

Список литературы:

1. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации равноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода : сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 10–20.
2. Surfactant replacement therapy in preterm infants: A European survey / A. H. Van de Kaam [et al.] // Neonatology. – 2011. – Vol. 100. – P. 71–77.
3. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants / D. Sweet [et al.] // Neonatology. – 2010. – Vol. 97. – P. 402–417.
4. Cooke, R.J. Postnatal growth and development in the preterm and small for gestational age infants. Importance of growth for health and development / R. J. Cooke // Nestle Nutrition Institute Workshop Series : Pediatrics Program. – 2010. – Vol. 65. – P. 85–98.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

*Козловский А.А., Пузан А.А., Козловский А.А. (мл.),
Лопатенко Е.О.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Проблема рождения здорового потомства актуальна для всех стран мира, поэтому состояние здоровья детей и факторы, влияющие на его формирование, всегда находятся в центре внимания ученых-педиатров. В 2010 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) были поставлены задачи по снижению детской смертности на две трети и коэффициента материнской смертности на две трети к 2015 году, однако выполнить их не удалось [1, 2].

В 2015 году ВОЗ определила новые цели: снижение

материнской смертности до 70 на 100 000 живорождений, ликвидация предотвратимой смертности новорожденных и детей до 5 лет, снижение неонатальной смертности до 12 на 1000 живорождений [2, 3]. Для их осуществления в Беларуси на государственном уровне проводится целый ряд значимых мероприятий: строительство перинатальных центров, закупка современного медицинского оборудования, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения и др. Однако удержать стабильность показателей рождаемости, заболеваемости и смертности новорожденных и недоношенных детей крайне сложно [4]. По данным официального статистического сборника Республики Беларусь за 2016 год, рождаемость в Гомельской области за последние три года колеблется от 12,8 до 13,0 на 1000 населения, умерших – от 13,6 до 13,1 на 1000 населения, естественный прирост – от -0,8 до -0,2, смертность новорожденных – от 3,1 до 2,8 на 1000 населения [5].

Поставленные ВОЗ задачи требуют всесторонней оценки состояния здоровья и социально-экономического благополучия матерей и их детей.

Цель – определение медико-социальных факторов формирования здоровья новорожденных от матерей различных возрастных групп.

Объект и методы исследования. Проанализировано 114 обменных карт беременности и родов, историй родов и историй развития новорожденного в учреждении «Гомельская городская клиническая больница №2» за 2017 год. Выделены 3 группы: 1-я группа – (n=30) – дети, рожденные от юных матерей до 18 лет, 2-я группа – (n=30) – дети, рожденные от матерей в возрасте старше 35 лет, 3-я группа – контрольная – (n=54) – дети, рожденные от беременных женщин 19–34 лет. Для оценки физического развития во всех группах изучались основные антропометрические данные новорожденных – масса и длина тела, окружность головы и окружность грудной клетки. Показатели физического развития обработаны с помощью электронных таблиц Microsoft Excel 2016. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6,0. Для сравнения признаков был

использован критерий Стьюдента, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура женщин, родивших детей, распределена следующим образом: до 19 лет – 26,3%, 19-34 года – 47,4%, в возрасте старше 35 лет – 26,3%. Средний возраст матерей составил: в 1-ой группе – $17,5 \pm 0,24$ года, во 2-ой группе – $38,9 \pm 0,87$ года, в 3-ей группе – $26,8 \pm 0,48$ года (при сравнении групп между собой $p < 0,001$).

Установлено, что 86,7% матерей детей 1-ой группы состояли в официальном браке, во 2-ой и 3-ей группах все семьи были полными (100%); $p < 0,039$ и $p < 0,037$ соответственно.

Социальное и материальное благополучие во многом зависит от уровня образования и трудовой занятости семьи [4]. В 1-ой группе 8 матерей (26,7%) и 25 отцов (89,3%) имели среднее или среднее специальное образование; являлись учащимися или студентами 22 (73,3%) и 3 (10,7%) человека соответственно; 10 отцов (35,7%) и 7 матерей (23,3%) были безработными. Во 2-ой группе 8 матерей (26,7%) и 6 отцов (20,0%) имели высшее образование; среднее и среднее специальное – 22 (73,3%) и 24 человека (80,0%) соответственно; 6 отцов (20,0%) были безработными. В 3-ей группе 23 матери (42,6%) и 8 отцов (14,8%) имели высшее образование; среднее и среднее специальное – 31 (57,4%) и 46 (85,2%) соответственно; 2 матери (3,7%) являлись студентками; 7 отцов (13,0%) и 3 матери (5,6%) – безработными. Общее количество безработных родителей было достоверно выше в первой группе (56,7%) по сравнению со 2-ой и 3-ей группами (20,0% и 18,5%; $p < 0,003$ и $p < 0,0006$ соответственно).

Известно, что на формирование уровня здоровья ребенка в антенатальном онтогенезе значимое влияние оказывает курение. На наличие никотиновой зависимости указали 13,3% женщин в 1-ой группе, 6,7% – во 2-ой и 9,3% – в 3-ей группах. Достоверные различия выявлены только между 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,016$).

Аборты продолжают оставаться не только важной медицинской, но и социальной проблемой. Проведенный нами анализ подтвердил, что аборт является распространенным методом регулирования рождаемости и способом планирования семьи. Каждая вторая женщина (53,3%) 2-ой группы и каждая

третья (33,3%) 3-ей группы имели в анамнезе аборт. У одной женщины (3,3%) 1-ой группы проведено 2 медицинских аборта. Количество абортов варьировало в широких пределах – от 1 до 6. Важно отметить, что женщины, не прибегнувшие ни к одной операции искусственного прерывания беременности, рожали здоровых детей в 1,7 раза чаще, чем с неонатальной патологией (82,4% и 48,5%).

Оперативное родоразрешение проведено 3 женщинам (10,0%) 1-ой группы, 7 (23,3%) – 2-ой группы и 12 женщинам (22,2%) – 3-ей группы (во всех случаях $p > 0,05$).

Гестационный возраст новорожденных достоверно не различался в 1-ой – 3-ей группах: $38,87 \pm 0,27$, $39,2 \pm 0,27$, $39,67 \pm 0,21$ недель соответственно; $p > 0,05$. Достоверно чаще недоношенные дети рождались в 1-ой группе (13,3%) по сравнению со 2-ой (3,3%; $p < 0,005$). В 3-ей группе родилось 5 недоношенных детей (9,3%).

В 1-ой группе было достоверно меньше здоровых матерей (6,7%) по сравнению с 3-ей группой (13,0%); $p < 0,005$. Во 2-ой группе здоровыми оказались 10,0% матерей.

У юных матерей диагностировались: соматические заболевания в 16 случаях (53,3%), хронические инфекционные заболевания в 14 случаях (46,7%), воспалительные гинекологические заболевания и анемия по 18 случаев (по 60,0%). У матерей старше 35 лет соматические заболевания встречались в 16 случаях (53,3%), хронические инфекционные заболевания – в 7 случаях (23,3%), воспалительные гинекологические заболевания – в 22 случаях (73,3%); анемия – в 10 случаях (18,5%). В группе матерей от 19 до 34 лет чаще диагностировались воспалительные гинекологические заболевания (34 случая (63,0%)), анемия (29 случая (53,7%)), хронические инфекционные заболевания (24 случая (44,4%)), соматические заболевания (18 случаев (33,3%)).

В структуре заболеваемости новорожденных 1-ой группы отмечены асфиксия (10,0%), недоношенность и синдром дыхательных расстройств (по 6,7%). Во 2-ой группе вышеперечисленные заболевания встречались с одинаковой частотой – по 3,3%. В 3-ей группе преобладали асфиксия и

недоношенность (по 5,6%), синдром дыхательных расстройств и врожденные пороки развития (по 3,7%). Количество здоровых детей было достоверно выше во 2-ой группе (90,1%) по сравнению с 1-ой (76,6%); $p < 0,004$. В 3-ей группе здоровых детей родилось 81,4%.

Средние показатели физического развития в группах обследованных детей представлены в таблице.

Таблица – Средние показатели физического развития новорожденных в группах

Показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Масса тела, г	3244,33±87,0	3499,00±99,49	3349,81±66,24
Длина тела, см	52,87±0,58	54,17±0,53	53,52±0,33
Окружность головы, см	33,77±0,31*	34,60±0,27	34,33±0,15
Окружность грудной клетки, см	32,70±0,36	33,37±0,36	32,98±0,27

Примечание – * $p = 0,048$ при сравнении показателей 1-й и 2-й групп

При сравнении показателей физического развития между группами обследованных достоверных различий не получено (за исключением окружности головы). Однако прослеживается тенденция к увеличению всех показателей физического развития у группы детей, рожденных от матерей старше 35 лет.

Выводы:

1. Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, подтверждают высокую значимость ряда медико-социальных факторов в процессах формирования здоровья человека на ранних стадиях его развития.

2. Высокий риск рождения больного ребенка отмечен при сочетании следующих факторов: юный возраст матери, неполная семья, наличие безработных членов семьи, курение, аборт в анамнезе женщины, генитальная и экстрагенитальная патология матери. В связи с этим необходимо на государственном уровне усиление работы по формированию здорового образа жизни и воспитанию культуры личной ответственности за здоровье будущих детей.

Список литературы:

1. Зрячкин, Н. И. Медико-социальные факторы, влияющие на физическое развитие детей раннего возраста / Н. И. Зрячкин, Т. В. Елизарова // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – Вып. 2 (46). – С. 86–89.
2. Чернов, А. В. Медико-социальная характеристика женщин активного репродуктивного возраста и их семей / А. В. Чернов, Ш. Е. Коновалов, Т. В. Шевлякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 23–25.
3. Цуркан, С. В. Медико-социальные аспекты формирования здоровья новорожденного / С. В. Цуркан // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3 – С. 25–29.
4. Низамова, Э. Р. Медико-социальные факторы, влияющие на возможность рождения недоношенного ребенка / Э. Р. Низамова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 3. – С. 1–14.
5. Здравоохранение Республики Беларусь : официальный статистический сборник за 2016 год. – Мн. : ГУ РНМБ, 2017. – 277 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Лопатенко Е.О.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Патологическая гипербилирубинемия в периоде новорожденности является одним из основных вопросов неонатологии во всем мире, в том числе и в Беларуси. По данным разных авторов, она диагностируется на первой неделе жизни примерно у 60% доношенных и у 85% недоношенных детей. Несмотря на большое количество исследований, проведенных в разные годы для изучения причин этого состояния, актуальность данной проблемы не уменьшается [1, 2, 3]. В раннем неонатальном периоде наиболее часто наблюдаются нарушения метаболизма, связанные с повышением билирубина в сыворотке крови. Часть данных состояний транзиторна и не требует медикаментозной коррекции. Однако в последние годы большая