

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н. В. Малюжинская, О. В. Полякова, И. В. Петрова,
К. В. Кожевникова, П. А. Корягина, Г. В. Клиточенко*

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ,
клинической аллергологии ФУВ, кафедра детских болезней педиатрического факультета*

Высокая заболеваемость недоношенных детей связана с увеличением частоты встречаемости патологии центральной нервной системы и внутриутробной инфекции, обуславливающих высокую перинатальную смертность. Эти показатели связаны с недостаточным уровнем оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи.

Ключевые слова: новорожденные, недоношенные, заболеваемость, неонатальная смертность.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF MORBIDITY IN PRETERM INFANTS IN THE VOLGOGRAD REGION

*N. V. Malyuzhinskaya, O. V. Polyakova, I. V. Petrova,
K. V. Kozhevnikova, P. A. Koryagina, G. V. Klischenko*

High morbidity in premature infants is associated with increased incidence of diseases of the central nervous system and intrauterine infections causing high perinatal mortality. These indicators are related to inadequate obstetric and neonatal care.

Key words: newborn, premature, morbidity, neonatal mortality.

С 01 января 2012 г. в нашей стране медицинскими критериями рождения, утвержденными приказом №1687-н от 27.12.2011 г. Минздравсоцразвития, является срок беременности 22 недели и более, масса тела ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах). Регистрация детей с экстремально низкой массой тела, их дальнейшее выхаживание сопровождается большим количеством медико-социальных и биоэтических проблем, а также обуславливает высокую неонатальную заболеваемость и смертность [1]. Важность анализа перинатальных потерь состоит в том, что факторы, способствовавшие наступлению летального исхода у плода и ребенка, отражают дефекты оказания медицинской помощи у выживших детей [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ структуры заболеваемости недоношенных новорожденных детей, рожденных в Волгоградской области за 2012—2013 гг.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ сведений о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам Волгограда (форма № 32). Статистический анализ проводился с использованием пакета программ MS Office Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным статистики, в Волгоградской области в 2012 г. недоношенными родилось 30803 ребенка, из них

110 (0,36 %) новорожденных, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) от 500 до 999 г, 1767 (5,74 %) детей с массой 1000—2499 г. В 2013 г. недоношенными родилось 30075 детей, из них 105 (0,35 %) новорожденных, рожденных с массой от 500 до 999 г (ЭНМТ), а 1807 (6,01 %) детей с массой 1000—2499 г.

Все недоношенные новорожденные в зависимости от массы тела при рождении сформировали 4 группы: дети, рожденные с массой тела 500—999 г за 2012 и 2013 гг., а также недоношенные новорожденные, рожденные с массой тела 1000—2499 г за 2012 и 2013 гг.

Наиболее важным показателем перинатального здоровья является уровень и структура перинатальной смертности, которая в то же время характеризует качество акушерской и неонатальной помощи [1].

Анализируя структуру заболеваемости детей, родившихся с ЭНМТ, в 2013 г. отмечено повышение числа случаев патологии центральной нервной системы (внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах на 38,53 %) при снижении частоты встречаемости внутрижелудочковых кровоизлияний на 9,87 %, а также врожденной пневмонии на 5,84 %. Сравнивая причины смерти детей с ЭНМТ в 2013 г. отмечено снижение частоты встречаемости внутрижелудочковых кровоизлияний на 18,05 %, врожденной пневмонии — на 2,67 %, нарушений церебрального статуса — на 5,77 %, врожденных аномалий/пороков развития, хромосомных нарушений — на 1,57 %. Следует отметить увеличение частоты встречаемости сепсиса на 20,64 %.

Сравнивая заболеваемость детей, родившихся с массой тела более 1000 г, можно отметить увеличение

числа детей с замедлением роста и недостаточностью питания на 5,93 %, с родовой травмой — на 3,99 %, респираторным дисстресс-синдромом — на 8,77 %, сепсисом новорожденных — на 1,75 %, перинатальных гематологических нарушений — на 1,64 %, гемолитической болезни, ядерной желтухи — на 9,17 %, нарушений церебрального статуса — на 4,36 %.

Оценивая уровень ранней неонатальной смертности недоношенных (в первые 168 ч) в 2012 и 2013 гг., можно констатировать тенденцию к снижению этого показателя с 3,83 ‰ до 3,52 ‰. Сравнивая полученные данные среди анализируемых групп недоношенных детей, выявлено увеличение ранней неонатальной смертности в 2013 г. среди детей с ЭНМТ с 1,07 ‰ до 1,20 ‰ и в то же время снижение этого показателя среди детей, имевших массу тела при рождении 1000—2499 г, с 1,30 ‰ до 1,06 ‰. Мертворождение зарегистрировано в 2012 г. в 191 случае, а в 2013 г. — в 199. Таким образом, наиболее важной проблемой перинатальных потерь является разнонаправленность динамики перинатальной заболеваемости и смертности и ее компонентов среди недоношенных детей.

Факторами высокого риска ранней неонатальной смертности и мертворождения можно считать отягощенный акушерско-гинекологический анамнез беременных женщин (табл. 1).

Таблица 1

Заболевания и патологические состояния, возникшие во время беременности или предшествовавшие родам

Заболевание	2012 год (n = 25273)		2013 год (n = 23877)	
	n	%	n	%
Отеки, протеинурия, гипертензия	4191	16,59	3816	15,98
Преэклампсия, эклампсия	223	0,88	149	0,62
Венозные осложнения	1940	7,68	1818	7,61
Болезни мочеполовой системы	5776	22,85	5291	22,16
Угроза прерывания беременности в сроки до 22 недель	7067	27,96	7066	29,59
Угроза прерывания беременности в сроки 22—27 недели	3054	12,08	3075	12,88
Угроза прерывания беременности в сроки 28—37 недели	2957	11,70	3024	12,66

При сравнении полученных показателей можно отметить снижение частоты случаев возникновения гестоза, болезней мочеполовой системы, венозных осложнений, вместе с возрастающей частотой возникно-

вения случаев угрозы прерывания беременности на различных сроках.

Данные, полученные при анализе течения интранатального и послеродового периода, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Заболевания, осложнившие роды (осложнения родов и послеродового периода)

Заболевание	2012 г. (n = 25747)		2013 г. (n = 24372)	
	n	%	n	%
Отеки, протеинурия, гипертензия	5896	22,90	5951	24,42
Преэклампсия, эклампсия	663	2,58	757	3,11
Венозные осложнения	1259	4,89	1428	5,86
Болезни мочеполовой системы, осложнившие роды	3526	13,70	3341	13,71
Сахарный диабет	97	0,38	87	0,36
Преждевременный разрыв плодных оболочек	6643	25,80	6555	26,89
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	44	0,17	42	0,17
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	4	0,02	4	0,02
Дородовое кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	1	0,004	0	0
Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты	174	0,68	161	0,66
Нарушение родовой деятельности	2312	8,98	1856	7,62
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	237	0,92	239	0,98
Разрыв матки	1	0,004	1	0,004
Разрыв промежности 3—4 степени	3	0,01	0	0
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	2	0,008	1	0,004
Перитонит	1	0,004	0	0
Анемия	5979	23,22	6050	24,82
Болезни системы кровообращения	4447	17,27	3946	16,19
Акушерская эмболия	2	0,008	3	0,012

Анализируя патологию, осложнившую роды и послеродовый период, отмечено увеличение частоты возникновения гестозов, в том числе протекающих с преэ-

лампсией и эклампсией; венозных осложнений, случаев преждевременного разрыва плодных оболочек, анемии. Вместе с тем отмечается снижение частоты случаев нарушений родовой деятельности за счет уменьшения числа осложнений в виде слабости и дискоординации родовой деятельности. В то же время среди нарушений родовой деятельности выявлено увеличение частоты затрудненных родов, осложненных патологией пуповины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение заболеваемости недоношенных детей связано с условно управляемой патологией, что вероятно определяется недостаточным уровнем антенатальной диагностики. Рождение детей с ЭНМТ происходит в условиях действия резких стрессорных факторов, при острых осложнениях беременности, что сопоставимо с исследованиями в центральной части России. Факторами высокого риска рождения ребенка с массой тела 1000—2499 г являются хронические заболевания и патология матери, приводящие к длительным нарушениям питания, роста и развития плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: национальное руководство / Под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.
2. Клиточенко Г. В., Петрова И. В., Тонконоженко Н. Л. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2013. — № 3. — С. 277—279.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Волгоградской области в рамках проекта проведения научных исследований («Исследование состояния здоровья недоношенных детей и механизмов их реабилитации в Нижневолжском регионе»), проект № 14-16-34007

Контактная информация

Полякова Ольга Владимировна — к. м. н., доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: olivpolyakova@gmail.com

УДК 617.7-007.681

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНАЖНОГО ИМПЛАНТА HEALAFLOW В ХИРУРГИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

В. П. Фокин, Е. В. Абросимова, А. И. Щава

Волгоградский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова»

Применение дренажного импланта HealaFlow в хирургии глаукомы дает возможность получить хороший гипотензивный эффект. Данный имплант прост в использовании, позволяет сохранять субконъюнктивальное и интрасклеральное пространства.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, хирургия, HealaFlow.

APPLICATION OF A DRAINAGE IMPLANT (HEALAFLOW) IN SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

V. P. Fokin, H. V. Abrosimova, A. I. Schava

Application of a drainage implant (HealaFlow) in surgical treatment of glaucoma was shown to have a good hypotensive effect. This implant is easy to use and makes it possible to preserve subconjunctival and intrascleral spaces.

Key words: primary open-angle glaucoma, surgery, HealaFlow.

Глаукома является одной из основных причин снижения зрения и слепоты в мире [1].

Главной проблемой антиглаукомных операций (АГО) по-прежнему является избыточное рубцевание в области хирургически сформированных путей оттока водянистой влаги [5].

По данным различных авторов, снижение гипотензивного эффекта после АГО наблюдается от 15—45 % до 37—70 % случаев [1, 2]. В хирургическом лечении глаукомы остается актуальным использование дренажей для уменьшения процессов рубцевания в области фильтрационной подушки и улучшения оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ),

идет поиск наиболее эффективных и безопасных форм дренажей [2, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать первые результаты применения медленно рассасывающегося дренажного импланта HealaFlow в хирургическом лечении открытоугольной глаукомы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 28 пациентов (28 глаз) с различными стадиями первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), которым была проведена не-