

**Ю.В. Курносков¹, Н.Б. Мерзлова¹, Л.Н. Винокурова¹,
В.И. Батурин²**

¹Пермская государственная медицинская академия,
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

²Пермская краевая детская клиническая больница

Результаты отдаленных наблюдений за состоянием здоровья глубоконедоношенных детей

Результаты отдаленных наблюдений за 67 из 158 выживших детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела и перенесших транспортировку в отделение реанимации новорожденных Пермской краевой детской клинической больницы в 2000–2008 гг. В катамнезе сроком от 1 года до 11 лет изучены физическое развитие, состояние здоровья и основные причины инвалидности этих детей. Морфо-функциональные изменения выявлены у 64,2% детей, инвалидность со значительным преобладанием ДЦП (79,1%) – у 35,8%, ретинопатия – у 12,5%, нейросенсорная тугоухость – у 4,2%, эпилепсия с грубой задержкой нервно-психического развития – у 4,2% детей.

Ключевые слова: катамнез, состояние здоровья, очень низкая и экстремально низкая масса тела, физическое развитие, инвалидность, детский церебральный паралич.

Контактная информация: Курносков Юрий Владимирович.

E-mail: kuv_2000@rambler.ru

© Коллектив авторов, 2013

Одна из приоритетных задач, стоящих перед Правительством Российской Федерации перед практическим здравоохранением, – переход на новые технологии выхаживания глубоконедоношенных детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела [1–3]. В связи с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения о необходимости выхаживания новорожденных с массой тела при рождении от 500 г и более, во всем мире увеличилось количество глубоко-

недоношенных детей с очень низкой (1000–1499 г) и экстремально низкой (500–999 г) массой тела. Это связано с улучшением материально-технической базы для лечения и выхаживания таких младенцев [4, 5].

В Пермском крае в 2012 году родились 452 глубоконедоношенных, среди них 153 ребенка с очень низкой массой тела (ОНМТ) и 99 – с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – это на 130 детей больше, чем в 2011 году.

Yu.V. KURNOSOV, N.B. MERZLOVA, L.N. VINOKUROVA, V.I. BATURIN

Follow-up of long-term health outcomes in the severely premature babies

Follow-up of the long-term outcomes in 67 of 158 survived babies with very low and extremely low birth weight, which were transported to Neonatal Resuscitation Unit of Perm Territorial Children's Clinical Hospital in 2006–2008. Physical development, health condition and main disability reasons of these children were studied in the catamnesis from 1 to 11 years. Morphofunctional were revealed in 64.2% of the patients, disability with considerable ICP in 35.8%, retinopathy in 12.5%, sensoryneural hearing loss in 4.2%, epilepsy with gross neuropsychic retardation in 4.2%.

Key words: catamnesis, health condition, low and extremely low birth weight, physical development, disability, infantile cerebral palsy.

Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что все маловесные дети должны рождаться в условиях специализированных центров (ЛПУ III уровня), где они получают высокотехнологичную помощь сразу после рождения. Только в этом случае могут быть сведены до минимума все неблагоприятные факторы, способствующие ухудшению состояния ребенка, последующей его инвалидизации и даже смерти.

Детей с ОНМТ и ЭНМТ, родившихся в родо-вспомогательных учреждениях Пермского края (I и II уровней), необходимо переводить в отделение реанимации новорожденных многопрофильной детской больницы (III уровень) для оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Апробированные подходы к выхаживанию глубоко-недоношенных детей, комплексные исследования по изучению состояния здоровья детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ и госпитализированных в отделение реанимации новорожденных III уровня, будут способствовать дальнейшему снижению младенческой смертности и инвалидизации с улучшением качества жизни [6].

Цель работы: изучить в катамнезе состояние здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в 2000–2008 годах в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) I и II уровней и перенесших транспортировку в ЛПУ III уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы отмечена отчетливая тенденция к увеличению поступления маловесных детей, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ, в отделение реанимации новорожденных Пермской краевой детской клинической больницы (ПКДКБ). В 2000 году в отделение реанимации новорожденных ПКДКБ поступили 9 (4,1%) глубоконедоношенных, в 2001-м и 2002 годах – по 20 (9,3%), в 2003-м – 23 (10,6%), в 2004-м – 37 (17,2%), в 2005-м – 25 (11,6%), в 2006-м – 27 (12,5%), в 2007-м – 26 (12%), в 2008-м – 29 (13,4%) детей.

При соблюдении всех принципов и подходов к выхаживанию глубоконедоношенных детей клиническая эффективность отмечена у 158 (73,2%) из 216 детей, что служит показанием к переводу этих пациентов на следующий этап выхаживания – в отделение патологии новорожденных – для продолжения лечения. Летальный исход наступил у 58 (26,8%) пациентов.

Отдаленные наблюдения проведены за 67 (42,4%) детьми в возрасте от 1 года до 11 лет из 158 выживших, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ и нахо-

дившихся на лечении в отделении реанимации новорожденных Пермской краевой детской клинической больницы (ПКДКБ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В динамике наблюдали 9 детей из 12 (13,4%) выживших, родившихся с ЭНМТ, и 58 из 146 (86,6%) выживших, рожденных с ОНМТ. Большинство детей среди наблюдаемых нами родились в срок 30–31 нед беременности. Все эти дети находились на лечении в отделении реанимации новорожденных ПКДКБ.

Сопоставляя полученные данные о проценте инвалидизации среди наблюдаемых детей и массе их тела при рождении в катамнезе, выявлено, что инвалидность сформировалась у 36,2% детей, родившихся с ОНМТ, и у 33,3%, родившихся с ЭНМТ ($p \geq 0,05$).

Для оценки физического развития детей при первичном осмотре мы использовали центильные таблицы. Получены следующие результаты: у 2 (3%) детей был выявлен макросоматип, у 27 (40,3%) – мезосоматотип, у 38 (56,7%) – микросоматотип. У 18 (26,9%) детей наблюдался дефицит массы тела I и II степеней.

Изучена динамика физического развития, распределение по группам здоровья и инвалидности детей в зависимости от возраста – раннего, дошкольного и школьного (табл. 1, 2).

Для оценки нозологической формы, приведшей к инвалидизации, изучен катамнез у глубоконедоношенных детей.

В результате наблюдения 67 детей, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ, выявлено следующее распределение по группам здоровья: ко II группе здоровья относятся 16 (23,9%) детей, к III группе – 29 (43,3%), к IV группе – 16 (23,9%), к V группе – 6 (8,9%).

Таблица 1
Физическое развитие глубоконедоношенных детей в катамнезе

Возраст, лет	Соматотип	n	%
1–3 (n=28)	Микросоматотип	19	67,8
	Мезосоматотип	8	28,6
	Макросоматотип	1	3,6
4–6 (n=27)	Микросоматотип	14	61,9
	Мезосоматотип	13	48,1
	Макросоматотип	0	0
7–11 (n=12)	Микросоматотип	5	41,6
	Мезосоматотип	6	50,1
	Макросоматотип	1	8,3

Инвалидами детства признаны 24 (35,8%) ребенка. В структуре инвалидности основными причинами стали: ДЦП – у 19 (79,1%) детей, ретинопатия тяжелой степени – у 3 (12,5%), тяжелое течение эпилепсии и нейросенсорная тугоухость – у 1 (4,2%) из наблюдаемых детей.

Морфо-функциональные изменения со стороны внутренних органов без признаков инвалидности имеют 43 (64,2%) ребенка. Наиболее частой патологией (67,4%) у детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, была патология нервной системы: задержка нервно-психического развития, компенсированная гидроцефалия, не требующая хирургического лечения и без нарушения витальных функций организма. У 39,5% детей выявлена патология со стороны органов зрения в виде косоглазия, миопии. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы (открытое овальное окно, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части) – у 25,6% детей. У 18,6% детей отмечена патология со стороны дыхательной системы: БЛД с легким течением, обструктивный бронхит. Ортопедическая патология – у 14,6% детей: плоскостопие, нарушение осанки, килевидная деформация грудной клетки. У 14% детей снижен иммунитет – они относятся к группе длительно и часто болеющих. Заболевания эндокринной системы – сахарный диабет I типа и гипотиреоз – у 9,3% детей. Патология мочевыделительной системы характеризовалась наличием у 9,3% детей хронических гломерулонефрита и пиелонефрита.

Таким образом, основная причина инвалидности у детей, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ, – поражение центральной нервной системы различной степени выраженности и компенсации (ДЦП, эпилепсия с грубой задержкой нервно-психического развития), ретинопатия и нейросенсорная тугоухость.

Возраст, лет	Группа здоровья	n	%	Количество детей-инвалидов	%
1–3 (n=28)	II	3	10,7		
	III	19	67,8		
	IV	6	21,5	9	32,1
4–6 (n=27)	II	11	40,7		
	III	7	26		
	IV	6	22,2		
	V	3	11,1	9	33,3
7–11 (n=12)	II	2	16,7		
	III	4	33,3		
	IV	4	33,3		
	V	2	16,7	6	50

Увеличение частоты рождений детей с ОНМТ и ЭНМТ диктует необходимость своевременной госпитализации беременной женщины с отягощенным соматическим, инфекционным и акушерско-гинекологическим анамнезом в специализированные родовспомогательные центры, где имеется отделение реанимации новорожденных. Это жизненно необходимо глубоконедоношенному ребенку с целью раннего выхаживания и лечения, снижения летальности и инвалидности.

ВЫВОДЫ

Основная причина инвалидизации глубоконедоношенных детей – ДЦП (79,1%), ретинопатия (12,5%), нейросенсорная тугоухость (4,2%) и эпилепсия с грубой задержкой нервно-психического развития (4,2%). Внедрение современных технологий выхаживания глубоконедоношенных детей в отделении реанимации Пермской краевой детской клинической больницы позволило снизить процент инвалидности детей в возрастной группе до 3 лет с 50 до 31,2% за последние 7–11 лет ($p \leq 0,05$). У детей возрастной группы 4–6 лет отмечено выравнивание физического развития, а к школьному возрасту оно соответствует физическому развитию их доношенных сверстников.

Литература

1. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х., Ермолаева Е.И., Киричок Е.В. Совершенствование системы оказания помощи новорожденным на территориальном уровне / Современные подходы к выявлению, лечению и профилактике перинатальной патологии. Материалы V съезда РАСПМ. – М., 2005, с. 31.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. и др. Недоношенные дети в детстве и отрочестве (медико-психосоциальное исследование). – М., 2001, 188 с.
3. Володин Н.Н. Новые технологии в решении проблем перинатальной медицины // Педиатрия, 2004, №3, с. 56–60
4. Деметьева Г.Н., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоконедоношенных детей. Современное состояние проблемы // Педиатрия, 2004, №3, с. 60–66.
5. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 16.11.2011 № 15-0/10/2-11336 «О направлении методического письма «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении» В.И. Скворцова
6. Мерзлова Н.Б., Курносова Ю.В., Винокурова Л.Н., Батурина В.И. Методологические подходы к транспортировке новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Вопросы современной педиатрии, 2012, с. 88–91.