

Литература:

1. Ермолин В.И., Мохирев М.А., Романова Е.М. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы при костно-реконструктивных операциях в челюстно-лицевой хирургии. Стоматология. 2020;99(5):122-126.
2. Обогащенная тромбоцитами аутологичная плазма в лечении пациентов с гонартрозом III стадии / Д. А. Маланин [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 3. – С. 52-59.
3. Arthroscopic repair of full-thickness rotator cuff tears: Is there tendon healing in patients aged 65 years or older? / C. Charousset // Arthroscopy. – 2010. – № 26 (3). – С. 302-309.

АНАЛИЗ ПРИЧИН И ФАКТОРОВ РИСКА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

¹Ганчар Е.П., ¹Гутикова Л.В., ²Зверко В.Л.,
²Демина О.В., ²Гануско Ю.С., ³Онегин Е.Е.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

³ГУЗ «Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из приоритетов государственной политики Республики Беларусь является улучшение здоровья населения и доступность медицинских услуг, особенно в отношении здоровья детей раннего возраста. Несмотря на достижения в снижении детской смертности, проблема детской инвалидности по-прежнему остается значимой. Уровень детской инвалидности, вместе с показателями младенческой смертности и заболеваемости, представляет собой ключевой индикатор здоровья детей и отражает социально-экономическое положение страны. Инвалидность у детей является не только важной медико-социальной, но и экономической проблемой, поскольку вызывает значительные финансовые затраты на социальное обеспечение, лечение и реабилитацию, а также снижает производительность и уровень макроэкономической безопасности [1]. Данная проблема становится еще более актуальной на фоне низкой рождаемости, характерной для многих европейских стран. Государственная политика Беларуси в области профилактики детской инвалидности основывается на современных подходах к решению социальных вопросов. Создание условий для развития детей с тяжелыми хроническими заболеваниями, а также поддержка семей с такими детьми являются основными направлениями социальной политики. Важнейшим аспектом остается своевременная оценка факторов риска, способных привести к ограничениям жизнедеятельности у детей [2].

Цель: провести анализ структуры детской инвалидности, выделить перинатальные факторы риска развития тяжелых нарушений состояния здоровья у детей.

Материалы и методы. С целью определения факторов риска детской инвалидности проведен сравнительный ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных, особенностей течения беременности и родов у 145 пациентов, родивших в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за период 2017-2021 гг. Основную группу составили 73 женщины, дети которых получили инвалидность, контрольную – 72 женщины, родившие здоровых детей. Сбор информации осуществлялся методом выкопировки данных из медицинской документации – амбулаторных карт беременных, историй родов, историй развития новорожденных.

Результаты. Анализ структуры показал, что инвалидизация 33 (45,2%) детей основной группы была обусловлена врожденными пороками развития, 15 (20,55%) – болезнями нервной системы, 5 (6,85%) – болезнями органов чувств, 5 (6,85%) – болезнями эндокринной системы, 5 (6,85%) – психическими расстройствами и расстройствами поведения, 2 (2,74%) – новообразованиями, 2 (2,74%) – болезнями органов дыхания, 2 (2,74%) – болезнями органов пищеварения, 1 (1,37%) – симптомами и признаками, относящимися к эмоциональному состоянию, 1 (1,37%) – болезнями костно-мышечной системы, 1 (1,37%) – болезнями почек и мочеочника, 1 (1,37%) – внутримозговым кровоизлиянием. Среди врожденных пороков развития инвалидизации детей в 9 (27,27%) случаях была обусловлена врожденной расщелиной верхней губы и неба, в 7 (21,2%) – ВПР системы кровообращения, в 4 (12,12%) – ВПР глаза, уха, лица и шеи, в 4 (12,12%) – иными пороками развития, не классифицируемыми в других рубриках, в 3 (9,1%) – ВПР нервной системы, в 3 (9,1%) – ВПР костно-мышечной системы, в 1 (3,03%) – ВПР легкого, в 1 (3,03%) – ВПР почек, в 1 (3,03%) – хромосомными нарушениями. При определении возрастных показателей между группами выявлены статистически значимые различия: так, средний возраст женщин в основной группе составил 29 [26-32] лет, в контрольной группе – 27 [25-31] ($p < 0,05$). У пациентов основной группы беременность статистически значимо чаще осложнялась угрозой прерывания беременности в I и II триместре, истмико-цервикальной недостаточностью, острыми респираторными заболеваниями в I и II триместре, анемией, плацентарными нарушениями, маловодием, задержкой роста плода, преждевременными родами ($p < 0,05$). Околоплодные воды, окрашенные меконием, как маркер хронической внутриутробной гипоксии плода, выявлены в 16,44% случаях в основной группе ($p < 0,05$). Анализ структуры преждевременных родов показал, что экстремально ранние преждевременные роды (срок беременности 22–27 недель и 6 дней) состоялись у 5 (26,3%) пациентов основной группы, ранние преждевременные роды (срок беременности

28–33 недели и 6 дней) – у 6 (31,6%) пациентов основной группы, поздние преждевременные роды (34–36 недель и 6 дней) – у 8 (42,1%) пациентов основной группы, в контрольной группе преждевременных родов выявлено не было ($p < 0,05$). Преждевременные роды как важный фактор риска детской инвалидности у детей без ВПР выявлены в 10 случаях. Родоразрешение путем операции кесарева сечения достоверно чаще было выполнено у пациентов основной группы – в 56,16%, по сравнению с группой контроля – 30,56% ($p < 0,05$). Таким образом, очевидно, что кесарево сечение не всегда позволяет избежать неблагоприятных перинатальных исходов.

Заключение. Инвалидизация 45,2% детей обусловлена врожденными пороками развития, 20,55% – болезнями нервной системы, 6,85% – болезнями органов чувств, 6,85% – болезнями эндокринной системы, 6,85% – психическими расстройствами и расстройствами поведения, 2,74% – новообразованиями, 2,74% – болезнями органов дыхания, 2,74% – болезнями органов пищеварения, 1,37% – симптомами и признаками, относящимися к эмоциональному состоянию, 1,37% – болезнями костно-мышечной системы, 1,37% – болезнями почек и мочеочника, 1,37% – внутримозговым кровоизлиянием. Угроза прерывания беременности, анемия, плацентарные нарушения, задержка роста плода, перенесенные респираторные инфекции в период беременности, преждевременные роды у женщин, тяжелая асфиксия, признаки врожденной инфекции, дыхательные расстройства, энцефалопатия у новорожденных являются факторами риска инвалидизации ребенка. Рассмотренные варианты патологии беременности и неонатального периода в ряде случаев относятся к управляемым медико-организационным факторам риска и зависят от организации квалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. Актуальным является проблема невынашивания беременности, профилактики плацентарных нарушений, задержки роста плода, своевременного родоразрешения. Санитарно-просветительная работа среди населения должна подчеркивать значение здорового образа жизни для формирования репродуктивного здоровья будущих родителей и снижения акушерских и перинатальных факторов риска тяжелых нарушений здоровья и инвалидности у потомства.

Литература:

4. Баранов, А. А. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности / А. А. Баранов, Р. Н. Терлецкая // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – № 17 (6). – Р. 426-433. <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i6.1972>.
5. Деннер, В. А. Научные обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы / В. А. Деннер, П. С. Федюнина, О. В. Давлетшина, М. В. Набатчикова // Молодой ученый. – 2016. – № 20. – С. 71-75.