

## РАНО РОДИВШИЕСЯ ДЕТИ КАК ПРОБЛЕМА РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ГОСУДАРСТВА

Дети, родившиеся преждевременно, занимают особое место среди новорождённых. У таких детей в 10 раз чаще встречаются различные пороки развития, недоношенные младенцы погибают в неонатальном периоде в десятки раз чаще, чем доношенные, у них значительно выше процент инвалидизации и развития хронической патологии. Всё это даёт основание считать, что недоношенные являются не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой. [Н.А. Прокопцева и др., 2007]

Право на регистрацию в органах ЗАГС имеют:

"все новорожденные родившиеся с массой тела с 500 до 999 г также подлежат регистрации в тех случаях, если они прожили более 168 часов после рождения (7 суток)." ( Инструкция об определении критериев живорождения, мертворождения, перинатального периода Приложение 1 к приказу-постановлению Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992 г. № 318/190)

Существующее в РФ положение о том, что такой ребенок сразу после рождения не имеет права на регистрацию в органах ЗАГС, давно критикуется прогрессивной общественностью в печати и других СМИ.

Недоношенные дети – это дети, которые родились до окончания 37 недели беременности, и имеющие массу 500 – 2500 г, при росте < 47 см.

Недоношенных делятся на 3 подгруппы:

- § дети с низкой массой (1,5 – 2,5 кг),
- § дети с очень низкой массой (1 – 1,5 кг),
- § дети с экстремально низкой массой (менее 1 кг).

Недоношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности менее 37 недель. 5% женщин рожают в установленную дату — 40 нед, у 85% роды происходят в пределах  $\pm 2$  недели, а у 12% - после 42 недель. Преждевременно рождается 5-6% детей (от 3,5 до 14% в общей популяции новорожденных). Среди детей, родившихся живыми, 0,6% рождаются до окончания 28 нед беременности, 1% - между 28-й и 32-й неделями и около 7,5% - между 32-й и 37-й неделями беременности. [ Робертон Н.Р.К., 1998]

Эти дети составляют группу риска по внутриутробным инфекциям, по перинатальному поражению ЦНС (внутрижелудочковое кровоизлияние в мозг), риск по развитию дыхательных расстройств; возможны врожденные аномалии внутренних органов.

Изучение анатомических особенностей важно, для того, чтобы можно было прогнозировать степень развитие недоношенных детей.

Главным фактором, определяющим физическое развитие и зрелость ребенка, является гестационный возраст (ГВ). Последний определяет акушер-гинеколог женской консультации, включая УЗИ, а также на основании клинической оценки зрелости новорожденного.

У выживших недоношенных детей наблюдается значительно повышенная вероятность развития острого или хронического заболевания и различных неврологических нарушений в старшем возрасте. Эти факторы заставляют отнести к эпидемиологии недоношенности как проблеме исключительной важности. Статистика свидетельствует о несоразмерно высоком количестве недоношенных детей в общем числе выживших новорождённых, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью. Недоношенность приводит к возникновению этических проблем, связанных со стоимостью и действенностью лечения, взаимоотношения в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве [Н.А. Прокопцева и др., 2007].

С августа 2008 по март 2009 в ДГКБ №1 г. Самары изучены акушерско-социологический статус 136 матери, родившие младенцев с массой 690-2990г и гестационным возрастом от 25 до 36 недель.

У всех матерей регистрировали возраст, профессию, группу крови, резус-фактор, течение беременности и количество беременностей, периоды родов, регистрацию брака.

Наибольший процент недоношенных детей рождается от первой беременности (46,42%) и второй (18,75%), число рождения недоношенных детей уменьшается при третьей (11,6%) и четвертой (10,71%) беременности и вновь увеличивается при пятой (12,52%) и последующих. В анамнезе, 3 и 4 беременности завершались медицинским абортom или выкидышем.

В обследуемой группе выявлено, что наиболее часто возникают роды на 34-36 неделях гестации (53,6%), на 28-33 неделях - 33,0%, реже - на 22-27 неделях (13,4%). Из глубоконедоношенные дети чаще рождались мальчики, а дети с I и II степенью недоношенности - девочки. Родоразрешение путём кесарева сечения было в 55,38% случаев, в основном по поводу тяжелых форм гестозов. У женщин всех профессий могут быть глубоконедоношенные дети. Однако больше всего досрочных родов у домашних хозяек - 48,26%. Гестационный возраст колебался в пределах от 32 до 36 недель. На втором месте государственные служащие - 18,42 %, на третьем – женщины, работавшие в сфере услуг – 12,28%, далее - работники производственной сферы -9,65%, работники интеллектуального труда -7,01%, и реже всех – учащиеся (16-19 лет) - 4,38%.

Впечатляющие показатели уровня выхаживания глубоко недоношенных детей в странах с высокой бюджетной поддержкой здравоохранения сопровождаются тревожной информацией о весьма неблагоприятном отдаленном прогнозе здоровья детей. У 10% выживших детей развивается детский церебральный паралич, у 8% - умственная отсталость, у 5% - декомпенсированная гидроцефалия, у 3% - эпилепсия, у 3% - слепота, у 1% - тугоухость. Практически каждый пятый ребенок, родившийся с массой тела 1500 г, имеет одну или несколько причин ранней инвалидизации с детства. [Hille E. T. et al., 2007]

В 1996 и 2003 г.г. в США был проведён опрос неонатологов. Авторы считают, что прогноз у новорождённых в зоне предела жизнеспособности, сделанный неонатологами в родовой комнате, не всегда оправдывается. [Jaideep Singh et al., 2007]

Обсуждения вопроса о начале или прекращении реанимационной поддержки часто необходимы, когда родители и бригада врачей соглашаются с тем, что продолжение лечения не в лучших интересах для ребенка. Естественно, эти обстоятельства поднимают многочисленные этические, моральные и юридические проблемы и иногда производят большее количество вопросов, чем ответов. Такие проблемы обсуждают консультанты по биоэтике и мультидисциплинарные комитеты, которые вырабатывают рекомендации для клиницистов и родителей. Исследование, проведенное в 1987 в Калифорнии, рассчитало, что затраты реанимационных центров на лечение одного ребенка, который при рождении весил менее 750 г и дожил до

годовалого возраста, составляла 274 тыс. долларов США. Для тех, кто весили 750-999 г, средняя стоимость лечения была 139 тыс. долларов США. Затраты больниц продолжают повышаться в результате внедрения продвинутых технологий и могут повышаться еще выше. Родители, у которых рождается недоношенный ребенок подвергаются серьезному эмоциональному и финансовому напряжению и они часто смущены, сердиты, и расстроены, навалившимися проблемами. Кроме того, на общество вообще действуют обременительно эти дети, некоторые из которых имеют значительный познавательный или физический ущерб и требуют пожизненной общественной помощи. Акушер и педиатр должны говорить с родителями относительно того, что может ожидать после этого рождения.

Роль врачей состоит в том:

1. чтобы полностью сообщить родителям данные самой современной местной и национальной статистики, описывающей заболеваемость и смертность в ожидаемом возрасте и другие уместные в данном случае сведения;
2. чтобы описать процедуры, которым могут подвергаться такие дети после рождения;
3. чтобы разрешить любые сомнения, которые могут быть у родителей относительно выхаживания их ребенка.

Помните, что обсуждение тактических решений, касающиеся лечения, появятся только после рождения ребенка, позволяя оценить состояние ребенка и давая время родителям полностью овладеть ситуацией.

У выживших недоношенных детей наблюдается значительно повышенная вероятность развития острого или хронического заболевания и различных неврологических нарушений в старшем возрасте. Эти факторы заставляют отнести к эпидемиологии недоношенности как проблеме исключительной важности. Статистика свидетельствует о несоразмерно высоком количестве недоношенных детей в общем числе выживших новорождённых, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью. Недоношенность приводит к возникновению этических проблем, связанных со стоимостью и действенностью

лечения, взаимоотношения в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве [Н.А. Прокопцева и др., 2007].

Список литературы:

1. Патологии недоношенных детей: учеб. пособие / Н.А. Прокопцева и др. – Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007. – 128 с.
2. Инструкция об определении критериев живорождения, мертворождения, перинатального периода Приложение 1 к приказу-постановлению Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992 г. № 318/190
3. Робертон Н.Р.К. «Практическое руководство по неонатологии», Москва, «Медицина», 1998 год, 636 с.
4. Hille E. T. et al. Functional outcomes and participation in young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: the Dutch Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants at 19 years of age, *Pediatrics*. September 2007; 120(3): e587- e595.
5. Jaideep Singh et al. Resuscitation in the "gray zone" of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes. *Pediatrics*. September 2007; 120(3): 519-526.
6. <http://www.elbw.fatal.ru/etic.html>