

# Характеристика показателей заболеваемости и смертности новорожденных в условиях Областного перинатального центра

О.Л. Быкадорова

С целью оценки эффективности работы ОПЦ проведен анализ показателей заболеваемости в динамике. Установлено постепенное изменение ее структуры. Ведущее место в структуре заболеваемости занимают перинатальные поражения ЦНС, на втором и третьем местах сердечно-сосудистые нарушения и неонатальные желтухи соответственно. В динамике за три года количество ЗВУР и ВПР в группе доношенных несколько снизилось, в группе недоношенных значительно возросло. Тревожной тенденцией за 2003 г. является рост заболеваемости недоношенных детей, несмотря на некоторое уменьшение их общей численности. Представлен анализ респираторной патологии новорожденных. Очевидно, что для решения задач в области охраны здоровья новорожденных детей необходима интенсификация научных исследований по наиболее актуальным направлениям педиатрии — снижению заболеваемости, профилактике детской инвалидности.

С 1994 г на территории РФ активно развивается и внедряется в систему оказания медицинской помощи населению структура, получившая название «Перинатальный центр». Основная цель работы перинатальных центров — оказание специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям, предполагающая обеспечение всех видов медицинской деятельности в едином организационно-методическом направлении.

С целью оценки эффективности работы ОПЦ проведен анализ показателей заболеваемости в динамике.

Оказание помощи новорожденным проводилось по отработанному алгоритму и в соответствии с Приказом МЗ РФ № 372 «О совершенствовании реанимационной помощи новорожденным в родильном зале». На родах женщины из группы высокого перинатального риска рождения ребенка в критическом состоянии обязательным условием является присутствие врача - реаниматолога и неонатолога.

По данным родильного дома ГНОКБ за последние 6 лет, количество родов постоянно увеличивается: с 1178 детей в 1998 г., до 2051 ребенка в 2004 г., т.е. в 1,7 раза (рисунки 1). Увеличение общего количества детей, в том числе из группы высокого перинатального риска, рост заболеваемости новорожденных, увеличение числа недоношенных детей привели к необходимости проведения дополнительных организационных мероприятий: создание ПИТ в детском отделении родильного дома. Это позволило своевременно осуществлять коррекцию патологических состояний, не требующих экстренного перевода детей на второй этап выхаживания, эффективно проводить профилактику осложнений в периоде адаптации после рождения, предупреждать прогрессирование ряда заболеваний у новорожденных.

В условиях ОПЦ, с учетом общего состояния здоровья рожениц и родильниц, все недоношенные дети рождаются большими. Тревожной тенденцией за 2003 г. является рост заболеваемости этой категории детей,

несмотря на некоторое уменьшение общей численности недоношенных (с 7,9 до 6,2%) среди всех родившихся, т.е. недоношенные дети имеют все больше отклонений в состоянии здоровья (рисунки 2). Основными нозологическими формами в структуре заболеваемости недоношенных по-прежнему остаются: респираторный дистресс-синдром (РДС), неонатальные желтухи, сердечно-сосудистые нарушения, внутриутробные инфекции (ВУИ), задержка внутриутробного развития (ЗВУР), врожденные пороки развития (ВПР).

При анализе общей заболеваемости новорожденных за 2001-2003 гг. установлено постепенное изменение её структуры. Изменение структуры заболеваемости обусловлены:

- увеличением количества детей из группы высокого перинатального риска,
- увеличением количества новорожденных от матерей с «продолжительными» беременностями, протекавшими с постоянной угрозой прерывания,
- увеличением новорожденных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО),
- увеличением многоплодных беременностей,
- улучшением диагностики (расширением показаний для параклинического обследования, сокращением сроков обследования, повышением квалификации специалистов),
- привлечением к обследованию узких специалистов (детский хирург, детский нейрохирург, детский окулист, детский кардиолог, врачи функционалисты),
- разработкой новых научно-методических рекомендаций.

Ведущее место в структуре заболеваемости занимают перинатальные поражения ЦНС (уровень заболеваемости составляет около 70%, в группе недоношенных достигает 90%).

Второе и третье места в структуре заболеваемости занимают сердечно-сосудистые нарушения и неонатальные желтухи (рисунки 3, 4). Соотношение этих заболеваний приблизительно 29 и 28% соответственно. Однако среди недоношенных значительно выше, чем в группе доношенных детей и составляет 48,8 и 44,9% соответственно. Это связано, в первую очередь, с морфофункциональной незрелостью и наличием сопутствующей патологии, чаще всего внутриутробной инфекцией (ВУИ).

Сибирский Консилиум №7 (37), 2004, с. 81-83

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Областной перинатальный центр, отделение новорожденных родильного дома  
Для корреспонденции:

630087, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130  
Тел. (3832) 46-13-86

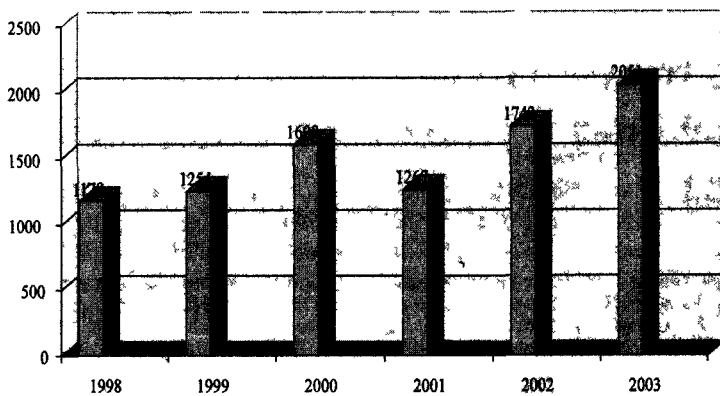


Рисунок 1 Характеристика численности рожденных детей по годам

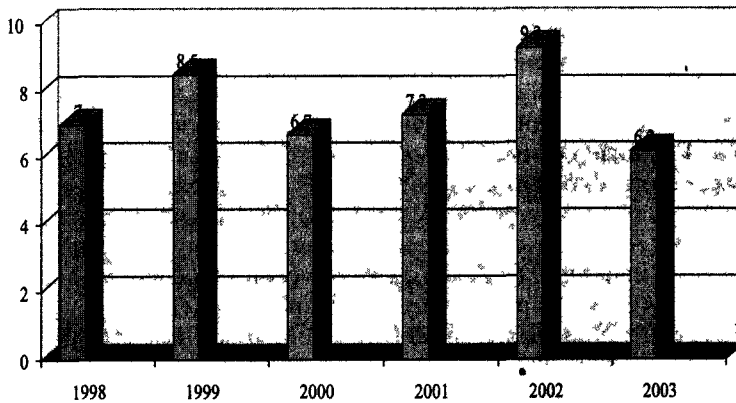


Рисунок 2 Характеристика численности недоношенных детей по годам

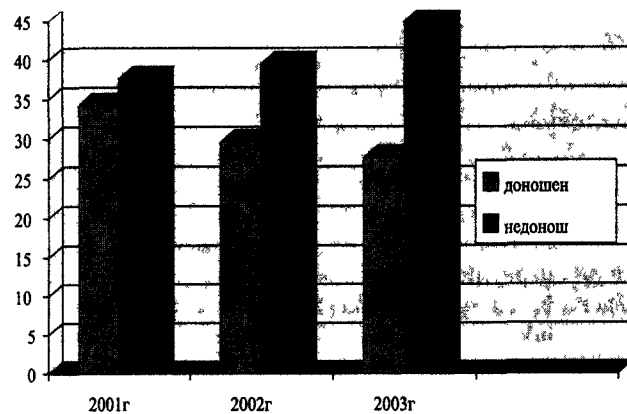


Рисунок 3 Характеристика желтух у детей по годам

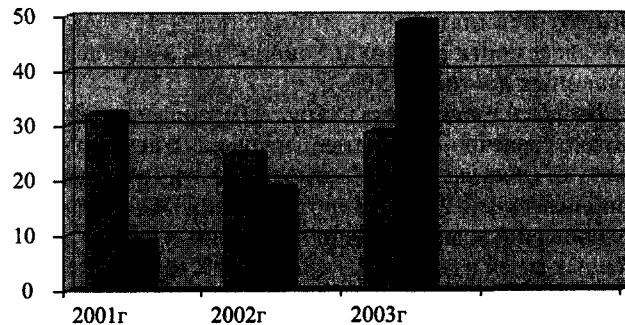


Рисунок 4 Характеристика сердечно-сосудистых нарушений у детей по годам

У детей, перенесших хроническую внутриутробную и перинатальную гипоксию, в периоде новорожденности выявляется постгипоксический синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы (СД ССС), характеризующийся рядом функциональных, метаболических изменений, повышением активности кардиоспецифических ферментов и проявляющийся в виде 4 клинико-патогенетических вариантов СД ССС носит в основном транзиторный, доброкачественный характер, однако может иметь остаточные явления в виде минимальных признаков легочной гипертензии, недостаточности атрио-вентрикулярных клапанов и снижения сократительной способности миокарда. С другой стороны, развитие сердечно-сосудистых нарушений может быть обусловлено повреждением церебральных (экстракардиальных) механизмов сердечно-сосудистой регуляции. В этой связи закономерно сочетание у новорожденного патологических изменений как сердечно-сосудистой системы, так и ЦНС, что подтверждается проведенным анализом заболеваемости.

Учитывая сложность проведения дифференциальной диагностики нарушений сердечной деятельности у новорожденных, особенно в периоде ранней адаптации после родов, становится понятным значение разработки простых и надежных способов дифференциальной диагностики. В 2003 году были расширены показания для проведения ЭКГ, УЗИ сердца. Это способствовало улучшению ранней диагностики нарушений в сердечно-сосудистой системе. Отечный синдром ранее у новорожденных детей регистрировали без объяснения его причины. В настоящее время существенно изменился подход к трактовке данного состояния, требуется уточнение патогенетических механизмов его развития. В раннем неонатальном периоде с отеком чаще рождаются дети от матерей, перенесших гестозы тяжелой и среднетяжелой степени тяжести, имеющих сопутствующую соматическую патологию. При анализе причин развития отека было установлено, что, в основном, его формируют морфофункциональная незрелость, ишемическая нефропатия, сердечно-сосудистые нарушения, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития мочеполовой системы. В связи с этим, при статистической регистрации заболеваний определена нозологическая форма, а не синдром.

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) занимает 4-е место в структуре общей заболеваемости и составляет 13%. В динамике за три года заболеваемость ЗВУР в группе доношенных несколько снизилась, в группе недоношенных значительно возросла и в 2 раза превысила показатель у доношенных (рисунок 5). Это отражает снижение качества здоровья недоношенных детей.

Аналогичная закономерность прослеживается по врожденным порокам развития (ВПР), ранее среди недоношенных детей ВПР было больше, чем в группе доношенных, исключение составил 2002 г (рисунок 6).

В настоящее время актуальной остается проблема

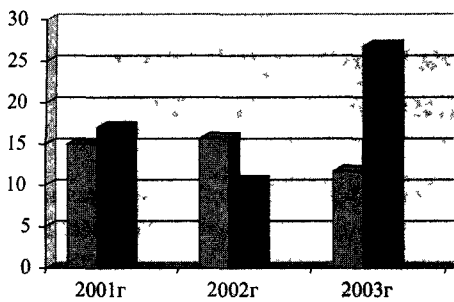


Рисунок 5. Характеристика задержки внутриутробного развития у детей по годам

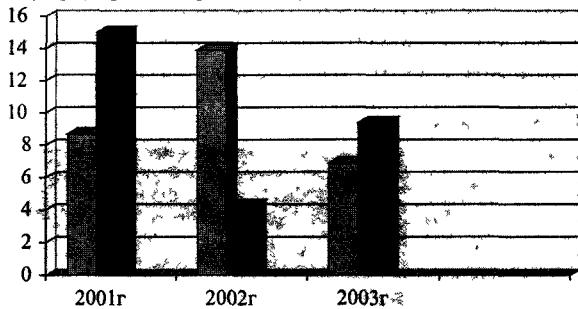


Рисунок 6. Характеристика врожденных пороков развития у детей по годам

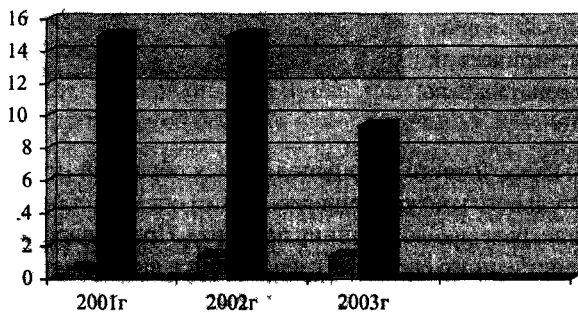


Рисунок 7. Характеристика асфиксий у детей по годам

«управляемых медицинскими возможностями причин» заболеваний, в частности, родовых травм, асфиксий, аспирационных синдромов. Вызывает обеспокоенность распространенность родовых травм среди доношенных, что требует дальнейшего совершенствования акушерской помощи (рисунок 7).

В состоянии асфиксии чаще рождаются недоношенные дети, показатели несопоставимы по значениям, в то же время отмечена существенная тенденция к снижению асфиксий у недоношенных за 2003 г.

В отдельную группу необходимо выделить респираторную патологию. В структуре общей заболеваемости респираторные нарушения за 2003 г. занимают около 10%. Закономерно, что они развиваются преимущественно у недоношенных новорожденных и связаны преимущественно с морфофункциональной незрелостью, ВУИ (врожденные пневмонии).

Нельзя не отметить, что за последние годы чаще выделяют СДР II типа в группе доношенных детей. Возможно, это связано с большим количеством операций кесарева сечения, утяжелением состояния рожениц, что требует проведения интенсивной, в том числе медикаментозной терапии, увеличением количества новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную и перинатальную гипоксию. Ранее эту нозологическую форму не регистрировали в статистической отчетности.

В группе «внутриутробные инфекции» большую долю составляют недоношенные дети. Около 50% из детей, родившихся недоношенными, имеют проявления ВУИ. Этот показатель ежегодно увеличивается.

Очевидно, что для решения задач в области охраны здоровья новорожденных детей необходима интенсификация научных исследований по наиболее актуальным направлениям педиатрии — снижению заболеваемости, профилактике детской инвалидности. Безусловно, разработка и внедрение передовых технологий в практическое здравоохранение позволяет повысить эффективность решения лечебно-диагностических, профилактических, управленческих задач на фоне снижения финансовых затрат.

В целом дальнейшие усилия по совершенствованию службы материнства и детства должны быть направлены:

- на снижение показателей смертности, заболеваемости, инвалидности; улучшение показателей репродуктивного здоровья и здоровья новорожденных;
- приоритетное развитие охраны здоровья матери и ребенка на основе реализации федеральных и региональных целевых программ;
- сохранение доступности дорогостоящих видов медицинской помощи детям;
- проведение информационных и образовательных мероприятий по охране материнства и детства среди населения и повышение его ответственности за состояние своего здоровья;
- концентрацию научных исследований по разработке медицинских технологий, обеспечивающих рождение и развитие здоровых детей, снижение детской заболеваемости, смертности, летальности и детской инвалидности.

## Characteristics of newborns morbidity in the regional perinatal center

O.L. Bikadorova

Analysis of morbidity in dynamics was performed to estimate work efficacy of the regional perinatal center. Gradual change of morbidity structure was determined. The leading role in this structure belongs to perinatal disturbances of CNS, then come cardiovascular disturbances and neonatal jaundices. The number of cases of intrauterine growth retardation and developmental defects has decreased in mature newborns insignificantly and increased considerably in premature newborns. Increase of morbidity in premature newborns was an alarming tendency in 2003 in spite of the decrease of its incidence. Analysis of respiratory pathology is also presented. Obviously, to solve the problems in the field of newborns health protection one must intensify scientific research in the most actual directions of pediatrics—decrease of morbidity, prevention of children disability.