

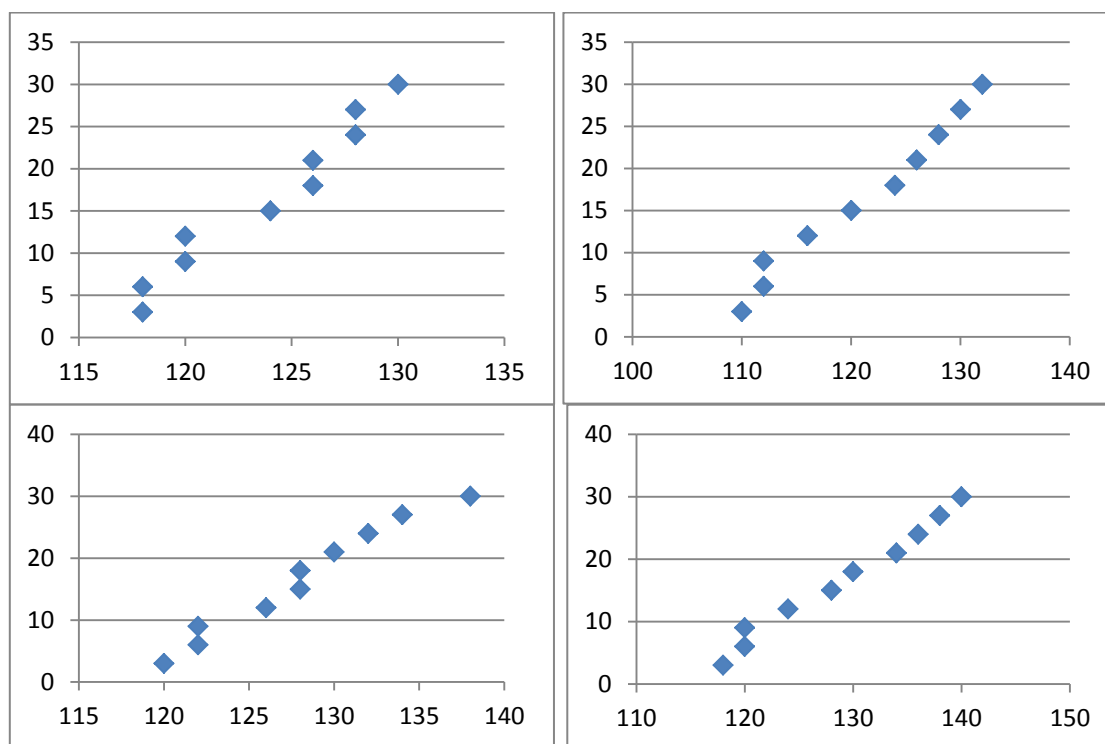


Рис. 1. Кореляція між артеріальним тиском та кількістю присідань

Джерело: розроблено автором, за допомогою програми Excel

Список використаних джерел:

1. Уилмор Дж. Физиология спорта / Дж.Х. Уилмор, Д. Костилл // – К., Олімпійська література, 2001. – С. 169-170.
2. Лещенко В.Г. Медицинская и биологическая физика.: учеб. Пособие / В.Г. Лещенко, Г.К. Ильич // – Минск: Новое знание, 2012. – 552 с. – С. 70-73.

Докукіна С.В.

магістрант,

Науковий керівник: Луценко О.І.

магістр біології, асистент,

Глухівський національний педагогічний університет

імені Олександра Довженка

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НАРОДЖЕННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ НА ПРИКЛАДІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Проблема невиношування вагітності надзвичайно актуальна в медичному й соціальному аспектах. Її вирішення є досить складним завданням і вимагає залучення останніх досягнень медичної науки й практики. Маючи основними етіологічними чинниками порушення функціонування материнського організму, передчасні пологи призводять до тяжких перинатальних наслідків [1]. Незаперечним фактом є значний внесок передчасних пологів у структуру

ранньої неонатальної смертності (РНС). За даними Р. Broklehurst [6], до 84 % всіх смертей морфологічно нормальних новонароджених зумовлені саме недоношеністю. Рівень неонатальної смертності залежить від гестаційного віку, коливаючись від 97 % в 22 тижні до 15 % в 30-31 тижднів.

Традиційно факторами ризику передчасних пологів вважали соціальні (вік, расова належність, шкідливі звички), анамнестичні (різні форми невиношування та недоношування вагітності), особливості перебігу даної гестації (кровотеча, інфекційно-запальні ускладнення). Проте система оцінки ризику з урахуванням цих факторів характеризується надзвичайно низьким рівнем ефективності та великою кількістю хибно позитивних результатів [2, 7].

Тому метою нашого дослідження було проаналізувати фактори ризику народження недоношених дітей на прикладі Сумської області.

Дослідження було проведено у Комунальному закладі Сумської обласної ради Сумському обласному клінічному перинатальному центрі у відділенні реанімації та інтенсивної терапії новонароджених. Ми провели ретроспективний аналіз 67 історій хвороб у яких оцінювали: анамнез стану здоров'я матері (вік, наявність екстрагенітальної і генітальної патології, особливості перебігу пологів, тощо; оцінку стану повного медичного огляду новонародженого (гестаційний вік, шкала Апгар при народженні, особливості первинної реанімаційної допомоги, наявність супутньої і поєднаної патології новонароджених в неонатальному і постнеонатальному періодах; дані об'єктивного огляду.

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням комп'ютерної програми "Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010. За відповідності даних нормальному розподілу значення кількісних ознак представляли у вигляді $M \pm SD$, де M – середнє значення кількісної ознаки, SD – стандартне відхилення від середнього. Відмінності між групами виявлялися за допомогою критерію χ^2 , критерію Стюдента. При відхиленні кількісних ознак від нормального розподілу дані представляли у вигляді Me (25-75 перцентілі), де Me – медіана. Використовувалися, також, методи непараметричної статистики з застосуванням U-критерію Манна-Уїтні (порівняння двох незалежних). Для оцінки відносного ризику (ВР) використовувався розрахунок відношення шансів і його 95% довірчий інтервал. ВР відображає силу зв'язку між впливом і захворюванням. Відношення шансів (ВШ) розраховувалося за формулою: $ВР = (a*d)/(b*c)$, де a – наявність фактора в досліджуваній групі, b – відсутність фактора в досліджуваній групі, c – наявність фактора ризику в контрольній групі, d – відсутність фактора в контрольній групі. До числа найбільш значущих факторів були віднесені інформативні ознаки зі значенням ВР більше 1.

Важливою проблемою перинатології та неонатології є невиношування вагітності, інтенсивна терапія та виходжування недоношених дітей [5]. Особливе місце серед цих дітей займають новонароджені з дуже малою (1000–1499 г) масою тіла (ДММТ) та надзвичайно малою (500-999 г) масою тіла (НММТ) при народженні. За даними Центру медичної статистики МОЗ України (2007р.) [3-4], останнім часом спостерігається тенденція до збільшення

кількості дітей з дуже та надзвичайно малою масою тіла при народженні [4]. Тому нами був проведений аналіз антенатальних факторів ризику, які впливають на народження недоношеної дитини.

У дослідження включено 67 новонароджених дітей та породіль. Згідно із завданням дослідження немовлята були розподілені на групи. Група основна (1a і 1b групи) ($n = 42$) – недоношені діти, народжені на терміні гестації від 22 до 36 тижнів ($29,6 \pm 2,8$), з масою тіла при народженні від 940 до 2130 г ($1808,6 \pm 544,7$). Група порівняння (1c) – ($n = 25$) – доношені діти, гестаційний вік від 37 до 40 тижнів ($38,8 \pm 1,0$), з масою тіла при народженні від 2940 до 3380 г ($3148,8 \pm 334,1$). Результати аналізу факторів ризику представлені в таблиці 1.

У досліджуваних жінок проведено аналіз антенатального та інтранатального періодів. Антенатальний період у жінок обох груп протікав на тлі захворювань нирок і сечовивідних шляхів (гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба), майже в половині випадків у вагітних основної групи (43%) і групи порівняння (44,4%). У групах 1a та 1b вагітність в 34,7% (27 жінок) протікала на тлі гестаційної анемії, проти 11,1% (2 жінки) в групі порівняння ($BP = 3,07$, $BШ = 4,15$). Із захворювань серцево-судинної системи найбільш часто відзначили артеріальну гіпертензію в 1/3% випадків в основній групі і в 44,4% в порівнюєш групі, в меншій мірі артеріальна гіпотензія у 6 (7,5%), проти 2 (11,1%) відповідно.

Таблиця 1

Дослідження соматичних захворювань у вагітних жінок (%)

Захворювання	ОГ (1a, 1b), n=42	ПГ (1c), n=25	P	BP	BШ	χ^2
Захворювання нирок і сечовивідних шляхів	34 (43)	8 (44,4)	0,98	0,96	0,94	0,012
Гестаційна анемія	27 (34,7)	2 (11,1)	0,07	3,07	4,15	3,712
Артеріальна гіпертензія	23 (29,1)	8 (44,4)	0,23	0,65	0,51	1,584
Артеріальна гіпотензія	6 (7,5)	2 (11,1)	0,65	0,68	0,65	0,240

Примітка: BP-відносний ризик, BШ – відношення шансу, p-статистично значущі відмінності з групою порівняння за допомогою χ^2 ($p < 0,05$). ОГ – основна група; ПГ – порівняльна група (розроблено авторами).

У досліджуваній групі дітей спостерігали наступне: в основній групі асфіксія при народженні відзначалася в 98,7% випадках (41 дитини), в групі порівняння у 8 дітей (44,4%) ($p = 0,0001$, $BP = 2,22$). Середня оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині в основній групі склала $4,7 \pm 1,4$ балів (від 1 до

7 балів), на 5 хвилині життя збільшилася до $5,0 \pm 2,1$ (від 2 до 8 балів). Незважаючи на проведені реанімаційні заходи, в даній групі дітей важка асфіксія зберігалася і на 5 хвилині життя у 10 дітей (12,6%). В групі порівняння при народженні асфіксія відзначалася в 44,4% (8 дітей) випадках, оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині життя в середньому склала $5,8 \pm 2,0$ (від 3 до 7 бали). На тлі проведення первинної реанімаційної допомоги швидко вдалося отримати позитивний ефект, і оцінка по Апгар на 5 хвилині життя становила $6,6 \pm 1,1$ (від 4 до 8 балів).

Таким чином, статистично значущими антенатального і інтранатальна факторами ризику народження недоношеної дитини є гестаційна анемія (ВР = 3,07, ВШ = 4,15), асфіксія при народженні ($p = 0,0001$, ВР = 2,22, ВШ = 9,75).

Список використаних джерел:

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 1200 с. – (Серия «Национальное руководство»).
2. Знаменська Т. К. Особливості лікування гіпоксичних уражень головного мозку у дітей, народжених в стані асфіксії / Т. К. Знаменська, В. І. Похилько, О. М. Ковальова, О. О. Лошак // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Т. 12, № 1. – С. 16–18.
3. Наказ МОЗ України № 584 від 29.08.06 «Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».
4. Статистично-аналітичний довідник Центру медичної статистики МОЗ України «Захворюваність та смертність новонароджених в акушерських стаціонарах) // під ред. М.В. Голубчикова. – 2007.
5. Шунько Є.Є. Діти з дуже малою масою тіла: сучасні проблеми організації медичної допомоги, інтенсивної терапії та виходжування / Є.Є. Шунько, О.С. Яблонь // Жіночий лікар №4 2007, с. 13.
6. Brocklehurst P. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study / P. Brocklehurst, P. Hardy [et all] // BMJ. 2011 Nov 23;343 doi: 10.1136/bmj.d7400.
7. Cerio F.G. Neuroprotective therapies after perinatal hypoxic-ischemic brain injury/ F.G.Cerio, I. Lara-Celador, A. Alvarez, E Hilario // Brain Sci. 3(1). – 2013. – P. 191–214.