

УДК 612.648:618.17

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛНОТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

В.А. Мельников, Н.В. Лазарева, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Лазарева Наталья Владимировна – e-mail: natalya-lazareva@mail.ru

В статье представлен сравнительный анализ состояния новорожденных у 850 женщин в зависимости от полученного объема и качества медицинской помощи во время динамического наблюдения по беременности в женской консультации. Выявлена прямая корреляционная зависимость между качеством медицинской помощи, особенностями течения беременности, исходом родов и состоянием новорожденного.

Ключевые слова: беременность, новорожденный, качество медицинской помощи.

In article the comparative analysis of a condition of newborns at 850 women depending on the received volume and quality of medical aid is presented, during dynamic supervision on pregnancy in female consultation. Direct correlation dependence between quality of medical aid, features of a current of pregnancy, an outcome of sorts, and a condition of the newborn is revealed.

Key words: pregnancy, the newborn, quality of medical aid.

Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье человека, является благоприятное течение антенатального периода его развития, а особенно первый триместр беременности со сниженным уровнем акушерской агрессии [1–5].

Проблема дальнейшего совершенствования охраны здоровья матери и ребенка требует интенсификации научных исследований, направленных на совершенствование ранней диагностики неблагоприятных изменений в состоянии плода и разработку новых методов профилактики нарушений его развития, а также повышение качества медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям [6, 7].

Цель исследования: изучить состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде в зависимости от качества динамического наблюдения женщин по беременности в женской консультации.

Материал и методы

Все 850 женщин были отобраны сплошным методом при взятии их на учет по беременности. Наблюдение во время беременности осуществлялось на основании стандартов и протоколов оказания медицинской помощи. Ретроспективно, после родов, все женщины были разделены на 4 группы сравнения в зависимости от полученного объема и качества

медицинской помощи во время динамического наблюдения по беременности в женской консультации.

I группа – 266 (31,3%) беременных с максимальным объемом исследования, согласно нормативным документам; все существующие стандарты, протоколы, рекомендуемые сроки и уровни проведения исследований соблюдены;

II группа – 272 (32,0%) беременные с частичным объемом исследования, т. е. обследование у женщин имелось, но по определенным обстоятельствам не всегда были соблюдены сроки и целесообразность обследования;

III группа – 232 (27,3%) беременные с минимальным объемом исследования, по различным причинам отмечена поздняя явка на учет по беременности, несоблюдение стандартов обследования во время беременности;

IV группа – 80 (9,4%) беременных женщин, не состоящих на учете в женских консультациях, не прошедших никакого обследования и поступивших в родильный дом непосредственно на роды.

В нашем исследовании группы сравнения были сопоставимы по основным медицинским показателям.

Результаты исследования

Представляет интерес состояние новорожденных и перинатальные исходы в группах беременных в зависимости от

объема и качества полученной медицинской помощи во время беременности и от степени подготовленности женщин к беременности и родам. Все дети, во всех группах исследования рождались живыми. За время исследования родилось семь двоен, все новорожденные живые.

Анализ родов у женщин в целом по нашему исследованию показал, что большинство беременностей во всех группах были доношенными, соответственно преобладали доношенные новорожденные. Недоношенность новорожденных отмечена в соответствии с преждевременными родами у родильниц. Признаки переносности у новорожденных в исследовании не отмечались.

Состояние новорожденных детей при рождении по группам нашего исследования представлено в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.
Состояние новорожденных при рождении в группах исследования

	I группа (n=266), M±m(%)	II группа (n=272), M±m (%)	III группа (n=232), M±m(%)	IV группа (n=80), M±m(%)
Недоношенность	2,4±0,93	2,8±0,99	5,4±1,48	5,0±2,43
Доношенность	97,6±0,93	97,2±0,99	94,6±1,48	95,0±2,44
Гипотрофия	5,45±1,39	7,35±1,58	9,34±1,91	15,0±3,99
Крупный	6,36±1,49	10,29±1,84	10,07±1,97	5,0±2,43
Без патологии	88,19±1,97	82,36±2,31	80,59±2,59	80,0±4,47

Некоторое количественное превышение числа случаев в таблице объясняется тем, что у одного и того же новорожденного было зарегистрировано несколько состояний. Особенно это касается новорожденных, которые родились недоношенными или с признаками гипотрофии.

Не выявлено статистически достоверного различия в частоте рождения как крупных плодов, так и новорожденных с пренатальной гипотрофией.

Состояние всех новорожденных детей как на первой минуте, так и на пятой минуте оценивали по шкале Апгар. Распределение новорожденных в зависимости от оценки по шкале Апгар представлено в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2.
Распределение новорожденных, в зависимости от оценки по шкале Апгар

	Баллы					
	4-5 баллов		6-7 баллов		8-9 баллов	
	1 мин.	5 мин	1 мин.	5 мин	1 мин.	5 мин
I группа (n = 266) M±m (%)	1,2±0,66	-	21,9±2,53	13,9±2,12	76,9±2,58	86,1±2,12
II группа (n = 272) M±m (%)	1,5±0,73	-	35,6±2,90	20,5±2,45	62,9±2,92	79,5±2,44
III группа (n = 232) M±m (%)	1,7±0,84	-	37,8±3,18	25,0±2,84	50,5±3,28	75,0±2,04
IV группа (n = 80) M±m (%)	2,7±1,81	-	52,5±5,58	25,0±4,84	45,0±5,56	75,0±4,84
ИТОГО	1,6±0,43	-	42,6±1,69	20,1±1,37	55,8±1,70	79,9±1,37

Средняя оценка сразу после рождения была отмечена у 55,8% новорожденных и составила 8,05±0,03 балла, на пятой минуте – у 79,9% новорожденных и составила 8,45±0,03 балла.

Разница в оценках на первой и пятой минуте свидетельствует о скорости восстановительных процессов новорожденного и косвенно способствует определению состояния новорожденного сразу после родов.

Как известно, дети, оценка которых по шкале Апгар была невысокой (4–7 баллов), относятся к группе повышенного риска и требуют особой заботы медицинского персонала и матери. Для таких детей характерны замедленное восстановление первоначальной массы тела, иногда и вторичное ее снижение, позднее отторжение остатка пуповины и заживление пупочной раны. Доля новорожденных с высокой оценкой по шкале Апгар значительно больше, чем новорожденных с низкой оценкой.

Масса новорожденных в среднем по группам исследования колебалась от 1230 до 4540 грамм, что в среднем составило 3135±75,6 г. Их анализ показывает: вес детей в I и во II группе был 3635±75,6 г, в III группе – 3345±65,9 г и, наконец, в IV группе – 3035±57,8 г (p<0,05).

Обращает на себя внимание относительно высокая частота ошибки определения массы плода по данным УЗИ и при расчете по формуле Жордания, которые применяются для расчета примерной массы плода в сроки 38 нед. и более. Лишь только у 22 (8,3%) пациенток I группы, 28 (10,4%) женщин II группы, 22 (9,3%) III группы и 9 (11,2%) IV группы была отмечена более точная масса плода с ошибкой 100,0–200,0 г. Во всех остальных случаях погрешность в определении массы плода составляла 400,0 и более грамм.

Длина новорожденных в среднем по группам исследования колебалась от 42 до 58 см, что в среднем составило 54,7±4,6 см.

Нами выявлены достоверные различия в определении длины плода и новорожденных детей по длине тела при рождении: в I группе 54,81±0,25 см, во II – 53,66±0,31 см, в III – 51,26±0,22 см, в IV – 50,07±0,39 см (p<0,01). Этому способствуют определенные условия развития плода и высокая частота гестационных осложнений.

Средняя ошибка определения длины тела новорожденных детей по сравнению с расчетом по данным УЗИ исследования и табличным данным составила до 5,02±0,76 см.

При оценке массы и длины плода перед родами и измерении массы и длины тела новорожденных нами было установлено достоверное увеличение частоты рождения детей с большей или меньшей долей вероятной ошибки при подсчете, что возможно приводит к нерациональному методу родоразрешения, с последующими послеродовыми осложнениями как для матери, так и для новорожденного.

С целью снижения в родах травматизма родовых путей у женщины и предупреждения развития родовых травм у новорожденного нами разработаны расчет массы и длины плода перед родами, с учетом конституциональных особенностей.

Важным показателем состояния здоровья рожениц и новорожденных детей является момент прикладывания ребенка к груди матери. В настоящее время при обследовании женщин во время беременности, отсутствии медицинских противопоказаний и удовлетворительном состоянии женщины и новорожденного после родов всех новорожденных прикладывают к груди сразу в родильном зале. Непосредственный контакт «кожа к коже» матери и ребенка так же является психологической защитой для новорожденного.

Сроки прикладывания новорожденного к груди матери представлены в таблице 3.

ТАБЛИЦА 3.

Сроки прикладывания новорожденного ребенка к груди

	I группа (n=266), (M±m) (%)	II группа (n=272), (M±m) (%)	III группа (n=232), (M±m) (%)	IV группа (n=80), (M±m) (%)
Сразу	88,45±1,96	84,86±2,17	81,73±2,53	76,09±4,76
1-е сутки	5,18±1,35	7,88±1,63	9,66±1,94	13,78±3,85
2-е сутки	3,94±1,19	4,23±1,22	5,17±1,45	6,36±2,72
3-е сутки	1,52±0,75	1,65±0,77	1,72±0,85	1,88±1,52
Не приложен	0,91±0,58	1,38±0,70	1,72±0,85	1,89±1,52
ИТОГО	100%	100%	100%	100%

ТАБЛИЦА 4.

Выписка новорожденных детей из родильного дома

	I группа (n=266), (M±m) (%)	II группа (n=272), (M±m) (%)	III группа (n=232), (M±m) (%)	IV группа (n=80), (M±m) (%)
Домой	93,96±1,46	92,35±1,61	89,15±2,04	80,0±4,47
Отделение реанимации новорожденных	1,12±0,64	1,48±0,73	1,72±0,85	2,5±1,74
Отделение выхаживания недоношенных	1,28±0,68	1,32±0,69	3,68±1,24	2,5±1,74
Отделение патологии новорожденных	3,64±1,14	4,85±1,30	5,45±1,49	10,0±3,35
ИТОГО	100%	100%	100%	100%

Из представленных данных видно, что большая часть новорожденных детей в исследовании родились здоровыми и сразу в родильном зале были приложены к груди.

При выписке из родильного дома доминирующая часть новорожденных выписалась домой с мамой. Часть новорожденных по медицинским показаниям и при необходимости были госпитализированы в отделение реанимации

новорожденных, выхаживания недоношенных детей и отделение патологии новорожденных. Данные выписки и перевода новорожденных детей из родильного отделения представлены в таблице 4.

Выводы

Приведенные данные позволяют заключить, что имеется прямая зависимость между качеством и объемом медицинской помощи и состоянием новорожденного. Диагностика патологии репродуктивной системы представляет большую сложность, зависит от качества медицинской помощи и имеет влияние на течение беременности и состояние новорожденного.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Линева О.И., Филиппова Т.Ю., Лашкина А.А. Холистическая модель охраны репродуктивного здоровья. Самара: Изд-во ООО «Акцент», 2007. 205 с.
2. Савельева Г.М., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Гнетецкая В.А. Пренатальная диагностика в улучшении исходов беременности. Журнал акуш. и женск. болезней. 2000. № 1. С. 28-31.
3. Савельева Г.М., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Клименко П.А. Прогнозирование некоторых осложнений беременности в I триместре. Проблемы беременности. 2000. № 1. С. 17-20.
4. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Игнатко И.В. Современные методы и перспективы развития пренатальной диагностики. Вopr. гин. акуш. и перинат. 2002. № 2. С. 17-22.
5. Радзинский В.Е. Ранние сроки беременности. /Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадовой. М.: МИА, 2005.
6. Мельников В.А., Краснова Н.А., Калинкина О.Б., Тюмина О.В. и др. Основные репродуктивные проблемы молодежи в современных условиях. Известия самарского научного центра Российской академии наук. Спец. выпуск. «XII конгресс – Экология и здоровье человека». 2008. Т. 1. С. 86-88.
7. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Керимова З.М., Калашников С.А., Панина О.Б. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов. Акуш. гинеколог. 1999. № 3. С.10-15.