

С.М.<sup>1</sup> КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.<sup>1</sup> НАРЫМБАЕВА, Е.В.<sup>1</sup> ТИКУНОВА, Ж.Б.<sup>1</sup> ОСПАНОВА,  
Г.М.<sup>2</sup> АБДУЛЛАЕВА, А.Т.<sup>2</sup> КАРИМХАНОВА<sup>1</sup>

*Отделение новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы,*

*<sup>2</sup> Курс педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, РОДИВШИХСЯ В ГККП «ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №5» Г. АЛМАТЫ**

*В данной статье представлен данные катаннеза 320 детей города Алматы и Алматинской области, лечившихся в 2008-2012 годы в палате интенсивной терапии (ПИТ) отделении новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы. Проведен анализ физического и нервно-психического развития, резистентности к острым заболеваниям, причин и структуры летальности и инвалидности детей.*

Актуальность. Происходящие изменения в неонатологии, внедрение клинических протоколов, широкое использование алгоритма реанимации, применение различных методов и режимов ИВЛ, изменение подходов к оказанию медицинской помощи новорожденным и способствуя снижению их летальности, не может не оказывать своего влияния на состояние здоровья детей в последующие периоды жизни [1, 2]. У данного контингента детей в процессе постнатального развития обнаруживаются различные соматические и психоневрологические расстройства [3, 4, 5]. Последние двадцать лет демографическая ситуация в Казахстане характеризуется увеличением рождаемости, что приводит к позитивному показателю прироста населения. Вместе с тем данное положение требует от неонатологов повышенного внимания к проблемам выхаживания новорожденных. Установлено, что на каждую тысячу обследованных детей только 11 являются практически здоровыми [6, 7]. В среднем на одного ребенка приходится 2,5 заболевания. Младенческая смертность остается довольно высокой, достигая 13–14%, а основной удельный вес среди умерших детей составляют новорожденные дети с перинатальной патологией [8, 9].

Целью настоящего исследования, является изучение состояния здоровья детей, которым в периоде новорожденности потребовалось применение интенсивной терапии и/или проведение реанимационных мероприятий.

Материалы и методы. Изучали катаннез 320 детей города Алматы и Алматинской области, лечившихся в 2008-2012 годы в отделении новорожденных в палате интенсивной терапии (ПИТ) ГККП «Городской родильный дом №5». Исследование проводили с помощью специально разработанной анкеты, включающей характеристики социального, биологического, медицинского анамнеза детей. В ходе работы проанализированы особенности течения беременности и родов изучаемой группа детей; уровни заболеваемости, инвалидности и летальности; физическое и нервно-психическое развитие (НПР), резистентность детей к острым заболеваниям в различные периоды жизни. Данные анкет обрабатывали статистически с использованием метода прямой стандартизации, оценки достоверности статистических показателей по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Возрастное распределение изучаемой группы детей характеризовалось высоким удельным весом группы детей первого года жизни (63%) и более низким 2-го и 3-го годов жизни (25% и 12% соответственно). Подавляющее большинство детей били из социально благополучных семей (68,7%). Обращает внимание доля детей из семей, отнесенных к категории асоциальных, которая была довольно весомой (31,3%). Биологический анамнез исследуемой группы детей имел следующие характеристики: преобладали дети, родившиеся от I беременности (44,6%); однако примерно каждый 7-й ребенок родился от VI и далее по счету беременности; 59,6% детей родились от I родов, но в 27% случаев имел место отягощенный акушерский анамнез у матери. Осложненное течение беременности имело место почти у 85% матерей, в том числе угроза прерывания беременности в 22,4% случаев. У 51% матерей были осложнения в родах. Высокий уровень неблагоприятного течения беременности и родов обусловил высокую частоту оперативных вмешательств в родах – 22,2%. Недоношенные дети в изучаемой группе составили 58,5%.

Таим образом, данные социального и биологического анамнеза свидетельствуют о существенной доле факторов риска развития неблагоприятных исходов у исследуемой группы детей. Летальность в исследуемой группе детей составила 6,2% (умерло 20 детей). Подавляющее большинство (14 детей) погибли в постнеонатальном периоде, 4 – в возрасте старше года, и двое в неонатальном периоде. В структуре причин смерти преобладали врожденные пороки развития (в основном нервной системы), болезни органов дыхания, болезни нервной системы.

Находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в период новорожденности 55% детей изучаемой группы, при этом осложнения ИВЛ имели место в 75% случаев, в виде поствентиляционных трахеобронхитов (88,7%). Почти каждому пятому ребенку, перенесшему в периоде новорожденности критическое состояние и получавшему интенсивную терапию и реанимацию, была впоследствии установлена инвалидность, уровень которой составил 19,8%. Существенных различий в уровне инвалидности среди детей с различным социальным анамнезом не выявлено. Достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены в группах детей, отличающихся по признаку доношенности. Среди недоношенных детей уровень инвалидности был достаточно выше (30,7%), чем у доношенных детей (11,3%). Кроме того, достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены среди детей, отличающихся способом лечения в периоде новорожденности. Уровень инвалидности среди детей, находившихся на ИВЛ, был достоверно выше (27,3%), чем у детей, лечившихся без ИВЛ (15,1%). Стандартизация показателей инвалидности детей, лечившихся с ИВЛ и без нее, по признаку доношенности показала, что не сам факт недоношенности определяет инвалидизацию детей. Таким фактором, является тяжесть состояний новорожденного, определяемая наслоением других патологических процессов (тяжелая асфиксия в родах, массивные внутримозговые кровоизлияния, перивентрикулярные лейкомаляции и др.), частота которых была достоверно выше в группе лечившихся в периоде новорожденности с применением ИВЛ. Уровни и структура причин инвалидности у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Уровни и структура причин инвалидности у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности

Причина инвалидности	Все дети		Дети, находившиеся на ИВЛ		Дети, лечившиеся без ИВЛ	
	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу
Болезни нервной системы	14,9	68,5	20,3*	74,3	8,4	55,9
Врожденные пороки развития	2,6	12,0	2,6	9,5	2,7	17,6
Патология органов зрения	2,6	12,0	3,0	0,8	2,2	14,7
Патология органов слуха	0,4	1,9	0,4	1,3	0,4	2,9
Прочие	1,3	5,6	1,0	4,1	1,4	8,9
Итого	21,8	100	27,3*	100	15,1	100

Примечание. \*  $p < 0,05$  при сравнении показателей у детей, леченых с применением и без ИВЛ

В структуре причин инвалидности, изучаемой группы детей (табл. 1) преобладает болезни нервной системы, врожденные пороки развития, болезни глаз. Но только по классу болезней нервной системы выявлены достоверно значимые различия в уровнях инвалидности детей, находившихся на ИВЛ и лечившихся без нее (соответственно 20,3% и 8,4%;  $p < 0,05$ ). Анализ динамики уровней инвалидности показал достоверное снижение ее частоты, среди детей изучаемой группы – с 28,2% до 13,2% в 2012 году ( $p < 0,01$ ).

Оценка физического развития детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, показала, что в группах, отличающихся по признаку доношенности, при рождении нет существенных различий в частоте отставания в физическом развитии по годам (с одного до трех лет). Однако, во все возрастные периоды, до 2-х лет включительно, у недоношенных детей имеет место достоверно. Более высокая частота отставания в физическом развитии в сравнении с доношенными при рождении детьми. В три года, разница в частоте отставания в физическом развитии доношенных и недоношенных детей становится статистически незначимой. НПР детей в изучаемых группах существенно различается среди детей, не имеющих инвалидности и детей, признанных инвалидами (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение детей, не имеющих инвалидность, по группам НПР

Периоды жизни	Частота различных групп здоровья по уровню НПР, %				
	I	II	III	IV	V
1-й год	58,5	26,8	9,4	3,5	1,8
2-й год	64,8	14,3	12,1	4,9	3,8
3-й год	73,8	15,5	4,8	4,8	1,2

Необходимо отметить, что подавляющее большинство детей, не имеющих инвалидности, во все возрастные периоды имеет НПР, соответствующее возрасту. Кроме того, частота 1-й группы НПР, достоверно значимо увеличивается с 1 года до 3-х лет (в 1 год – 58,8%, в 3 года – 82%;  $p < 0,05$ ). Несмотря на то, что значительная часть детей-инвалидов имеют выраженную задержку НПР, около 10% на первом году жизни и 20% на 3-м году не отстают в НПР. Среди всей изучаемой группы детей прослеживается достоверно значимое снижение уровня распространенности длительно и часто болеющих (ДЧБ) детей (соответственно на 1-м году – 22,5%, в 3 года – 13,2%;  $p < 0,05$ ) и существенное увеличение частоты высокой резистентности к острым заболеваниям (соответственно на 1-м году – 16,7%, в 3 года – 31,6%;  $p < 0,05$ ).

Оценивая такой интегральный показатель, как группа здоровья детей, обращает на себя внимание статистически значимое увеличения частоты I группы здоровья среди детей, не ставших инвалидами. Большинство из них (40,9%) на 3-м году жизни имеют развитие, соответствующее возрасту. Состояние здоровья детей, имеющих инвалидность, обусловлено хроническими заболеваниями различной степени компенсации, поэтому практически все дети-инвалиды, имеют III группу здоровья и нуждаются в постоянном систематическом диспансерном наблюдении и дальнейшей реабилитации.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике физического и НПР, по мере увеличения возраста детей, перенесших критические состояния периода новорожденности. Однако, после выписки из стационара, каждый пятый ребенок из детского стационара, стал инвалидом, а каждый двадцатый умер. Динамика физического и НПР у данного контингента детей свидетельствует о необходимости длительного (не менее 5-ти лет) наблюдения за состоянием их здоровья. Вместе с тем требуется целенаправленная работа по разработке и повсеместному внедрению реабилитационных мероприятий этим детям.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Breno Fauth de Araújo, Zatti H., Madi J.M., Coelho M.B., Olmi F.B., Canabarro C.T. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. // J Pediatr (Rio J). – 2012. - Vol. 88. - № 3 . - P. 259-66.
- 2 Dong Y, Yu JL. An overview of morbidity, mortality and long-term outcome of late preterm birth. // World J Pediatr. – 2011. - № 7 . - P. 199-204.
- 3 James D.K., ed. High Risk Pregnancy : Management Options (Hardcover). : Elsevier Inc., 2006. – Vol. 9. - № 8. – P. 590- 591.
- 4 Kalyoncu Öz., Aygün C., Çetinoğlu Er. Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, -2010. – Vol. 23. - № 7. – P. 607–612.
- 5 Аронскинд Е.В., Уфимцева Л.А., Курова Э.Г. и др. Состояние здоровья детей, перенесших критическое состояния в периоде новорожденности // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - М.: 2004.- №1. – С. 39-42.
- 6 Чувакова Т.К. Ситуация по перинатальному уходу в Казахстане //Материалы VI съезда детских врачей Казахстана. – Алматы: 2006. – С. 257-258.
- 7 Божбанбаева Н.С., Абдуллаева Г.М., Байгазиева Г.Ж. и др. Перинатальные факторы риска фетоинфантильных потерь // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - Алматы: 2012. - №3. - Спецвыпуск. – 39 с.
- 8 [www.medinfo.kz](http://www.medinfo.kz). Официальный сайт компании «Мединформ» (правопреемник Республиканского информационно-вычислительного центра (РИВЦ) Минздрава РК).
- 9 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии //Акушерство, гинекология и перинатология. – 2007. – № 1. – С. 5-10.

**С.М.<sup>1</sup> КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.<sup>1</sup> НАРЫМБАЕВА, Е.В.<sup>1</sup> ТИКУНОВА, Ж.Б.<sup>1</sup> ОСПАНОВА,  
Г.М.<sup>2</sup> АБДУЛЛАЕВА, А.Т.<sup>2</sup> КАРИМХАНОВА<sup>1</sup>**

АЛМАТЫ ҚАЛАЛЫҚ №5 ПЕРЗЕНТХАНАДА КҮРДЕЛІ ЖАҒДАЙДА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ДАМУЫНДА НЕОНАТАЛЬДЫ  
КЕЗЕҢНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

**Түйін:** Алматы қалалық №5 перзентханада және Алматы облысында 2008-2012 жылдар арасында жедел жәрдем бөлімінде емделген 320 баланың катамнезі зерттелген. Балалардың физикалық және нерв-психикалық дамуына, жедел ауруларға төзімділігі, өлімге және мүгедектікке әкелу себептеріне және құрылымына талдауы жасалған.

**S.M.<sup>1</sup> KENENBAYEVA, D.T.<sup>1</sup> NARIMBAYEVA, E.V.<sup>1</sup> TIKUNOVA, ZH.B.<sup>1</sup> OSPANOVA,  
G.M.<sup>2</sup> ABDULLAYEVA, A.T.<sup>2</sup> KARIMHANOVA**

CLINICAL PECULIARITIES OF CHILDREN AFTER THE CRITICAL STATE IN NEONATAL PERIOD WERE BORN IN SGCE «CITY MATERNITY  
HOSPITAL № 5» ALMATY

**Resume:** This article for results of follow up of 320 children treated in neonatal intensive care unit of Almaty «City Maternity Hospital № 5» in 2008-2012 years. They analyzed physical and mental development of patients, their resistance to intercurrent diseases, causes and structure of children mortality and invalidity.