

Мероприятия по профилактике заболеваний находятся на втором плане, приоритетным является оказание медицинских услуг больным пациентам. Работники здравоохранения предпочитают лечить, а не заниматься профилактикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В. А. Анализ медико-социальной ситуации в регионе (по материалам социологического исследования) / В. А. Медик, А. М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Здравоохранение Беларуси: 90 лет: достижения и перспективы // Медицина. — 2009. — № 2. — С. 2–9.
4. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. Копенгаген 1996.

УДК 616 - 053. 3: 612. 014. 464

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНО ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ

Будюхина О. А., Барановская Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Плацентарная недостаточность (ПН) является универсальной реакцией фетоплацентарного комплекса на соматическую патологию матери, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, осложнения беременности, неблагоприятные социально-бытовые и экологические условия. Частота ПН не снижается и составляет от 13,5 до 49 % всех беременных и проявляется гипоксией плода, синдромом задержки роста плода (СЗРП), вплоть до антенатальной гибели. Гипоксия является основным фактором перинатального повреждения нервной системы плода и новорожденного. Повреждения нервной системы обуславливают фетоинфантильные потери, заболеваемость новорожденных, формирование психоневрологических расстройств и инвалидности детства. Перинатальные исходы у таких детей определяются степенью тяжести СЗРП, гипоксией плода, методом родоразрешения. [3, 5]. Есть доказательства отсроченного риска развития сердечно-сосудистой патологии, метаболического синдрома, СД II типа, ассоциированных с малой массой при рождении.

Цель работы

Изучить течение раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с хронической плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы

Обследовано 127 новорожденных. Контрольную группу составили 33 новорожденных от матерей без ПН, основную — 94 новорожденных от матерей с ПН, из них 46 с внутриутробно диагностированной хронической гипоксией плода без СЗРП (I подгруппа) и 48 новорожденных с СЗРП (II подгруппа). Массо-ростовые показатели оценивали в соответствии с перцентильными кривыми внутриутробного развития и величиной массо-ростового коэффициента [1, 2, 4]. Определена доля (p , %) и стандартная ошибка доли (s_p , %), критерий χ^2 с поправкой Йейтса и двухсторонний тест Фишера (P). Рассчитывались квартили Me (25–7 %), критерий Данна (Q), коэффициент ранговой корреляции Спирмана (r_s).

Результаты и обсуждение

Средний возраст беременных составил в контрольной группе $24,93 \pm 4,99$ года, при хронической плацентарной недостаточности — $26,16 \pm 5,18$ лет, при СЗРП — $25,11 \pm 5,3$ лет. По социальному статусу, гинекологической и экстрагенитальной патологии, паритету родов

группы были сопоставимы. Хроническая ПН приводит к увеличению количества оперативного родоразрешения до 26,1 % при хронической гипоксии плода ($P_1=0,034$), до 43,8 % ($P_{II}=0,0002$) у пациенток с СЗРП с преобладанием в его структуре экстренного кесарева сечения (КС) при гипоксии плода (2:1) и планового КС при СЗРП (9,5:1). Все новорожденные в контрольной группе доношены до физиологического срока родов. Недоношенными родились 3 ($6,52 \pm 3,64$ %) новорожденных от пациенток подгруппы хронической гипоксии плода и 1 ($2,08 \pm 2,06$ %) новорожденный от пациентки подгруппы задержки роста плода. Показаниями к досрочному родоразрешению во всех случаях явились критические нарушения кровотока III степени по данным доплерометрии.

Медиана массы тела новорожденных составила, соответственно 3490 (3280–3780) г в контрольной группе, 3165 (2953–3393) г в I подгруппе, 2495 (2313–2631) г во II подгруппе. Различия веса статистически значимы ($H = 82,96$, $p < 0,0001$; $Q_{к-I} = 3,76$, $p < 0,01$; $Q_{к-II} = 7,6$, $p < 0,01$). Медиан роста новорожденных в контрольной группе составил 54 (53–56) см, в I подгруппе — 51 ($50,3-53,8$) см, во II подгруппе — 49 (48–50) см. Различия роста статистически значимы ($H = 73,21$, $p < 0,0001$; $Q_{к-I} = 4,69$, $p < 0,01$; $Q_{к-II} = 7,44$, $p < 0,01$). Установлена сильная корреляционная связь веса и роста новорожденных ($r_s = 0,86$, $p < 0,01$).

Масса тела новорожденного менее 10 перцентиля явилась критерием для формирования II подгруппы. Маловесными к сроку гестации были 39 ($81,25 \pm 5,63$ %) новорожденных от матерей подгруппы СЗРП, маленькими к сроку гестации — 9 ($18,75 \pm 5,63$ %) новорожденных от матерей II подгруппы, следовательно, вторичная плацентарная недостаточность с развитием асимметричной СЗРП возникает чаще ($\chi^2 = 35,04$, $p < 0,0001$). У 6 ($18,18 \pm 6,71$ %) новорожденных от матерей контрольной группы и 17 ($39,96 \pm 7,12$ %) новорожденных от матерей I подгруппы установлена гипотрофия I степени. У матерей II подгруппы имели гипотрофию все 48 (100 %) новорожденных, из них у 8 ($16,67 \pm 5,38$ %) установлена гипотрофия I степени, у 22 ($45,83 \pm 7,11$ %) новорожденных — гипотрофия II степени, у 18 ($37,5 \pm 6,99$ %) новорожденных — гипотрофия III степени. Гипотрофия I степени выявлена реже ($\chi^2_{Iгип-Iгип} = 8,19$, $p = 0,0042$; $\chi^2_{Iгип-IIIгип} = 4,27$, $p = 0,039$).

Максимальная убыль массы тела (МУМТ) в раннем неонатальном периоде у младенцев контрольной группы составила 2,4 % (1,7; 3,5) массы тела, была выше у новорожденных от матерей I подгруппы — 4,5 % (3,33; 6,05) ($Q_{к-I} = 4,61$, $p < 0,01$) и у новорожденных от матерей II подгруппы — 5,2 % (3,75; 7,03) ($Q_{к-II} = 5,23$, $p < 0,01$) ($H=31,26$, $p < 0,0001$). Все 33 (100 %) новорожденных контрольной группы имели I степень МУМТ. У новорожденных от матерей с I подгруппы 34 ($73,91 \pm 6,47$ %) имели I степень МУМТ ($P=0,0009$), 9 ($19,57 \pm 5,85$ %) новорожденных — II степень МУМТ ($P=0,0086$) и 3 ($6,52 \pm 3,64$ %) новорожденных — III степень МУМТ. Из новорожденных от матерей II подгруппы 31 ($64,58 \pm 6,9$ %) новорожденный имел I степень МУМТ ($P < 0,0001$), 16 ($33,33 \pm 6,8$ %) новорожденных — II степень МУМТ ($P=0,0001$) и 1 ($2,08 \pm 2,06$ %) новорожденный — III степень МУМТ.

Аntenатальная гипоксия не всегда приводит к рождению ребенка с асфиксией из-за существующих путей приспособления плода к нарастающей гипоксии. С оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов родился 31 ($93,94 \pm 4,15$ %) новорожденный контрольной группы, 39 ($84,78 \pm 5,3$ %) новорожденных от матерей с антенатально диагностированной гипоксией плода и так же 39 ($81,25 \pm 5,63$ %) новорожденных от матерей с антенатально установленным СЗРП. Асфиксия при рождении умеренной степени (оценка по шкале Апгар 4–7 баллов) диагностирована у 2 ($6,06 \pm 4,15$ %) новорожденных контрольной группы, у 7 ($15,22 \pm 5,3$ %) новорожденных от матерей I подгруппы и 9 ($18,75 \pm 5,53$ %) новорожденных от матерей II подгруппы. Случаев тяжелой асфиксии при рождении не установлено. Так, в контрольной группе оценка по шкале Апгар составила $7,85 \pm 0,61$ и $8,09 \pm 0,52$ баллов, соответственно, на 1 и 5 минутах. В подгруппе новорожденных с

гипоксией плода оценка по шкале Апгар составила $7,72 \pm 0,77$ и $8,17 \pm 0,56$ баллов, в подгруппе новорожденных с антенатальной задержкой роста и развития — $7,69 \pm 0,74$ и $8,1 \pm 0,36$ баллов соответственно на 1 и 5 минутах. При рождении состояние как удовлетворительное было оценено у 32 ($96,97 \pm 2,98$ %) новорожденных от матерей контрольной группы, 37 ($80,43 \pm 5,85$ %) новорожденных от матерей I подгруппы ($P=0,039$) и 20 ($41,67 \pm 7,12$ %) новорожденных II подгруппы ($P<0,0001$). Тяжелое состояние при рождении установлено у 2 ($4,35 \pm 3,01$ %) новорожденных от матерей I подгруппы, обусловленное сочетанием недоношенности, синдромов дыхательных расстройств (СДР) и нарушения мозгового кровообращения, внутриутробной инфекции (ВУИ). Трое ($6,25 \pm 3,49$ %) новорожденных II подгруппы также родились в тяжелом состоянии, что было обусловлено сочетанием задержки внутриутробного развития, ВУИ, перенесенной асфиксии, морфофункциональной незрелости и СДР.

В подгруппах основной группы установлено осложненное течение раннего неонатального периода: у 24 ($52,17 \pm 7,37$ %) новорожденных I подгруппы ($\chi^2=3,93$, $p=0,0475$) и 38 ($79,17 \pm 5,86$ %) новорожденных II подгруппы ($\chi^2=19,54$, $p<0,0001$) по сравнению с 9 ($27,27 \pm 7,75$ %) новорожденными от матерей контрольной группы. Наиболее часто встречаемые осложнения раннего неонатального периода представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Патология раннего неонатального периода у новорожденных, развивавшихся в условиях хронической гипоксии, n (p% ± sp, %)

Осложнения раннего неонатального периода	Контрольная группа (n = 33)	I подгруппа (n = 46)	II подгруппа (n = 48)
Неонатальная желтуха	4 ($12,12 \pm 5,68$)	8 ($17,39 \pm 5,59$)	18 ($37,5 \pm 6,99$) *
Нарушения церебрального статуса	1 ($3,03 \pm 2,98$)	8 ($17,39 \pm 5,59$)	25 ($52,08 \pm 7,21$) *
Асфиксия при рождении	2 ($6,06 \pm 4,15$)	7 ($15,22 \pm 5,3$)	9 ($18,75 \pm 5,63$)
Морфофункциональная незрелость	—	3 ($6,52 \pm 3,64$)	3 ($6,25 \pm 3,49$)
СДР	—	3 ($6,52 \pm 3,64$)	4 ($8,33 \pm 3,99$)
Гипотрофия	6 ($18,18 \pm 6,71$)	17 ($39,96 \pm 7,12$)	48 (100%) * #
Кефалогематома	3 ($9,09 \pm 5,0$)	1 ($2,17 \pm 2,15$)	—
ВУИ	—	1 ($2,17 \pm 2,15$)	2 ($4,17 \pm 2,88$)
ВПР	—	—	3 ($6,25 \pm 3,49$)

* Статистическая значимость различий по сравнению с группой контроля; # статистическая значимость различий по сравнению с подгруппой гипоксии плода.

Так неонатальная желтуха установлена у 4 ($12,12 \pm 5,68$ %) новорожденных от матерей контрольной группы, 8 ($17,39 \pm 5,59$ %) новорожденных с антенатальной установленной гипоксией плода и 18 ($37,5 \pm 6,99$ %) новорожденных с антенатально установленным СЗРП, что статистически значимо выше, чем у новорожденных контрольной группы ($P=0,013$).

Морфофункциональная незрелость определена у 3 ($6,52 \pm 3,64$ %) недоношенных новорожденных с антенатальной гипоксией и 3 ($6,25 \pm 3,49$ %) новорожденных с антенатальной задержкой роста и развития, у последних при беременности недоношенной (n=1) и доношенной (n=2) до физиологического срока родов.

Врожденные пороки развития (ВПР) установлены у 3 ($6,25 \pm 3,49$ %) новорожденных с антенатальной задержкой роста и развития и представлены расщелиной твердого неба, врожденной катарактой и постнатально диагностированной болезнью Дауна.

Реализация ВУИ произошла у 1 ($2,17 \pm 2,15$ %) новорожденного от матери I подгруппы и 2 ($4,17 \pm 2,88$ %) новорожденных от матерей II подгруппы. Во всех случаях имело место внутриутробное инфицирование с преимущественным поражением легких, определяющее состояние новорожденного средней степени тяжести (n=1) или тяжелое (n=2). В 1 ($2,08 \pm 2,06$ %) случае у маловесного к сроку гестации новорожденно-

го ВУИ с поражением легких сочеталась со среднетяжелым течением анемической формы гемолитической болезни новорожденных.

Нарушение церебрального статуса в раннем неонатальном периоде выявлено у 1 (3,03 ± 2,98 %) новорожденного контрольной группы, в 5,7 раз чаще у новорожденных с антенатальной гипоксией — 8 (17,39 ± 5,59%) новорожденных и статистически значимо чаще у новорожденных с внутриутробной задержкой роста и развития — 25 (52,08 ± 7,21) новорожденных ($P < 0,0001$).

Новорожденные от матерей, беременность которых осложнилась задержкой роста и развития плода, чаще из роддома были переведены в отделения патологии центральной нервной системы, патологии новорожденных, на 2 этап выхаживания новорожденных. В контрольной группе выписано домой 29 (78,88 ± 5,65 %) новорожденных, в I подгруппе — 32 (69,57 ± 6,78 %) новорожденных, во II подгруппе — 13 (27,08 ± 6,44 %) новорожденных ($P_{к-I} = 0,06$; $P_{к-II} < 0,0001$).

Заключение

Новорожденные, внутриутробное развитие которых проходит в условиях хронической гипоксии, имеют низкие массо-ростовые показатели в сравнении с новорожденными контрольной группы ($p < 0,0001$) и осложненное течение раннего неонатального периода (66 %, $p = 0,0054$): нарушения церебрального статуса (35,1 %, $P = 0,0008$), высокую транзиторную убыль массы тела (30,9 %, $p = 0,0001$), а при задержке роста и развития — неонатальную желтуху (37,5 %, $P = 0,0125$). В 52 % ($P = 0,0001$) случаев новорожденные от матерей с ПН переводятся из роддома в отделения детской больницы. При диагностированной в антенатальном периоде задержке роста и развития плода в 81,3 % ($p < 0,0001$) случаев рождаются маловесные к сроку гестации новорожденные, а нарушения церебрального статуса диагностируются у 52,1 % ($P < 0,0001$) из них.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Малевич, Ю. К.* Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. — Минск: Беларусь, 2007. — 157 с.
2. Основные положения неонатологии / Х. Ферсмольд [и др.]; под ред. Х. Ферсмольда, пер. на рус. яз. Г. Л. Качан, С. Э. Качан. — 7-е изд. — Минск, 1997. — 147 с.
3. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности / Л. Е. Мурашко [и др.] // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 4. — С. 43–45.
4. *Шабалов, Н. П.* Неонатология: учебн. пособие: в 2 т. / Н. П. Шабалов. — М: МЕДпресс-информ, 2004. — Т. 2. — 500 с.
5. Risk Factors for Recurrent Small-for-Gestational-Age Birth / F. A. Okah [et. al.] // Am. J. Perinatol. — 2010. — Vol. 27, № 1. — P. 1–7.

УДК 616-002.5-036.8

ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Буйневич И. В., Бондаренко В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В медицине всегда существовали заболевания, больше всего снижающие уровень общего здоровья, работоспособности и продолжительности жизни. Оценка качества жизни (КЖ) дополняет традиционные принятые медицинские критерии диагностики заболевания и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиций самого пациента [3]. Это особенно касается туберкулеза органов дыхания, требующего длительного лечения с применением большого количества препаратов. Туберкулез, как хроническое инфекционное заболевание, не может не оказывать влияние на общее бла-