНМТ и НМТ, а все недоношенные с ЭНМТ получали искусственное вскармливание.

К моменту выписки 66,5% детей были отнесены ко 2-й группе здоровья, 33,5% – к 3-й группе. В 3-ю группу вошли все новорожденные с ЭНМТ и доношенные дети с тяжелой перинатальной патологией.

Социальный аспект семей с детьми с перинатальной патологией выглядел следующим образом: в подавляющем большинстве случаев ребенок рос и воспитывался в полной семье (66,6 – 88,2%) (рис.2). Воспитанием ребенка занимались оба родителя, только в 11,8 – 33,3% случаев отец практически не участвовал в воспитании.

38,4% семей имели единственного ребенка, 32,3 – 2 детей, 29,3% – 3 и более. По уровню образования высшее и/или неоконченное высшее образование имели 58,8% матерей и 40% отцов; среднее и/или специальное среднее образование – 41,2 и 60% соответственно. Большинство матерей находятся в отпуске по уходу за ребенком (64,7%), работают 35,3% матерей.

При изучении жилищно-бытовых условий выявлено, что в отдельной квартире проживают 52,9% семей, в съемной квартире – 5,9%, имеют собственный дом 41,2%. Благоприятную психологическую обстановку отмечают все семьи (100%).

Все дети, родившиеся с перинатальной патологией, состояли на диспансерном учете по месту жительства. Все доношенные дети, родившиеся с родовой травмой, внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах, наблюдались у невролога с диагнозом резидуальная энцефалопатия (РЭП). Все недоношенные с ЭНМТ состояли на учете с РЭП, бронхолегочной дисплазией, ретинопатия недоношенных наблюдалась у 66%, врожденный порок сердца, тугоухость и ДЦП – 33%. Недоношенные с ОНМТ и НМТ по тем же нозологиям состояли на учете в 2 раза реже.

Для сравнительной оценки параметров и влияния различных факторов на качество жизни детей, родившихся недоношенными, нами было проведено анкетирование матерей, а также участковых педиатров в катамнезе посредством опросника QUALIN и были получены следующие результаты (таблица).

Оценка средних значений по аспек-

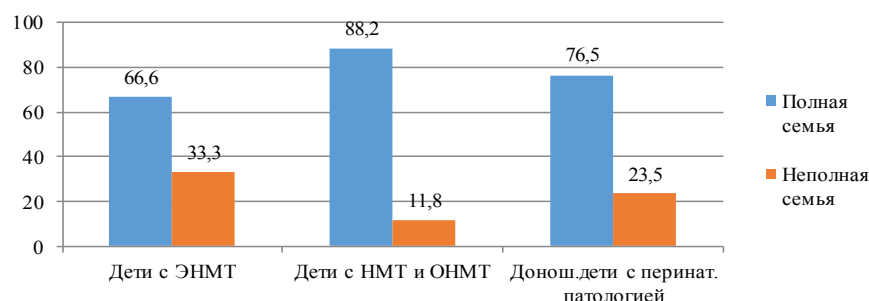


Рис. 2. Показатели состава семьи, %

ту «Поведение и общение» у родителей всех трех групп ниже, чем у педиатров. У детей с ЭНМТ оценка этого аспекта ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ.

При оценке средних значений по аспекту «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» у детей с ЭНМТ данный показатель был существенно ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ. Педиатры дали более субъективные ответы.

При оценке средних значений по аспекту «Способность оставаться одному» и родители, и педиатры дали одинаковые ответы. Также способность оставаться одному у детей с ЭНМТ ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ.

Аспект «Семейное окружение» по ответам родителей и педиатров оценен более высоко, чем другие аспекты. Это говорит о том, что родители недоношенных детей прилагают много усилий развитию и здоровью ребенка.

По оценке качества жизни от 1 до 10 баллов, КЖ детей с ЭНМТ ниже, чем у детей с ОНМТ и НМТ. Родители всех трех групп оценивают КЖ своих детей выше, чем педиатры.

Оценку по качеству ухода за ребенком давали врачи. Данный аспект включает следующие показатели: способность сосредотачиваться, уход за ребенком, психическое состояние матери. Аспект «способность сосредотачиваться» оказался выше у детей с НМТ. Матери детей с ЭНМТ более трепетно ухаживают за своими детьми, также уровень психического состояния у этих же матерей оказался значительно ниже, чем у матерей с детьми с ОНМТ и НМТ.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование подтвердило, что на качество жизни детей с перинатальной патологией преимущественно влияют медико-биологические факторы, такие как возраст матери,

Качество жизни недоношенных детей по оценкам родителей и педиатров

	ПиО		НПР и ФЗ		СОО		СО		Оценка КЖ, 1-10 баллов	
	Р	П	Р	П	Р	П	Р	П	Р	П
ЭНМТ	3,5	4,4	2,8	2,6	3,4	3,2	4,8	4,7	6,7	5,3
ОНМТ	4,4	4,6	4,0	4,0	3,9	3,7	4,8	4,7	8,8	7,5
НМТ	4,4	4,6	4,2	3,6	3,4	3,6	4,7	4,8	8,8	7,9

различные заболевания матерей во время беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патология интранатального периода. Все дети, родившиеся с перинатальной патологией, имеют 2-ю и 3-ю группу здоровья, состоят на «Д» учете с диагнозами резидуальная энцефалопатия, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдром двигательных расстройств, врожденный порок сердца, ретинопатия недоношенных, врожденные пороки сердца, тугоухость, детский церебральный паралич. Выявлено, что недоношенность существенно влияет на качество жизни детей.

Литература

1. Альбицкий В.Ю. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 16-17.
2. Baranov A.A. A new approach to the integrated assessment of the health of children using the criterion of the quality of life / V.Y. Albitsky, I.V. Vinyarskaya // Problems of social hygiene, health and medical history. – 2007. – № 5. – P. 16-17.
3. Баранов А.А. Методология изучения качества жизни в педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Г.А. Валиуллина // Союз педиатров России. – М., 2008. – 16 с.
4. Baranov A.A. The methodology of the study of quality of life in pediatrics / A.A. Baranov, V.Y. Albitsky, G.A. Valiullina // Union of pediatricians of Russia. – M., 2008. – 16 p.
5. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в РФ / А.А. Баранов // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 9-14.
6. Baranov A.A. The health of children in the Russian Federation / A.A. Baranov // Pediatrics. – 2012. – Vol. 91, № 3. – P. 9-14.
7. 4. Здоровье детей и подростков Республики Саха (Якутия): состояние, тенденции, перспективы: монография / под ред. Н.В. Саввиной. – М.: Литерра, 2015. – 512 с.
8. Child and adolescent health of the Republic of Sakha (Yakutia): status, trends, prospects: monograph / ed. N.V. Savvina. – M.: Litera, 2015. – 512 p.
9. Киселев С.Н. Динамика и особенности показателя рождаемости в дальневосточном федеральном округе / С.Н. Киселев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – №3. – С. 98-101.
10. Kiselev S.N. Dynamics and features of birth rate in Far Eastern Federal District / S.N. Kiselev // Far Eastern Medical Journal. – 2012. – №3. – P.98-101.
11. 6. Основные показатели здоровья матери и ребенка РС (Я) за 2005-2009 гг.: Стат. сб. / ГБУ РС(Я) «ЯРМИАЦ». – Якутск, 2010. – 173 с.
12. The main indicators of maternal and child health of Sakha (Yakutia) for 2005-2009: Stat. Sat. Ministry of Health of the YaRMIAC, Yakutsk, 2010. – 173 p.
13. 7. Основные показатели здоровья матери и ребенка РС (Я) за 2007-2011 гг.: Стат. сб. / ГБУ РС (Я) «ЯРМИАЦ». – Якутск, 2012. – 128 с.
14. Key indicators of maternal and child health of Sakha (Yakutia) for 2007-2011: Stat. Sat. / Ministry of Health of the YaRMIAC. – Yakutsk, 2012. – 128 p.
15. 8. Основные показатели здоровья матери и ребенка Республики Саха (Якутия) за 2012-2013 гг.: Стат.сб. / МЗ РС(Я) ЯРМИАЦ. – Якутск, 2014. – 159 с.
16. Key indicators of maternal and child health of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2012-2013: Stat.sb. / Ministry of Health of the YaRMIAC, Yakutsk, 2014. – 159 p.
17. 9. Рахимова Н.Н. Особенности развития и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд.мед. наук / Н.Н. Рахимова. – Душанбе, 2009. – 24 с.
18. Rakhimova N.N. Features of development and the health of infants and preschool children with perinatal central nervous system: PhD thesis. / N.N. Rakhimova. – Dushanbe, 2009. – 24 p.

Т.Г. Дмитриева, Я.А. Мунхалова, В.Б. Егорова, А.О. Острелина ЛАТЕНТНАЯ НВВ-ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЯКУТИИ

УДК 616.9:616.036.22

МИ СВФУ им. М. К. Аммосова: **ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна** – проф., dtg63@mail.ru, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – зав. кафедрой, tokmacheva@mail.ru, **ЕГОРОВА Вера Борисовна** – доцент, veraborisovna@yandex.ru, **ОСТРЕЛИНА Анжелика Олеговна** – аспирант, angela198948@gmail.com.

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных данных детей и подростков с HBsAg-негативным и HBsAg-позитивным хроническим гепатитом В (ХГВ). По результатам исследования не выявлено принципиальных различий в эпидемиологических, клинических и лабораторных данных у пациентов с латентной формой ХГВ, по сравнению с пациентами с манифестными формами заболевания. Установлено, что эти больные страдают хроническим поражением печени в не меньшей степени, чем HbsAg (+) пациенты. Введение в скрининг а-НВсг позволит активно выявлять этих пациентов и проводить полный комплекс лечебных и диспансерных мероприятий.

Ключевые слова: дети, подростки, HBV-инфекция, латентная форма.