

Н.В. Горелова¹, Л.А. Огуль^{1,2}

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²МУЗ «Клинический родильный дом», г. Астрахань, Россия

В статье изложены результаты проведенного анализа по заболеваемости и ее структуре у новорожденных детей за период 2005-2009 годов по данным МУЗ «Клинический родильный дом» (МУЗ КРД) г. Астрахани.

Ключевые слова: новорожденный, заболеваемость новорожденных, структура заболеваемости новорожденных, качество медицинской помощи.

N.V. Gorelova, L.A. Ogul

THE ANALYSIS OF NEW-BORNS MORBIDITY IN THE MATERNITY HOME

The article deals with the results of made analysis according to morbidity and its structure among new-borns during the period from 2005 to 2009 using the data of clinical maternity home in Astrakhan.

Key words: new-born, new-born morbidity, new-born morbidity structure, medical aid quality.

Статистические данные состояния здоровья населения Российской Федерации свидетельствуют о росте заболеваемости новорожденных, связанном с различными видами акушерской и соматической патологии матери, социально-биологическими, наследственными и другими факторами. В настоящее время имеет место достаточно высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3, 5, 6].

Цель и задачи исследования: оценить заболеваемость и ее структуру у новорожденных в динамике за период 2005-2009 годов по данным, полученным в Клиническом родильном доме г. Астрахани.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе наблюдательного отделения новорожденных Клинического родильного дома г. Астрахани по результатам анализа медицинской документации роддома, данных историй развития новорожденных с использованием расчета интенсивных и экстенсивных показателей заболеваемости и ее структуры среди новорожденных клинического родильного дома [1].

Результаты и их обсуждение. Среди всех родившихся в 2005-2007 годах 73,0% новорожденных имели то или иное заболевание и сопутствующую патологию, которые снизились в 2008 году до 58,9%, 2009 году до 48,0%. Уровень заболеваемости новорожденных в родильном доме несколько увеличился (от 977‰ в 2005 году до 1081‰ в 2006 году) и уменьшился до 720‰ к 2009 году (рис. 1).

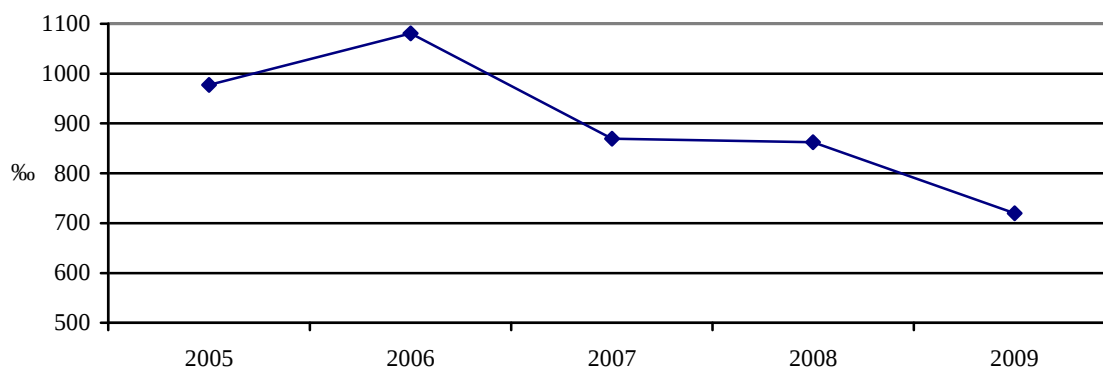


Рис. 1. Динамика заболеваемости новорожденных детей в клиническом родильном доме с 2005 по 2009 гг.

Доля недоношенных детей была стабильной, составив 7,6% в 2006 году, 7,3% в 2007 году, 7,6% в 2008 году, 7,7% в 2009 году.

Ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных за период 2005-2009 годов занимали неврологические расстройства. Частота поражений центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных имела неодинаковую динамику в родильном доме: отмечалось ее увеличение от 46,6% в 2005 году до 52,7% к 2006

году, и снижение до 31,8% к 2009 году ($p<0,05$). Основными клиническими проявлениями были синдромы гипервозбудимости ЦНС и церебральной депрессии (табл. 1).

Таблица 1

Динамика структуры заболеваемости новорожденных в клиническом родильном доме %

Структура патологии	Годы	2005	2006	2007	2008	2009
Нарушения церебрального статуса		46,6	52,7	42,0	36,6	31,8
Неонатальная желтуха		9,8	9,4	18,0	20,6	19,5
Замедленный рост и недостаточность питания плода		11,0	11,4	11,6	11,8	15,2
Гемолитическая болезнь новорожденных		2,6	2,6	5,0	5,2	8,9
Респираторный дистресс-синдром		2,1	2,3	3,4	6,8	5,1
Врожденные аномалии развития		6,6	4,8	4,5	3,3	4,9
Родовые травмы		1,4	1,6	2,0	3,7	4,8
Анемии (и др. гематологические нарушения)		2,3	1,8	4,2	5,9	3,7
Внутриутробная гипоксия (и асфиксия новорожденного)		5,8	6,1	4,5	3,6	3,7
Внутриутробные инфекции (включая врожденные пневмонии)		11,8	7,3	4,8	2,5	2,4
Итого		100	100	100	100	100

В интервале с 2005 по 2006 год зарегистрирована стабильная частота неонатальных желтух (9,8% в 2005 г. и 9,4% в 2006 г.), однако наблюдался значительный рост данной патологии в 2007-2008 годах с 18,0% до 20,6% ($p<0,05$). За 2009 год в МУЗ КРД отмечалось снижение абсолютного количества гипербилирубинемий до 19,5% ($p<0,05$), большинство которых носило характер функциональных расстройств, связанных с транзиторным нарушением конъюгации билирубина. Эта патология наиболее часто возникала у доношенных детей с выраженными признаками морфофункциональной незрелости и у недоношенных новорожденных. Снижение числа данной патологии, несмотря на рост преждевременных родов, говорит о том, что доношенных детей с проявлениями морфофункциональной незрелости стало меньше. У подавляющего числа детей неонатальная желтуха имела легкое и среднетяжелое течение. В случаях затяжного течения дети переводились на второй этап выхаживания.

Процент новорожденных с замедленным ростом и недостаточностью питания, имевшие задержку внутриутробного развития (ЗВУР), составил 11,0% в 2005 году, 11,4% в 2006 году, 11,6% в 2007 году, увеличившись к 2009 году до 15,2% ($p<0,05$).

В последние годы наблюдался рост частоты встречаемости гемолитической болезни новорожденных (ГБН): с 2,6% в 2005-2006 годах до 5,0% в 2007 году с последующим ее увеличением к 2009 году до 8,9% ($p<0,05$). Возможно, это было обусловлено ростом рождаемости в последние годы, а также профильным направлением всех рожениц с изоиммунным конфликтом в данный клинический родильный дом.

Частота встречаемости респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорожденных увеличилась с 2,1% в 2005 году до 6,8% в 2008 году ($p<0,05$). Снижение показателя заболеваемости новорожденных с РДС в 2009 году до 5,1%, несмотря на возросшее число преждевременных родов, произошло за счет снижения количества доношенных детей с морфофункциональной незрелостью. Респираторные расстройства регистрировались:

- у недоношенных детей и были обусловлены ателектазами легких и респираторным дистресс-синдромом;
- у детей с признаками морфофункциональной незрелости (ателектазы легких);
- у новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения (ОКС), у которых РДС развился на фоне задержки фетальной жидкости.

Все дети с дыхательной недостаточностью (ДН) наблюдались и получали соответствующее лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Снижение заболеваемости и смертности от РДС в раннем неонатальном периоде в условиях Клинического родильного дома в 2009 году несомненно было связано с внедрением высокотехнологичных методов выхаживания с использованием современной дыхательной аппаратуры (вентиляции легких методом постоянного положительного давления через носовые канюли – НСПАР, высокочастотной ИВЛ) и искусственного сурфактанта (куросурфа). После стабилизации состояния дети были переведены в детские отделения и на второй этап выхаживания, в зависимости от выраженности и длительности ДН.

За период 2006-2008 годов отмечалось снижение встречаемости врожденных аномалий развития с 4,8% до 3,3% с последующим ростом их количества до 4,9% в 2009 году ($p<0,05$), связанным с улучшением диагно-

стики врожденных пороков развития в антенатальный период Центром планирования семьи (ЦПС). В имеющиеся показатели входили и случаи врожденных аномалий развития у детей, матери которых категорически отказались прервать беременность, хотя знали об имеющейся у их будущего ребенка врожденной патологии. Большую группу составляли дети, у которых внутриутробная диагностика врожденной патологии не представлялась возможной по техническим причинам («шелевидные» гемодинамически незначимые дефекты межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной перегородки, небольшие очаговые изменения в ЦНС и др.). Дети с подозрением на генетическую или хромосомную патологию были консультированы генетиком из ЦПС. В условиях Клинического родильного дома ультразвуковая диагностика носила скрининговый характер.

В период с 2005 до 2009 годы отмечался рост количества родовых травм с 1,4% до 4,8% ($p < 0,05$), однако в 2009 году 64,7% всех родовых травм не были связаны с внутричерепной родовой травмой, а были представлены в виде кефалогематом. Практически во всех случаях диагноз «кефалогематома» носил сопутствующий характер.

За период с 2006 по 2008 годы отмечалось увеличение частоты встречаемости анемии неуточненной этиологии: с 1,8% в 2006 году до 5,9% в 2008 году ($p < 0,05$). Она не была связана с кровотечением или гемолизом, вызванным изоиммунизацией. Как правило, это состояние развивалось на фоне длительных гестозов, анемии у матери во время беременности, фетоплацентарной трансфузии и др.

Выявлена положительная динамика в отношении количества внутриутробной гипоксии и асфиксии. Так, в 2006 году отмечался рост их числа до 6,1%, а с 2007 по 2009 годы количество их уменьшилось с 4,5% до 3,7% ($p < 0,05$). С нашей точки зрения, снижение частоты внутриутробной гипоксии и асфиксии связано с повышением качества коррекции этих состояний в антенатальном периоде. Все реанимационные мероприятия проводились с участием врача реаниматолога-анестезиолога согласно действующему приказу МЗ РФ от 28.12.1995 № 372 «О совершенствовании первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном доме» [4].

За период с 2006 по 2009 годы отмечалось снижение инфекционной заболеваемости с 11,8% в 2005 году до 7,3% в 2006 году, 4,8% в 2007 году, 2,5% в 2008 году, которая оставалась стабильной в 2009 году, составив 2,4% ($p < 0,05$). Такая динамика связана с эффективным профилактическим лечением беременных с внутриутробной инфекцией в течение беременности, внедрением высоких технологий в практику работы отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. При проявлении признаков внутриутробной инфекции (ВУИ) (гнойный конъюнктивит, омфалит, фарингит) дети переводились в инфекционное отделение городской детской клинической больницы для новорожденных № 1 в день постановки диагноза (1-3 сутки). Если перевод был невозможен из-за тяжести состояния, то он осуществлялся сразу после стабилизации состояния.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного анализа выявлено увеличение частоты встречаемости ГБН, ЗВУР, родовых травм, врожденных аномалий развития и снижение числа нарушений церебрального статуса, внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденных, внутриутробных инфекций. Реализация Национального Проекта «Здоровье» позволила улучшить диагностику за счет приобретения и внедрения современного оборудования, оказывать высококачественную медицинскую помощь, повысить квалификацию персонала, что отразилось на изменении показателей заболеваемости новорожденных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков С.Р. Статистика здравоохранения: основные показатели деятельности службы охраны материнства и детства и методика их расчета (Основные показатели деятельности родильного дома) // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 8. – С. 25-28.
2. Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2008. – 48 с.
3. Мартынюк Н.Ю. Особенности перинатального периода человека при острой и хронической гипоксии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 126 с.
4. О совершенствовании первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном доме: приказ МЗ РФ от 28.12.1995 № 372. – URL: <http://www.rusmg.ru/php/contents.php?id=6432> (дата обращения 25.08.2011.)
5. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. – СПб.: «Питер», 2000. – 219 с.
6. Савельева Г.М. Акушерство. – М.: Медицина, 2000. – 816 с.

Горелова Наталья Владимировна, ассистент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. 89093766171, e-mail: muza2608@mail.ru

Огуль Леонид Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, главный врач МУЗ «Клинический родильный дом», г. Астрахань, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 33-05-50, e-mail: roddomkrd@yandex.ru