

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кодирова Ш.С., Каюмов Х.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Дети с врожденными пороками развития обычно рождаются преждевременно, но их часто исключают из исследований по подсчету преждевременных родов. В настоящее время для моделирования уровней преждевременных родов имеется мало данных о распространенности факторов риска преждевременных родов. Исследования, проведенные в области охраны здоровья детей, убедительно показали определяющее влияние социального неблагополучия на увеличение риска возникновения острых и хронических заболеваний, низкого уровня физического, соматического, нервно-психического развития и нравственного здоровья, как закономерный результат развития у ребенка состояния хронического стресса на фоне функциональной и соматической незрелости организма.

Ключевые слова: формирование здоровья, недоношенные дети раннего возраста.

МУДДАТИДАН ОЛДИН ТУФИЛГАН БОЛАЛАРНИНГ ЭРТА ЁШ ДАВРДАГИ САЛОМАТЛИГИНИ ШАКЛЛАНИШИ

Кодирова Ш.С., Каюмов Х.Н.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Туғма нуқсонлар билан туғилган болалар аксарияти муддатидан олдин туғилганлар ҳисобланади, аммо улар кўп ҳолларда эрта туғилганларга оид тадқиқотларда иноватга олинмайди. Ҳозирги даврда муддатидан олдин туғилишларни даражасини моделлаштиришда уларни келтириб чиқарувчи хавф омиллар тарқалганлиги ҳақида маълумотлар жуда кам. Муддатидан олдин туғилган болалар саломатлик ҳолатини ўрганишга қаратилган илмий тадқиқотлар уларнинг ўткир ва сурункали касалликларга чалиниши эҳтимоли ошишини, жисмоний, соматик, нерв-психик ривожланишини ва маънавий соғлигини паст даражада бўлишини белгиловчи асосий хавф омилли организмнинг функционал ва соматик тўла етилмаганлик фонидаги сурункали стресс ҳолати эканлигини кўрсатмоқда.

Калит сўзлар: муддатидан олдин туғилган болалар, эрта ёш даврдаги болалар саломатлигини шаклланиши.

HEALTH FORMATION OF PREMATURE CHILDREN EARLY AGE

Kodirova Sh.S., Kayumov Kh.N.,

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

Children with congenital malformations are usually born prematurely, but they are often excluded from studies on the calculation of preterm births. Currently, there is little data on the prevalence of risk factors for preterm birth to model levels of preterm birth. Studies conducted in the field of children's health have convincingly shown the decisive influence of social ill-being on increasing the risk of acute and chronic diseases of low levels of physical, somatic, mental and psychological development and moral health, as a natural result of the development of a child's state of chronic stress on the background of functional and somatic immaturity of the body.

Key words: health formation of premature children, early age.

Актуальность

В статье дается обзор факторов, влияющих на формирование здоровья недоношенных детей раннего возраста.

Недоношенность - основная причина смертности среди новорожденных (в первые четыре недели жизни детей) и в настоящее время составляет вторую по распространенности, после пневмонии, причину смертности среди детей в возрасте до пяти лет. По статистике ВОЗ, каждый год более 10% детей (приблизительно 15 миллионов) рождаются раньше срока (преждевременно), что создает проблемы в семьях по всему миру, а от осложнений, связанных с преждевременными родами, умирают более 1 млн детей (ВОЗ, 2012г). Многие выжившие дети остаются

инвалидами на всю жизнь, включая трудности в обучении и проблемы со зрением и слухом. Частота преждевременных родов растет почти во всех странах, по которым имеются достоверные данные. Без решения проблемы преждевременных родов невозможно добиться глобального улучшения показателей выживаемости и здоровья детей.

ВОЗ определяет преждевременные роды как все роды, наступившие в сроки ранее 37 полных недель гестации или менее чем через 259 дней после первого дня последнего менструального цикла (WHO, 1977). Преждевременные роды можно разделить на несколько категорий в зависимости от сроков гестации: крайне преждевременные (менее 28 недель), значительно преждевременные (28 - менее 32 недель), и умеренно преждевременные роды (32 - менее 37 полных не-

дель гестации). Внутри последней категории можно также выделить незначительно преждевременные роды (34 - менее 37 полных недель гестации).

Международная классификация болезней (МКБ) побуждает включать в статистику преждевременных родов все роды живым плодом. У этого определения отсутствует нижняя граница, что затрудняет сравнение отчетных данных между странами, а внутри стран - по времени, так как взгляд на жизнеспособность детей, рожденных крайне преждевременно, меняется в связи с прогрессом в области неонатологии.

В странах с высоким уровнем дохода 80% мертворожденных рождаются преждевременно, что составляет пять процентов всех преждевременных родов. Подсчет только живорожденных младенцев не позволяет оценить истинное бремя преждевременных родов (Flenadyetal., 2011; Krameretal., 2012).

Анамнез преждевременных родов является важным фактором риска, чаще всего обусловленный комбинацией генетических, эпигенетических и средовых факторов риска (PlunkettandMuglia, 2008). Многие данные анамнеза матери расцениваются как факторы риска преждевременных родов, включая молодую или пожилую возраст, небольшой интервал между беременностями и низкий индекс массы тела матери (Goldenbergetal., 2008; MugliaandKatz, 2010). Другим не менее важным фактором риска является перерастяжение матки при многоплодной беременности. Многоплодная беременность (двойней, тройней и т. д.) увеличивает риск преждевременных родов почти в 10 раз по сравнению с беременностью одним плодом (Blondeletal., 2006).

Риск развития преждевременных родов связаны также курение, употребление большого количества алкоголя (Gravettetal., 2010). Чаще при преждевременных родах рождаются мальчики: приблизительно 55% всех недоношенных детей (Zeitlin, 2002); при этом мальчики подвержены большему риску смертельного исхода по сравнению с девочками, родившимися на том же сроке гестации (Kent 2012).

Дети с врожденными пороками развития обычно рождаются преждевременно, но их часто исключают из исследований по подсчету преждевременных родов. В настоящее время для моделирования уровней преждевременных родов имеется мало данных о распространенности факторов риска преждевременных родов.

К увеличению числа спонтанных и индуцированных преждевременных родов приводят такие факторы риска как со стороны матери, так и со стороны плода и чаще встречаются при беременности, наступившей в результате искусственного оплодотворения. (Kalraand Molinaro, 2008; Mukhopadhaya and Arulkumar, 2007). Дифференциация причин преждевременных родов особенно важна в странах, где часто проводятся операции кесарева сечения. В 2000 г. приблизительно 40% преждевременных родов во Франции и США были зарегистрированы как индуцированные (для сравнения, в Шотландии и Нидерландах - лишь свыше 20%). Доля индуцированных преждевременных родов увеличивается во всех этих странах частично за счет более агрессивного применения кесарева сечения при недостаточном росте плода (Josephetal., 1998, 2002). В США, по данным отчетности, это увеличение, по крайней мере частично, способствовало повышению общего числа преждевременных родов и

снижению неонатальной смертности в период с 1990 до 2007 г. (AnanthandVintzileos, 2006). По странам со средним и низким уровнем дохода отсутствуют данные популяционных исследований. Однако, по данным отчетности, из общего числа преждевременных родов, принятых медицинскими учреждениями третьего уровня в странах с низким и средним уровнем дохода, доля индуцированных родов варьируется от приблизительно 20% в Судане и Таиланде до почти 40% в 51 медицинском учреждении Латинской Америки и университетской клинике Ганы (Barrosand VelezMdel, 2006; Alhajetal., 2010; Ipetal., 2010; Nkyekyeretal., 2006).

К факторам, свидетельствующим о высокой вероятности преждевременных родов, но являются немодифицируемыми, относятся: преждевременные роды в анамнезе, цервикальные манипуляции (включая биопсию), первые роды, рождение пяти и более детей и множественные беременности.

По данным исследований, риск преждевременного родоразрешения у женщин, находившихся под наблюдением в антенатальном периоде, ниже, чем у женщин, которые до родов не были охвачены системой здравоохранения (Iamsetal., 2008).

Проведенное исследование (Аксельрод С.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья недоношенных детей, 2003г) показало, что по данным трехлетней обращаемости общий уровень заболеваемости недоношенных детей, различного гестационного возраста, в периоде грудного и раннего возраста составил в среднем 2930,5%, а в контрольной группе доношенных детей соответствующего периода развития общая заболеваемость в 1,2 раза меньше и составила 2408,8%.

За первый год жизни недоношенные дети в 1,2 раза ($p = 0,05$) чаще обращались за помощью в детскую поликлинику по сравнению с доношенными новорожденными. Уровень обращаемости на первом году в основной группе составил 3330,4%, в то время, как у контрольной группы, уровень обращаемости в поликлинику составляет 2908,6%.

Изучение структуры заболеваемости по нозологическим формам показало, что первое место (33,2%) среди причин обращения недоношенных детей на первом году жизни в поликлинику принадлежит заболеваниям нервной системы, уровень которой составляет 1107,1%. Распространенность данной патологии среди основной группы достоверно в 4 раза выше, чем в контрольной.

Второе место в основной группе детей занимают, как причина обращения, болезни органов дыхания (25,7%), уровень распространенности данной патологии у недоношенных детей первого года жизни составляет 857,1%, что в 2 раза меньше, чем среди доношенных детей.

Проведенное анкетирование среди семей показало, что в группе недоношенных детей 43,2% родителей не считают нужным обращаться в поликлинику в случае острого респираторного заболевания ребенка, в контрольной группе 21,4% родителей не прибегают к консультации. Этим можно объяснить столь низкий уровень регистрации заболеваний органов дыхания среди недоношенных детей на первом году жизни.

Третье место (11,5%) в структуре заболеваний недоношенных детей первого года жизни принадлежит болезням органов пищеварения, уровень данной

патологии составляет 383,9%, что в 2,7 раза достоверно выше, чем среди доношенных детей 141,5%.

Четвертое место занимают болезни крови и кроветворных органов, данная патология на первом году жизни составляет 7,5% причин обращения в поликлинику, распространенность ее 250,0%, в то время как среди доношенных детей в 4,2 раза регистрируются заболевания крови и кроветворных органов и составляют не более 2,0% всей патологии первого года жизни.

Изучение заболеваемости недоношенных детей в зависимости от пола показало, что уровень ее не зависит от пола ребенка. Так анализ заболеваемости среди мальчиков и девочек показал, что среди недоношенных мальчиков уровень заболеваемости в раннем периоде составляет 3278,9%, что в целом характерно и для недоношенных девочек - 3313,7%. В контрольной группе доношенных детей уровень заболеваемости мальчиков по сравнению с девочками в 1,1 раза выше и составляет соответственно 3115,1 %о и 2968,2%о. Исследованием установлено, что имеются различия в структуре заболеваний недоношенных мальчиков и недоношенных девочек. Так болезни нервной системы среди недоношенных мальчиков встречаются в 1,3 раза чаще по сравнению с девочками. Более половины детей имеет различную степень перинатального поражения ЦНС (гипоксического генеза 68,9%, геморрагического 1,3%), распространенность ее составляет 598,2%. Среди мальчиков преобладают более тяжелые нозологические формы. Гидроцефалия в 6,0 раз достоверно чаще встречается среди мальчиков, и составляет 8,5% всей патологии нервной системы у лиц мужского пола на первом году жизни. Среди девочек в 1,4 раза чаще отмечается задержка темпов психомоторного развития.

Грыжи и гипотрофии встречаются в 4,5 раза чаще среди мальчиков по сравнению с девочками. В свою очередь среди недоношенных девочек в 3,8 раза достоверно чаще наблюдаются заболевания поджелудочной железы, и в 1,5 раза чаще - дисбактериозы.

Класс болезней крови и кроветворных органов формировался преимущественно за счет железодефицитной анемии, уровень которой у преждевременно родившихся детей в 4,2 раза выше по сравнению с детьми, родившимися в срок и составляет соответственно 250,0%о и 58,9%о (р 0,05). Среди недоношенных детей более половины детей (55,2%), имевших анемию II и III степени, родились на сроке менее 35 недель гестации.

Изучение заболеваемости детей второго года жизни показало, что уровень обращаемости за медицинской помощью в группе недоношенных детей выше по сравнению с детьми, рожденными в срок, в 1,3 раза - соответственно 2956,6 и 2331,4%о.

Анализ показателей обращаемости на втором году жизни среди исследуемых групп выявил, что ведущими причинами являются: болезни органов дыхания (60,4% и 73,9%), нервной системы (12,2% и 6,1%), третье место среди недоношенных детей занимают болезни органов пищеварения (6,1%). Перечисленные классы болезней составляют соответственно в двух исследуемых группах 78,7% и 84,2% основных причин обращения детей на втором году жизни среди детей.

Вторые преждевременные роды более чем в половине случаев (66,7%) являются следствием четвертой и более беременностей в анамнезе у матери, в то

время как вторые срочные роды в 1,6 раз реже наступают от четвертой и более беременностей (41,2%).

Третьи роды в 5,0 раз достоверно чаще наступают раньше срока. Каждый десятый недоношенный ребенок (10,2%) рождается от третьих родов, которые стали в подавляющем большинстве (62,7%) следствием четвертой и более беременностей в анамнезе.

По результатам опроса, каждая третья женщина (32,9%) до наступления исследуемой беременности прибегала к искусственному прерыванию беременности. Анализа медицинской документации показал, что почти половина (48,5%) женщин, родивших преждевременно, делала аборт до рождения исследуемого ребенка. В группе сравнения каждая третья женщина (34,2%) делала аборт до наступления данной беременности (р 0,001). Каждая пятая женщина, родившая преждевременно, до наступления настоящей беременности имела выкидыши (26,1%), что достоверно в 3,0 раза чаще чем среди женщин не имеющих преждевременных родов (р 0,05). Вторые преждевременные роды наступили у 14,3% женщин, которые уже имели в анамнезе не вынашивание.

Анализ данных анамнеза матерей, родивших раньше срока, показал, что каждая третья женщина (32,9%) имела сочетание двух факторов риска. Наиболее распространенные сочетания факторов такие: аборт + выкидыш, аборт + неразвивающаяся беременность. Сочетание трех и более факторов имели 1,4% обследованных. Проведенное исследование показало, что существует прямая сильная достоверная корреляционная связь между наличием у матери недоношенного ребенка отягощенного акушерского анамнеза и характером течения родов ($r = +0.83$, $m = \pm 0.045$).

Среди факторов, оказывающих влияние на здоровье ребенка, важными являются особенности питания и характер вскармливания ребенка на первом году жизни. Раннее прикладывание ребенка к груди матери является главным аспектом рационального питания ребенка и играет немаловажную роль в эмоциональном ключе грудного вскармливания. Полученные данные свидетельствуют, что только 15,7% детей, родившихся преждевременно были приложены к груди матери в родильном зале, основной причиной более позднего прикладывания к груди стало тяжелое состояние ребенка в первые минуты и дни жизни. В контрольной группе доношенных новорожденных более половины детей (51,2%) были приложены к груди еще в родильном зале. Основная масса (58,6%) исследуемой группы преждевременно родившихся детей приложена после третьих суток (14,6 день жизни $m = \pm 2,1$), что достоверно позже, чем в группе контроля (2,1 $\pm 1,1$ день жизни).

Так только 13,8% недоношенных детей получают нативное молоко до третьего месяца жизни, что в три раза меньше чем среди детей, родившихся в срок (43,8%). Каждый третий недоношенный ребенок (35,4%) находится на искусственном вскармливании, более половины детей (50,8%) получают смешанное питание. По результатам проведенного опроса матерей, родивших недоношенного ребенка, в большинстве случаев (60,7%) основной причиной стало отсутствие молока у матери. В каждом третьем случае (30,4%) врач рекомендовал переход на искусственное питание, в 16,5% мать сама решала, какую пищу будет получать ее ребенок.

Естественное вскармливание оказывает положительное влияние на резистентность организма ребенка. В основной группе детей, находившихся на естественном вскармливании 44,4% не болели на первом году, что в 2,0 раза достоверно ($p < 0,01$) больше, чем среди детей, находившихся на искусственном вскармливании.

Многочисленные исследования указывают, что медико-организационные факторы являются наиболее значимыми в предупреждении развития заболеваемости детей (Вельтишев Ю.В., Зелинская Д.И. 2000г., Зубкова Н.З., Прошин В.А., Асаева М.В. 2001г.), но низкое качество медицинского обслуживания и плохая организация оказывают негативное влияние на формирование здоровья ребенка. Отсутствие специализированных медицинских учреждений (реабилитационных центров) для недоношенных детей, специальной программы профилактического наблюдения за ребенком, рожденным преждевременно, а также низкая медицинская грамотность со стороны родителей способствуют формированию заболеваемости данной группы детей.

Не развита сеть учреждений восстановительного лечения, так называемый "третий этап выхаживания недоношенных детей", отсутствуют службы медикопсихолого-педагогической и социальной реабилитации недоношенных детей, консультативная служба для семей, воспитывающих ребенка, рожденного преждевременно.

При анализе медицинского обслуживания детей на 1-ом году жизни было установлено, что каждый четвертый недоношенный ребенок (26,9%) имеет низкий уровень медицинской помощи (9,1% неудовлетворительное наблюдение и 17,8% очень плохое). Оценка характера наблюдения недоношенного ребенка в течение второго и третьего года жизни показала, что в данный возрастной период медицинское наблюдение хуже, чем на первом году. Так каждый третий недоношенный ребенок раннего возраста имеет неудовлетворительное и очень плохое медицинское обслуживание, 20,6% и 10,6% соответственно.

Уровень общей заболеваемости у детей юных матерей, превышает у детей, родившихся у зрелых женщин. Выявлен высокий процент атопического дерматита (65% против 30%, $p < 0,05$), функциональных нарушений ЖКТ, которые в основной и контрольной группах (55,5% и 34,6% соответственно) проявлялись в виде срыгиваний, кишечных колик, изменений характера стула. Ведущим фактором, влияющим на состояние здоровья детей юных матерей в раннем возрасте, является нерациональное вскармливание, сопряженное с высокой частотой алиментарно-зависимых заболеваний. Процент детей, отлученных от груди в возрасте до 1 месяца, в 5 раз выше в группе детей юных матерей, чем в контрольной группе ($p < 0,05$), до 3 месяцев - 2,5 раза, до 6 месяцев - в 2 раза. При раннем переводе (до 3-х мес.) на искусственное вскармливание у детей юных матерей статистически значимо чаще, чем у детей, находившихся на грудном вскармливании до 6 мес., отмечались проявления атопического дерматита (35 и 9,2% соответственно, $p < 0,05$). По данным исследования Григорьевой Н.А. (2012г), большинство детей юных матерей начинали рано (до 4-х мес.) получать фруктовые пюре, соки и прикормы, что приводило к аллергическим реакциям, диспептическим расстройствам и гастроэнтеро-

логическим нарушениям. Раннее искусственное вскармливание (до 3-х мес.) статистически значимо влияет на частоту респираторных заболеваний и на частоту анемий ($p < 0,05$).

Дети, рожденные вне брака, часто подвержены воздействию факторов риска, которые оказывают выраженное негативное влияние на их здоровье (Л.Л.Чичерин, 2003; В.Ю.Альбицкий, 2005). Среди внебрачных детей выше частота недоношенности, перинатальной и младенческой смертности, общей заболеваемости, а также психоневрологических расстройств и отставания в физическом развитии (М.М.Балыгин, 2002; В.Б.Мысяков, 2004; Н.М.Никифорова, 2004).

В каждом возрасте уровень общей заболеваемости детей из неполных семей превышал в 1,2-2 раза таковой среди детей, воспитывающихся в полных семьях. (В.В.Грачев, 2007г).

Среди внебрачных детей раннего и дошкольного возраста доли часто болеющих детей составили соответственно 28,4% и 33,5%, и превышали среди детей из полных семей в 1,3 и 1,2 раза. У детей раннего возраста, рожденные вне брака, в структуре общей заболеваемости отмечался больший удельный вес врожденных аномалий (в 1,5 раза), отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, а также инфекционных и паразитарных болезней (в 1,3 раза), болезней нервной системы и органов чувств (в 1,2 раза). Структура общей заболеваемости внебрачных детей дошкольного возраста, характеризовалась большей долей инфекционных и паразитарных болезней (в 1,3 раза), болезней органов дыхания, а также болезней нервной системы и органов чувств (в 1,2 раза). Установлено, что суммарная информативность блока факторов, характеризующих медицинскую активность родителей, составила 25,8% от общей информативности факторов риска частых заболеваний у детей дошкольного возраста, рожденных вне брака.

Исследования, проведенные в области охраны здоровья детей, убедительно показали определяющее влияние социального неблагополучия на увеличение риска возникновения острых и хронических заболеваний низкого уровня физического, соматического, нервно-психического развития и нравственного здоровья, как закономерный результат развития у ребенка состояния хронического стресса на фоне функциональной и соматической незрелости организма (Денисов А.П. 2017г).

М. Vanasse и соавторы (2013) обращают внимание, что у ребенка в раннем периоде даже негрубые отклонения в развитии оказывают не только существенное влияние на общее состояние здоровья, но и могут существенно затруднять социализацию ребенка.

Е.А. Пивень (2010) сообщает, что при выявлении влияния на заболеваемость детей раннего возраста различных факторов и определение их значимости в течение первых трех лет жизни был проведен дисперсионный анализ, который показал, что на первом году жизни наибольший вклад в общую дисперсию вносят такие основные факторы риска, как патология беременности, осложненные роды и вредные привычки матери, которые достигают 24,6%. Их удельный вес среди всех изучаемых факторов риска составляет 33%. Наиболее значимыми факторами риска на втором году жизни ребенка являются низкий уровень выполнения медицинской функции, хронические заболевания ма-

тери и тип семьи. Их сила влияния среди всех прочих факторов составила 23,7%, а удельный вес среди всех изучаемых факторов риска достигает 33%. На здоровье детей третьего года жизни наибольшее влияние оказывают такие факторы риска, как посещение детских дошкольных учреждений, низкий уровень выполнения медицинской функции семьи и наличие у матери хронического заболевания, которые вместе составляли 26,6%, а их удельный вес - 34%.

Комплексная оценка состояния здоровья детей первых трех лет жизни проводилась на основании критериев, учитывающих биологический анамнез ребенка, степень резистентности организма, физическое и нервно-психическое развитие, острую заболеваемость и наличие хронической патологии (Пивень Е.А. 2010г).

Результаты исследования (Разварина И.Н. 2019г) показали, что в Вологодской области за период исследования 2014-2017 гг.: К возрасту одного года резко снизилось количество с первой группой здоровья. К 3-х летнему возрасту наблюдается незначительный рост количества здоровых детей. В городах области больше детей с хроническими заболеваниями и в стадии декомпенсации, чем в сельской местности.

По результатам углубленных медицинских осмотров детей в г. Тирасполе за 2012-2013г. (Федорук К.Р.) выявлено, что уже на дошкольном этапе у значительной части обследованных детей (60%) обнаружены множественные функциональные нарушения. Общая заболеваемость среди воспитанников дошкольных учреждений в 2013 году по сравнению с 2012 годом увеличилась на 3,3%. Отмечены негативные тенденции роста следующих классов заболеваний: болезней органов дыхания, уха и сосцевидного отростка, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, а также психических расстройств и расстройств поведения. В общей структуре заболеваемости детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения г. Тирасполя, первое место занимают заболевания органов дыхания - 80,61%, на втором месте находятся инфекционные и паразитарные заболевания - 5,82%, на третьем месте - болезни органов пищеварения - 2,67%.

По направлениям исследований НБ и ЗБ установлены в 69 случаях из 1100 (6,27%, 2013 год) и в 35 из 899 (3,89%, 2014 год) (Дударенкова Е.П. и др. 2015г).

Как следует из полученных результатов исследования, проведенного А.В. Смирновой (2019г) собственно угроза прерывания беременности в сроки 22-27 нед повышает риск перинатальных гипоксических поражений ЦНС практически в 1,5 раза по сравнению с неосложненным течением беременности (ОР 1,43; 95% ДИ 1,14-1,78). Преждевременные роды после перенесенной угрозы прерывания беременности в 22-27 нед повышают риск перинатального поражения ЦНС более чем в 5 раз (ОР 5,13; 95% ДИ 2,47-10,69), а риск развития внутриутробной инфекции - в 4 раза (ОР 4,08; 95% ДИ 2,54-6,54). Таким образом, угроза прерывания беременности в сроки 22-27 нед - прогностически значимый фактор в развитии перинатальных гипоксических поражений ЦНС и внутриутробного инфицирования. Респираторный дистресс-синдром выявлен только у недоношенных детей - у 40%, инфекционно-воспалительные заболевания - у 35%. Неонатальная желтуха наблюдалась у детей из всех групп: у 7,5% - в контроле, у 8,33 и 35,0% - в 1-й и во 2-й подгруппах соответственно, однако только у недо-

ношенных детей этот показатель достоверно отличался от контрольной группы ($p < 0,01$). Сравнивая между собой новорожденных двух подгрупп основной группы, можно заключить, что у недоношенных детей перинатальное поражение ЦНС, респираторный дистресс-синдром, внутриутробная пневмония, неонатальная желтуха встречались достоверно чаще ($p < 0,01$); это в первую очередь обусловлено их малым гестационным возрастом и незрелостью физиологических систем.

Состояние здоровья детей 1 года жизни, родившихся недоношенными, имеет зависимость от весовой категории младенцев при рождении. Исходы перенесенного в неонатальном периоде лечения и ухода младенцев, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, в возрасте одного года жизни были различны - от практически здоровых до детей с ограниченными возможностями. Частота и тяжесть последствий перенесенной перинатальной патологии закономерно выше у детей с ЭНМТ и ОНМТ.

Практически здоровыми в возрасте одного года жизни были 9,0% детей, родившихся с ЭНМТ, 16,9% детей, родившихся с ОНМТ, и 46,8% младенцев, родившихся с низкой массой тела.

Особого внимания по тяжести исходов заболеваний недоношенных младенцев заслуживают дети с ЭНМТ, в структуре заболеваний которых преобладала патология ЦНС (68,2%), в том числе 6,7% - детский церебральный паралич.

У всех групп недоношенных детей превалирует поражение ЦНС средней степени тяжести (63,6% в группе с ЭНМТ, 67,6% - с ОНМТ и 50,5% в группе детей с НМТ).

Бронхолегочная дисплазия также значительно чаще встречалась в группе детей с ЭНМТ (18,1%), чем в группе детей с ОНМТ и НМТ - 10,5 и 2,7% соответственно.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери в 100% случаев является факторами риска, влияющим на тяжесть поражения ЦНС и формирование бронхолегочной дисплазии, недоношенности и весовой категории преждевременно родившихся младенцев.

Дети, родившиеся недоношенными, особенно с ОНМТ и ЭНМТ после выписки со 2-го этапа выхаживания нуждаются в организации и проведении ранней комплексной реабилитации и дальнейшем дифференцированном и квалифицированном медицинском наблюдении различными специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксельрод С.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья недоношенных детей : диссертация... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Аксельрод Светлана Валерьевна. - Москва, 2003. - 199 с.
2. Балыгин М.М. и др. Основные медико-демографические параметры развития детей и подростков Москвы / М.М. Балыгин, Б.П. Бруй, Т.Ф. Горбунова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - № 6. - С. 14-22.
3. Вельтишев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России / Ю.Е. Вельтишев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 1. - С. 5-9.
4. Грачев В.И. Особенности заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста, рожденных вне брака // Последипломное образование работников здравоохранения и современные проблемы медицины: сб. науч. тр., - Рязань, 2007. - С. 108-112

5. Григорьева Н.А. Состояние здоровья детей раннего возраста, родившихся у юных матерей. 14.01.08. - педиатрия. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва 2012.
6. Денисов А.П., Кун О.А., Денисова О.А., Филиппова Е.Д., Равдугина Т.Г., Банюшевич И.А. Состояние здоровья детей в зависимости от условий и образа жизни семьи (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2017. - № 10-2. - С. 236-240;
7. Дударенкова М.Р., Гладунова Е.П., Кшняева С.К., Горбунова Е.С. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности, Известия Самарского научного центра Российской академии наук, том 17, №2(3), 2015. с 512-517.
8. Зубова Е.П., Насыбуллина Н.Н., Хузиева Г.М., Садыков М.М. Оценка состояния здоровья детей раннего возраста в рамках реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе. Практическая медицина. ноябрь 2013 г. 6 (75) с. 19-24.
9. Кривкина Н.Н., Ахмадеева Э.Н., Валиулина А.Я. Сравнительная характеристика здоровья детей младенческого возраста, родившихся недоношенными, в зависимости от массы тела при рождении. Вестник современной клинической медицины. 2013. Том 6, вып. 1. с. 26-30.
10. Мысяков В.Б. Внебрачная рождаемость как медико-социальная проблема / В.Б. Мысяков: Автореф. дис.. канд. мед. наук. -Рязань, 2004. -24 с.
11. Никонорова Н.М. Медико-социальные особенности формирования здоровья детей, рожденных от матерей подросткового возраста / Н.М. Никонорова: Автореф. дис.. канд. мед. наук. Смоленск, 2004. - 25 с.
12. Пивень Е.А. Влияние комплекса социально-гигиенических факторов на состояние здоровья детей первых трех лет жизни (по материалам г. Москвы) // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2010. - № 2. - С. 62-68.
13. Пучнина О.Н. Медико-социальное исследование заболеваемости детей раннего возраста и пути ее профилактики в современных условиях // Автореф. дисс... канд. мед. наук. Рязань, 2003. -24 с.
14. Разварина И.Н., Нацун Л.Н. Здоровье детей Вологодской области от 0 до 3 лет. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1047/30/lang,ru/>. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-7>
15. "Рожденные слишком рано". Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html/.
16. Смирнова А.В., Борзова Н.Ю., Сотникова Н.Ю., Малышкина А.И., Харламова Н.В. Здоровье детей, рожденных от матерей, перенесших угрозу прерывания беременности. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2019; 64:(5).
17. Федорук К.Р. Влияние некоторых факторов риска на состояние здоровья детей дошкольного возраста
18. Alhaj, A.M., Radi, E.A., & Adam, I. (2010). Epidemiology of preterm birth in Omdurman Maternity hospital, Sudan. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 23(2), 131-134.
19. Ananth, C.V., and Vintzileos, A.M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 19(12), 773-782.
20. Barros, F.C., & Velez Mdel, P. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. Obstetrics & Gynecology, 2006; 107(5), 1035-1041.
21. Blondel, B., Macfarlane, A., Gissler, M., Breart, G., & Zeitlin, J. (2006). Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113(5), 528-535.
22. Kramer, M.S., Papageorgiou, A., Culhane, J., Bhutta, Z., Goldenberg, R.L., et al. (2012). Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206(2), 108-112.
23. Flenady, V., Middleton, P., Smith, G.C., Duke, W., Erwich, J.J., et al. (2011). Stillbirths: the way forward in high-income countries. The Lancet, 377(9778), 1703-1717.
24. WHO. (1977). WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 56(3), 247-253.
25. Zeitlin, J., Saurel-Cubizolles, M.J., De Mouzon, J., Rivera, L., Ancel, P.Y., et al. (2002). Fetal sex and preterm birth: are males at greater risk? Human Reproduction, 17(10), 2762-8.
26. Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet, 371(9606), 75-84.
27. Gravett, M.G., Rubens, C.E., & Nunes, T.M. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. BMC Pregnancy Childbirth, 10 Suppl 1, S2.
28. Kent, A.L., Wright, I.M., Abdel-Latif, M.E. (2012). Mortality and adverse neurologic outcomes are greater in preterm male infants. Pediatrics, 129(1), 124-131.
29. Plunkett, J., & Muglia, L. J. (2008). Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. Annals of Medicine, 40(3), 167-195.
30. Muglia, L.J., & Katz, M. (2010). The enigma of spontaneous preterm birth. The New England Journal of Medicine, 362(6), 529-535.
31. Kalra, S. K., & Molinaro, T. A. (2008). The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity. Seminars in Reproductive Medicine, 26(5), 423-435.
32. Mukhopadhyaya, N., & Arulkumaran, S. (2007). Reproductive outcomes after in-vitro fertilization. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 19(2), 113-119.
33. Ip, M., Peyman, E., Lohsoonthorn, V., & Williams, M.A. (2010). A casecontrol study of preterm delivery risk factors according to clinical subtypes and severity. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 36(1), 34-44.
34. Joseph, K.S., Demissie, K., & Kramer, M.S. (2002). Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. Seminars in Perinatology, 26(4), 250-259.
35. Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S.W., et al. (1998). Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. The New England Journal of Medicine, 339(20), 1434-1439.
36. Nkyekyer, K., Enweronu-Laryea, C., & Bofofor, T. (2006). Singleton preterm births in korlebu teaching hospital, accra, ghana - origins and outcomes. Ghana Medical Journal, 40(3), 93-98.
37. Iams, J.D., Romero, R., Culhane, J.F. & Goldenberg, R.L. (2008). Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. The Lancet, 371, 164-175.
38. Vanasse M., Par?H., Zeller R. Medical and psychosocial considerations in rehabilitation care of childhood neuromuscular diseases // Handb. Clin. Neurol. - 2013. - Vol. 113. - P. 1491-1495.

Поступила 09.02. 2020